



ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ВА УНИНГ КАСБ ОРҚАЛИ ЮҚИШ ПРОФИЛАКТИКАСИ

ТИББИЁТ
ЎҚУВ
АДАБИЁТИ



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ВИРУСОЛОГИЯ ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТ ИНСТИТУТИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

Э.И. Мусабоев, А.Қ. Байжанов

ОИВ инфекцияси ва унинг касб орқали юқиш профилактикаси

*Тиббий таълимни ривожлантириш маркази томонидан
ўрта тиббиёт ходимлари ва тиббиёт коллежлари
ўқувчилари учун ўқув қўлланма сифатида
тавсия этилган*

«Ўзбекистон миллий энциклопедияси»

Давлат илмий нашриёти

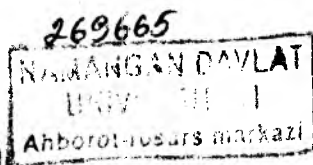
Тошкент — 2010

Тақризчилар:

- М.А. Ходжаева** – Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш Бош бошқармаси бош инфекционисти, юқумли касалликларни ташхислаш ва даволаш маркази раҳбари, тиббиёт фанлари доктори.
- Л.В. Кудашева** – Ўзбекистон Республикаси ССВ Республика Давлат санитария-эпидемиология назорати маркази эпидемиология бўлими бошлиғи, тиббиёт фанлари номзоди.
- М.М. Газиева** – Ўзбекистон Республикаси ССВ Республика ОИТС Марказининг ташкилий-услубий бўлим бошлиғи.
- М.Т. Расулова** – Тошкент шаҳар Чилонзор туман тиббиёт коллежи ўқитувчиси.

М90 Мусабоев Эркин, Байжанов Аллаберган.
ОИВ инфекцияси ва унинг касб орқали юқиш профилактикаси: Ўрта тиббиёт ходимлари ва тиббиёт коллежлари учун ўқув қўл./ Э.И. Мусабоев, А.Қ. Байжанов; — Т.: «Ўзбекистон миллий энциклопедияси» Давлат илмий нашриёти, 2010 — 48 б.

Қўлланма ўрта тиббиёт ходимлари ва тиббиёт коллежлари ўқувчилари учун мўлжалланган бўлиб, унда ОИВ инфекцияси (этиологияси, эпидемиологияси, патогенези, клиник кечиши, лаборатория ташхиси, даволаш профилактикаси) ва унинг касб орқали юқиш профилактикасига оид масалалар ёритилган.



ББК 55.148я722

М 4108110000
 358-2010

ISBN 978-9943-07-073-8

© «Ўзбекистон миллий энциклопедияси»
 Давлат илмий нашриёти, 2010.



Қизил тасмача – ОИТС га қарши курашиш халқаро белгиси.

КИРИШ

ОИВ инфекцияси бугунги кунда деярли барча минтақаларни қамраб олди ва Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) ва Бирлашган миллатлар ташкилоти (БМТ) учун биринчи навбатдаги муаммога айланди.

ОИВ/ОИТСнинг глобал тус олган ҳолда тарқалиши авлодларимиз олдида турган энг катта муаммолардан бири бўлиб ҳисобланади. Ҳозирча инфекция тарқалишида ҳеч қандай сусайиш белгилари сезилмаяпти. Дунёда инфекция тарқалмаган бирорта ҳудуд қолмаганлиги БМТ нинг навбатдаги саммитида алоҳида қайд этилди.

Соғлиқни сақлаш ходимлари, аynиқса ўрта тиббиёт ходимлари ўзларининг касб фаолияти жараёнида қон ва бошқа биологик суюқликлар орқали юқадиган вирусли касалликлар – ОИВ инфекцияси, В, С гепатит ва бошқа инфекцияларни юқтириб олишлари мумкин.

Бугунги кунда тиббиёт ходимларини ОИВ ва гепатит вирусларидан ҳимоя қилиш тадбирларида қуйидаги тамойил асос қилиб олинган: тиббий хизмат олиш учун мурожаат қилган ҳар бир киши инфекция юқтирган, деб қаралиши лозим.

Мазкур қўлланмада ОИВ инфекциясининг этиологияси, эпидемиологияси, патогенези, клиник кечиши, ташхиси, даволаш ва профилактика масалалари ёритилган, тиббий муолажаларни бажаришда ОИВнинг касб орқали юқиш профилактикаси, эпидемиологик жиҳатдан хавфли ҳисобланган инъекция чиқиндиларини хавфсиз йўқ қилиш тартиби ва постконтакт профилактика ўтказиш бўйича асосий материаллар берилган.

ОИВ юқтирганларга паллиатив ёрдам кўрсатиш мавзусига алоҳида эътибор қаратилган.

Материални яхши ўзлаштириш мақсадида қўлланма жадвал ва расмлар билан безатилган.

Ўқувчиларнинг ўз билим ва малакаларини текшириб кўришлари учун тест саволлари келтирилган.

Ушбу қўлланма ўрта тиббиёт ходимлари ва тиббиёт коллежлари ўқувчилари учун мўлжалланган.

ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ

ОИВ инфекцияси — одам иммунотанқислик вируси (ОИВ) кўзга-тадиган юқумли касаллик бўлиб, иккиламчи касалликлар туфайли бемор ўлимига сабаб бўладиган иммун тизимнинг зарарланиши — орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС) ривожланиши билан таърифланади.

ОИВ инфекциясининг асосий хусусияти унинг узоқ вақтгача белгиларсиз кечишидир. ОИВ юқтирган кишилар узоқ йиллар давомида ўзларини соғлом ҳис қилишлари мумкин. Булар ОИВ юқтирганлар дейилади, улар ҳали ОИТС билан касалланган эмас. Аммо, ОИВ юқтирганлар ҳам, ОИТС босқичида бўлган беморлар ҳам, инфекция манбаи ҳисобланади.

Белгиларсиз кечадиган давр латент давр дейилади ва у ўртача 8 — 10 йил давом этади. Бу давр инфекция юқтирган кишининг ёши, инфекциянинг юқиш йўли, макроорганизм иммун тизимининг ҳолати ва бошқа омилларга боғлиқ.

ОИВ асосан иммунитет тизимини зарарлайди, шу туфайли инсон организми вақт ўтиши билан микроорганизмлар ҳамда хавфли ўсма-лар олдида ҳимоясиз бўлиб қолади.

ОИВ инфекциясининг охириги босқичи — орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС)дир:

Орттирилган — мазкур ҳолат вирус таъсирида ривожланади, яъни туғма эмас.

Иммунитет — организмнинг касалликлар билан курашадиган иммунитет (ҳимоя) тизими зарарланади.

Танқислиги — Т-лимфоцитларнинг парчаланиши (емирилиши) натижасида организмнинг иммун тизими етарли фаолият кўрсата олмайди.

Синдроми — беморларда организмнинг ҳимоя тизими зарарланиши туфайли юзага келадиган турли симптомлар — белгилар йигиндиси кузатилади.

Бугунги кунда мазкур касаллик билан курашишнинг асосий йўли — ОИВ юқишининг олдини олишдир.

Касалликнинг пайдо бўлиш тарихи

1981 йилда Нью-Йоркдаги шифохонага бир гуруҳ беморлар Капоши саркомаси касаллиги (1872 йилда Моритц Капоши аниқлаган) билан қабул қилинди. Уларнинг терисида қўнғир-қизил рангли тугунлар пайдо бўлганлиги аниқланди.

Лос-Анжелес врачлари пневмоцист пневмония билан касалланган яна бир гуруҳ беморларни аниқлашди. Пневмоцист пневмонияни

сода организм — *Pneumocystis carinii* қўзғатади ва жуда кам учрайди, у асосан организм иммунитети сусайган (масалан, узоқ вақт кимёвий омиллар ва радиация нурлари билан ишлаган кишилар)да кузатилади.

Капоши саркомаси ва пневмоцист пневмония билан касалланганлар анамнезида юқорида санаб ўтилган омиллар аниқланмаган.

Касалликнинг кутилмаганда пайдо бўлиши, тарқалиши, хавфли ўсма, пневмоцист пневмония, гемофилия, таносил касалликлари билан тушунарсиз боғлиқлиги, узоқ муддатли яширин давр билан кечиши ва даволашда самарали дориларнинг йўқлиги — буларнинг ҳаммаси врачлар ва олимлар учун кутилмаган ҳол эди.

Касалликнинг юқумли эканлиги 1982 йилнинг июнь ойида тахмин қилинди. Касалликка чалинганлар сонининг ортиб бориши унинг эпидемик характерга эга эканлигидан далолат берди.

Бугунги кунда ОИТСнинг қўзғатувчиси сифатида маълум бўлган вирусни 1983 йилда Француз олими Л. Монтанье (Пастер институти, Париж) аниқлади ва лимфаденопатия билан асоцирланган вирус (LAV) деб номлади.

Роберт Галло (Рак миллий институти, АҚШ) касаллик вирусини топганлигини маълум қилди ва уни — инсоннинг III типдаги Т-лимфотроп вируси (HTLV III) деб номлади (1984 й.).

Кейинчалик иккала вируснинг ўхшашлиги ва уларнинг бир хил (битта) вирус эканлиги аниқланди.

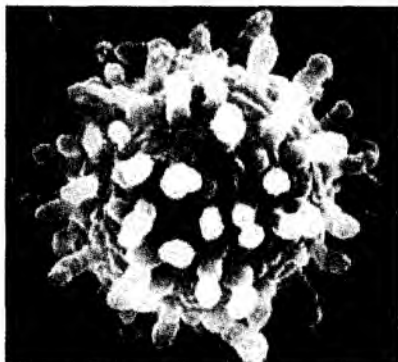
ОИТС қўзғатувчисига янги, яъни одам иммунотанқислик вируси — ОИВ (HIV) деган ном берилди (1985 й.).

Статистика маълумотларига кўра, АҚШда биринчи ОИТС касаллиги 1981 йилда кузатилган бўлса-да, аммо ОИВга қарши антителолар 1959 йилдан бери сақланиб келаётган африкаликлар қон зардобиди ҳам аниқланган. Шунинг учун касаллик аввал Африкада пайдо бўлган, кейин АҚШга ўтган ва у ердан эса бошқа мамлакатларга тарқалган, деган тахминлар мавжуд.

Этиологияси

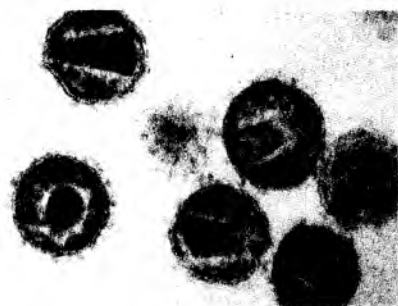
Одам иммунотанқислик вируси (ОИВ) лентивируслар (*Lentiviridae*, «ленти» — секин, узоқ вақт) оиласига мансуб ретровируслардир (*Retroviridae*).

Ретровирусларнинг асосий хусусияти, уларда қайталама транскриптаза (лот. «retro» — қайталама) ферментининг мавжудлигидир. Шу фермент ёрдамида у генетик ахборотни дезоксирибонуклеин кислота (ДНК)дан рибонуклеин кислота (РНК)га эмас, балки РНКдан ДНКга ўтказди.



1-расм. Электрон микроскопта ОИВнинг ташқи кўриниши.

нус шаклига эга ва р24 оксиддан таркиб топган (р – протеин). Ядрога икки молекула РНК жойлашган. Вирус РНКдан ташқари қайталама транскриптаза, интеграз ва протеаза ферментларига эга.



2-расм. Кўпайиш жараёнида ҳосил бўлган одам иммуноганқислик вируслари.

бошқа инфекция кўзгатувчиларини таниб олиш ва уларни йўқотишга ёрдам беради.

Одам организмда Т-лимфоцитлар иммун тизимнинг «дирижерлари» ҳисобланади. Бу ҳужайраларнинг нобуд бўлиши организмда иммуноганқислик ҳолатига сабаб бўлади.

2. *Вирус ташқи қаватининг ҳужайра мембранаси билан қўшилиши.* Вирусдаги гр120 CD4-рецепторга бирикканидан кейин вирус зарраси ҳужайра юзасига тортила бошлайди ва уларнинг юзалари қўшилади.

3. *Вируснинг ҳужайрага кириши.* Вирус Т-лимфоцитлар цитоплазмасига тушгандан кейин унинг иккита РНК иплари ва ферментлари – қайталама транскриптаза, интеграз ва протеазалар ажралиб чиқади.

ОИВнинг тузилиши. Электрон микроскопта текширилганда вирус юмалоқ шаклда бўлиб, унинг диаметри 100–120 нм га тенг (1-расм).

Вируснинг ташқи липид қавати суперкапсид дейилади, унда 72 та гликопротеид ўсимта – тиканлар жойлашган. Бу тиканлар замбуруғлар кўринишини эслатади. Ҳар бир тикан гр41 («замбуруғ оёғи») ва гр120 («замбуруғ бошчаси»)дан иборат (гр – гликопротеидлар, рақамлар эса уларнинг килодальтонлардаги молекуляр оғирлигидир).

Вируснинг ядроси кесилган конус шаклига эга ва р24 оксиддан таркиб топган (р – протеин). Ядрога икки молекула РНК жойлашган. Вирус РНКдан ташқари қайталама транскриптаза, интеграз ва протеаза ферментларига эга.

ОИВнинг ҳаёт цикли. Организмда бир кунда 1 млрд. га яқин вирус ҳосил бўлади (2-расм).

Вирус ва ҳужайранинг ўзаро бирикиши бир неча босқичдан иборат:

1. *Вируснинг лимфоцит рецепторлари билан бирикиши.* ОИВнинг гр120 гликопротеиди CD4-рецепторлар билан бирикади. Шунинг учун вирус CD4-рецепторлари бўлган ҳужайраларни зарарлайди. CD4-рецепторлар асосан Т-лимфоцитлар юзасида жойлашган (CD4-лимфоцитлар ҳам дейилади), улар бактерия, вирус ва

4. *Вирусдаги ирсий ахборотни инсон ҳужайрасига кўчирилиши.* Вирус РНКсидаги генетик ахборот ДНКга кўчирилади.

5. *ДНКнинг макроорганизм геномига бирикиши.* Вирус ферменти – интеграза ёрдамида вирус ДНКси ҳужайра ядросига киритилади ва у ерда хромосомадаги ДНКга бирикади. Натижада организм геноми вирусга тегишли бўлган генетик ахборотни олади, яъни провирус ҳосил бўлади.

6. *Янги вирус блокларининг ҳосил бўлиши.* Вирус ферменти – протеаза ёрдамида узун протеинлар майда бўлақларга бўлинади, икки молекула вирус РНКси ва энзимлар йиғилиб янги вирус нуклеокапсиди ҳосил бўлади.

7. *Куртакланиш жараёни ва вируснинг етилиши.* Ҳужайра мембранаси бўртиб, капсула ҳосил бўлади. Етилмаган вирион ажралиб чиқади ва етилади ҳамда қондаги бошқа Т-лимфоцитларни зарарлашга тайёр бўлади (3-расм).

Вируснинг ҳаёт цикли жуда тез, яъни 1 – 2 кун давомида яқунланади. Одатда организмнинг ҳимоя тизими доимо тайёр ҳолда туради ва уни кўпчилик вирус зарралари ва зарраланган Т-лимфоцитлардан тозалайди. Аммо, организмда иммун ҳужайралар – Т-лимфоцитларнинг вирус таъсирида ҳаддан зиёд нобуд бўлиши натижасида бу жараён издан чиқади.

1986 йилда француз олимлари (Монтанье гуруҳи) томонидан Ғарбий Африка ҳудудида инсон учун патоген ҳисобланган яна битта ретровирус аниқланди ва ОИВ–2 деб номланди. У нисбатан кам вирулентлик ва юқумлилик намоён қилади. ОИТСни асосан ОИВ–1 қўзғатади.



3-расм. Т-лимфоцитдан куртакланган ОИВнинг электрон микроскопда кўриниши (ёнида иккита куртакланаётган вирус ҳали тўлиқ йиғилмаган).

ОИВнинг келиб чиқиши тўғрисидаги назариялар

ОИВнинг келиб чиқиши бўйича баҳс ва мунозаралар ҳанузгача давом этмоқда. Уларнинг асосийлари қуйидагилар:

ОИВнинг зооноз келиб чиқиши:

– ОИВ одам ва ҳайвон лейкози вирусларининг каламушлардаги ўсма вирусига ёки маймунлар вируслари билан генетик жараёнда вужудга келган;

– маймунлардаги иммунотанқислик вирусининг мутант шакллари инсон учун патогенлик намоён қилган.

Табиий шароитларда ОИВнинг антропоген келиб чиқиши:

– ОИВ – инсонлар орасида эволюция жараёнида азалдан учраб келаётган типик ретровирусдир;

– ОИВ Марказий Африкада илгаридан мавжуд бўлган ва узоқ йиллар давомида ОИТС касаллиги эндемик тарзда учраб турган, сўнгра Гаити ороллари орқали АҚШга ўтган ва у ердан бутун дунё бўйлаб тарқалган.

Эпидемиологияси

ОИВ инфекцияси антропоноз касаллик. Одам организмида ОИВ эпидемиологик жиҳатдан аҳамиятга эга бўлган концентрацияда қон, сперма, қин ажратмаси ва қўқрак сутида учрайди.

Шуни ҳам таъкидлаш зарурки, вирус сўлак, кўз ёши, тер, сийдик ва нажасда ҳам аниқланган, лекин уларда бўлган вируснинг концентрацияси жуда ҳам кам бўлиб, касаллик ривожланишига олиб келмайди.

ОИВнинг чидамлилиги

ОИВ ташқи муҳитга чидамсиз бўлиб, маълум бўлган барча дезинфекцияловчи эритмаларнинг паст концентрациялари (3% ли водород пероксид эритмаси, 5% ли лизол эритмаси, 0,2% ли натрий гипохлорит эритмаси, 70% ли этил спирти)да ўз фаоллигини йўқотади.

Вирус 56⁰ ҳароратда 30 дақиқа давомида, қайнатилганда эса, 1–2 дақиқада фаолсизланади.

Вирус паст ҳароратда узоқ вақтгача, музлатилган спермада бир неча ой давомида ўз фаоллигини сақлаб қолади.

ОИВ манбаи

Ҳайвонлар табиий шароитларда ОИВ–1 билан касалланмайди, маймунларни тажриба усулида зарарлаш бўйича уринишлар уларнинг тезда тузалишлари билан яқунланган.

ОИВ инфекцияси манбаи ОИВ юқтирган одам бўлиб, у инфекциянинг барча босқичида юқумлидир.

ОИВнинг юқиш йўллари

ОИВ асосан уч хил йўл билан юқади: парентерал, жинсий ва ОИВ юқтирган онадан болага юқиши.

Парентерал юқиш йўли. Қон ва қон маҳсулотлари, организм аъзо ва тўқималари реципиентлари, гиёҳванд моддаларни қон томирига қабул қилувчи, яъни шприц ва игналардан умумий фойдаланадиган гиёҳвандлар ОИВ инфекциясининг юқиши ва тарқалишида хавфли гуруҳлардир.

Бугунги кунда кўпгина мамлакатларда ОИВнинг қон ва қон маҳсулотлари орқали юқиш хавфи кескин камайди.

Тиббиёт муассасаларида қон билан ифлосланган — стерил бўлмаган тиббий асбоблар (шприц, томир учун катетер, гинекологик кўзгу, эндоскоп, жарроҳлик асбоблари ва б.)ни қайта қўллашда ҳам ОИВ юқиши мумкин.

Шиллиқ пардалар ва жароҳатланган терига ОИВ билан зарарланган материалнинг тушиши натижасида ҳам инфекция юқиши маълум.

Қон ва бошқа биологик суюқликларнинг зарарланмаган терига тушиши орқали ОИВ юқиши қайд қилинмаган.

Тиббиёт ходимларининг инъекция хавфсизлиги қоидаларига риоя қилмаслиги — инъекция (вена ичига) қилиш чоғида резина қўлқопдан фойдаланмаслик, ишлатилган игнага унинг филофини кийдиришга уриниш, ишлатилган шприц ва игналарни нотўғри йўқ қилиш ҳоллари ҳам ОИВ ва қон орқали юқадиган бошқа инфекцияларнинг юқиш хавфини оширади.

Ишлатиладиган асбоблар етарлича стерилланмаганда ОИВ юқиш эҳтимоли бошқа муолажаларда масалан, қулоқни тешиш, татуаж ва бошқа шунга ўхшаш муолажаларда ҳам кузатилади.

Жинсий юқиш йўли. ОИВ уруғ суюқлигининг суюқ қисмида ҳам, ундаги лимфоцит ва моноцитларда ҳам учрайди, айниқса уретрит ва эпидидимитда кўп тўпланади. Бундан ташқари ОИВ бачадон бўйни ва қиндан олинган суртмада ҳам аниқланган.

Жинсий аъзолардаги яралар инфекция учун кириш дарвозаси ҳисобланади ва ОИВ юқиш хавфини оширади. Ҳайз кўриш жараёнида ҳам ОИВнинг юқиш хавфи эркак ва аёл учун ҳам юқори бўлади.

ОИВнинг онадан болага юқиши. Вирус онадан болага ҳомиладорлик, тугиш ва болани эмизиш даврида юқиши мумкин. Тугруқ жараёнида болага ОИВ юқиш хавфи анча юқори бўлиб, у ўртача 60% ни ташкил қилади.

Онадан болага ОИВнинг кўкрак сути орқали юқиш хавфи болани кўкрак сути билан эмизиш муддати чўзилган сайин ортиб боради.

ОИВ инфекцияси юқшининг қўшимча омиллари. Қўшимча омиллар инфекциянинг у ёки бу юқиш йўллари фаоллаштиради ва организмнинг инфекция юқтириш мойиллигини оширади.

Муҳим омиллардан бири — кўп кишилар билан (палапартиш) жинсий алоқада бўлишдир.

Таносил касалликлари ҳам ОИВ инфекциясининг тарқалишида катта роль ўйнайди. Жинсий йўл орқали юқадиган касалликлар (ЖЙОЮК) билан ОИВ инфекцияси орасида боғлиқлик мавжуд. Жинсий йўллардаги тери ва шиллиқ қаватлар бутунлигининг бузилиши ва ундаги турли яралар организмга вирус киришини осонлаштиради.

ЖЙОЮКдан сўзак, хламидиоз, захм ёки ўткир учли кандиломалар инфекция юқишини ўртача 10 барабар ошириши мумкин. Шунинг учун, жинсий йўл билан юқадиган касалликларни даволаш ОИВ тарқалишининг олдини олиш бўйича ўтказиладиган тадбирларнинг муҳим қисмидир.

Турли вирусли инфекциялар организмда иммунитетни пасайтиради. Бунга В вирусли гепатитни мисол келтириш мумкин. Бугунги кунда дунё бўйича тахминан 200 миллион киши В гепатит вирусининг ташувчиси ҳисобланади.

Сил касаллигида ҳам организмнинг ОИВга нисбатан сезgirлиги ошади.

Қўшимча омилларга беморнинг ёши ҳам мисол бўла олади: ОИТС билан оғриганлар 90% ҳолларда 20–45 ёшлар оралиғини ташкил қиладди, бу жинсий фаоллик ва гиёҳвандлик билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Болаларда ОИТСнинг нисбатан оғир кечиши уларда иммун тизимнинг тўла шаклланмаганлиги билан боғлиқдир.

Қуйидаги ҳолларда ОИВ юқиши кузатилмайди:

- Йўтал ёки акса уриш.
- Қўл билан саломлашиш, қучоқлашиш ёки ўпишиш.
- Умумий идиш-товоқлар.
- Душ қабул қилиш.
- Бассейнда чўмилиш.



- Ҳашаротлар (чивин, бурга, бит) чақиши.
- Ҳожатхонадан фойдаланиш.
- Умумий ёки мобил телефондан фойдаланиш.
- Эшиклар тутқичини ушлаш.
- Сув фонтанчаларидан фойдаланиш.



ОИВ юқиш хавфи юқори бўлган гуруҳларга кўп кишилар билан жинсий алоқада бўлганлар, бесоқолбозлар, гиёҳванд моддаларни томир орқали қабул қилувчилар, жинсий йўл орқали юқадиган касалликлари бўлганлар, қон ва қон маҳсулотлари, организм аъзолари, тўқималари ва бошқа биологик материаллар реципиентлари, пирсинг, татуаж ва ОИВ кенг тарқалган ҳудудда фаолият кўрсатадиган тиббиёт ходимлари киради.

Патогенези

Барча инфекциялар каби ОИВ инфекцияси ҳам икки қарама-қарши курашлар тизимидан иборат — қўзғатувчининг зарарловчи таъсири ва организмнинг ҳимоя реакцияси. Афсуски, ҳозирча бу қарама-қаршилиқлар натижаси биологик нуқтаи назардан вирус фойдасига ҳал бўлади.

Касалликнинг оғирлашиб бориши билан беморда CD4-рецепторларга эга бўлган Т-лимфоцитлар (хелперлар) сонининг камайиб бориши орасидаги узвий боғлиқлик мазкур касаллик патогенезининг моҳиятидир. Бу ҳолат шу билан боғлиқки, вируснинг gp120 гликопротеиди ва Т-лимфоцитларнинг CD4-рецептори бир-бирига «калит кулфга тушгандай» мос келади.

Қон ҳужайраларидан ташқари нерв ҳужайралари ҳам ОИВ резервуари бўлиши мумкин. ОИТСдаги психозлар ва миянинг атрофияси вируснинг марказий нерв тизими (МНТ) ҳужайраларига таъсири билан боғлиқ.

CD4-ҳужайраларнинг камайиб бориши натижасида организмда иммун тизим фаолияти сусаяди ва ОИВ юқтирган киши организми «оппортунистик» инфекциялар ва хавфли ўсмалар ўсишига қаршилик қила олмай қолади.

КЛИНИК КЕЧИШИ

ОИВ инфекцияси ривожланишида қуйидаги даврлар кузатилади: яширин давр, ўткир иситмалаш даври, латент инфекция даври, персистенувчи тарқоқ лимфаденопатия ва иккиламчи касалликлар даври.

Яширин давр. Бу давр ўртача 2–4 ҳафтадан 2–3 ойгача давом этиб, 50–70% ҳолларда яширин давр клиник белгилар билан яқунланади.

Ўткир иситмалаш даври. Яширин даврдан кейин кўп ҳолларда организмнинг вирусга қарши бирламчи клиник жавоб реакцияси кузатилади, у қуйидаги белгилар билан намоён бўлади:

- умумий белгилар – иситма, лимфа тугунларининг катталашishi, бўғим ва мушакларнинг оғриши, уйқучанлик, ҳолсизлик, иш-таҳанинг пасайishi;

- невропатик белгилар – бош оғриғи, кўзни ҳаракатлантиришда оғриқ сезилиши, периферик невропатия;

- дерматологик кўринишлар – эритематоз, доғли-папулез, ро-зеоласимон, уртикар тошмалар, шиллиқ қаватларда яралар бўлиши;

- гастроинтестинал белгилар – оғиз бўшлиғи кандидози;

- респиратор белгилар – йўтал ва томоқда оғриқ бўлиши.

Ўткир иситмалаш даври 1–2 ҳафтадан 1 ойгача давом этади ва ОИВга қарши иммун жавоб реакцияси ривожланиши билан йўқолади.

Бу даврнинг асосий клиник белгиларидан бири гавда ҳароратининг кўтарилишидир. Кўпинча ОИВ юқтирганларда ўткир иситмалаш даврида бир неча гуруҳ лимфатик тугунларнинг катталашishi кузатилади.

Лаборатория кўрсаткичларидан тромбоцит ва лейкоцитларнинг камайishi, трансaminaзалар фаоллигининг кўтарилиши, эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ)нинг ошиши ва бошқалар кузатилиши мумкин (1-жадвал).

1-жадвал

ОИВ инфекциясининг ўткир иситмалаш давридаги клиник белгилари ва лаборатория кўрсаткичлари

| | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|
| Иситма – 96% | Мушакларда оғриқ – 54% | Кўнгил айнаishi ва қушиш – 27% |
| Лимфа тугунларининг катталашishi – 74% | Ич кетиши (диарея) – 32% | Трансаминазаларнинг ошиши – 25% |
| Фарингит – 70% | Лейкоцитларнинг камайishi – 40% | Жигар ва талоқнинг катталашishi – 14% |
| Тошма – 70% | Бош оғриғи – 32% | Тана вазнининг камайishi – 13% |

Инфекция юққанидан кейин 2–4 ҳафта давомида қон плазмасида вируслар миқдори (вирус юкламаси) юқори бўлади. Қонда вирус концентрациясининг юқори бўлиши инфекциянинг юқиш хавфини оширади.

Ўткир бирламчи инфекцияни ўткир моноклеоз, цитомегаловирусли инфекция, қизилча, токсоплазмоз ва бошқа касалликлардан фарқлаш зарур.

Ўткир ОИВ инфекцияси *инфекцион моноклеоздан* фарқли равишда бодомсимон безларнинг кам зарарланиши, тошма ва яралар ҳосил бўлиши, диарея кузатилиши ва сариқликнинг кам учраши билан характерланади.

Қизилчага бўйиннинг энса қисмидаги лимфатик тугунларнинг зарарланиши хос бўлиб, бир неча гуруҳ лимфатик тугунлар катталашади. ОИВ инфекциясида тошма асосан бош соҳаси ва баданда, айрим ҳолларда қўл қафти ва товонда учрайди.

Кўп ҳолларда ОИВ инфекциясининг ўткир кўриниши бир неча кун ёки ҳафта ўтгач йўқолади.

Амалиётда, одатда, ОИВ юқтирган кишилар юқоридаги бирламчи белгилар кузатилган вақтдан бир неча йиллар кейин аниқланади. Шунинг учун ҳам улар бу қисқа ҳолатни эслай олмайди.

Кўпчилик ОИВ юқтирганларда ўткир иситмалаш давридан кейин узоқ вақт давом этадиган латент инфекция даври бошланади.

Латент инфекция даври. Инфекциянинг бирламчи кўринишлари йўқолгандан кейин кўп ҳолларда организмда клиник мувозанат юзга келса-да, бу вақтда кунига миллиардлаб янги вирус нусхалари ҳосил бўлади ва уларнинг деярли ҳаммаси макроорганизмнинг ҳимоя тизимлари томонидан йўқ қилинади.

Кўпчилик ОИВ юқтирганларда бу даврда бир неча гуруҳ лимфа тугунлари катталашади (2–4 см гача). Одатда безлар юмшоқ ва эластик бўлиб, уларда оғриқ сезилмайди. Айрим ҳолларда лимфатик тугунларнинг ассиметрик катталашиши кузатилади.

Персистирланувчи тарқоқ лимфаденопатия (ПЛП). ПЛП деганда икки ва ундан ортиқ гуруҳ лимфатик тугунларнинг катталашиб (1 см дан ортиқ), 3 ой, баъзан ундан ҳам кўп вақт сақланиши тушунилади.

Катталашган лимфа тугунлари ҳаракатчан бўлиб, ўзаро ва атрофидаги тўқима билан бирикмаган ҳолда бўлади.

Кўпинча бўйиннинг олди ва орқа томонидаги ҳамда қўлтиқ ости ва жағ ости, баъзан, қулоқнинг орқа соҳасидаги лимфатик тугунлар катталашади. Беморларнинг учдан бир қисмида талоқнинг катталашиши кузатилади.

Иккиламчи касалликлар даври. Иммунитет танқислиги бўлган кишиларда ривожланадиган иккиламчи касалликлар «оппортунистик касалликлар» (инглизча opportunity – қулай имконият) деб юритила бошлади, яъни бу касалликлар қулай шароит бўлганда – иммунитет пасайганда ривожланади.

Оппортунистик касалликларнинг ривожланиши CD4-лимфоцитлар миқдорига бевосита боғлиқ. CD4-лимфоцитлар сони $0,2-0,5 \cdot 10^9/\text{л}$

бўлганда бактериал касалликлар, жумладан пневмония, ўраб олувчи темиртки, оғиз бўшлиги кандидози, ўпка сили, оғиз бўшлиги шиллик пардаларининг тукли лейкоплакияси ва бошқалар авж олади.

CD4-лимфоцитлар миқдори $0,05-0,2 \cdot 10^9/\text{л}$ гача камайганда пневмоцист пневмония, оддий герпес, токсоплазмоз, криптококкоз, криптоспоридиоз, ўпкадан ташқари сил ва кандидозли эзофагит ривожланади.

Цитомегаловирусли инфекция CD4-лимфоцитлар сони $0,05 \cdot 10^9/\text{л}$ гача камайганда кузатилади.

ОИТС индикатор, яъни ОИТСдан дарак берувчи касалликларга қуйидагилар киради:

Қизилўнғач, трахея, бронх ёки ўпкалар кандидози.

Ўпкадан ташқари криптококкоз.

1 ойдан ортиқ ич кетиши билан давом этадиган криптоспоридиоз.

1 ойдан кўп вақт давомида тузалмайдиган кўп ўчоқли яралар ҳосил бўлиши билан кечадиган оддий герпес вируси инфекцияси.

60 ёшгача бўлган беморларда Капоши саркомаси.

60 ёшгача бўлган беморларда мия лимфомаси (бирламчи).

Пневмоцист пневмония.

Зўрайиб борувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия.

1 ойликдан катта бўлган болаларда мия токсоплазмози.

Умуман ОИТС икки гуруҳ касалликлар – ўсмалар ва оппортунистик инфекциялар билан характерланади. Текшириш натижалари шунни кўрсатадики, ОИТСда 90% ҳолларда инфекциялар ўлимга сабаб бўлади, қолган 10% ҳоллар ноинфекцион жараёнларга тўғри келади.

Айрим беморларда ўпка кўпроқ зарарланса, бошқаларида – нерв тизими, айримларида эса ўткир диарея кузатилади ва ҳ.к. Лекин, одатда энг эрта намоён бўладиган белги – бу лимфаденопатиядир.

Терининг зарарланиши

ОИВ инфекциясининг дастлабки босқичларида генитал герпес ёки генитал кандиломалар, сўнгра эса кандидоз, тукли лейкоплакия, ўраб олувчи темиртки ва себореяли дерматитлар пайдо бўлади. Кейинчалик криптококкоз ва тери гистоплазмози каби тери касалликлари кузатилади.

Терининг бактериал зарарланиши

Стафилококкли инфекция – асосий қўзғатувчиси *Staphylococcus aureus*. Зарарланиш бир неча клиник кўринишда намоён бўлиши мумкин.

Буллез импетиго – чов ва қўлтиқ соҳаларида қизарган қавариқлар ҳосил бўлади. Улар ёрилиб юзаки яралар пайдо бўлиши мумкин, тери

қичишади. Таъхис учун пустиулалардан тайёрланган суртмалар Грамм усулида бўялади ва микроскопда текширилади. Даволашда антибиотиклар тайинланади.

*Стафилококкли фолликулит*да тук фолликулалари атрофида папулез тошмалар пайдо бўлиб, кўпинча юз соҳаси — бурун, пастки жағ, қўкракнинг юқори қисми ва елкалар зарарланади.

Бацилляр ангиоматоз — тери остида қаттиқ тугунлар ҳосил бўлади. Суяклар зарарланганда қўл-оёқларда кучли оғриқ пайдо бўлади. Инфекциянинг кейинги босқичларида энцефалит ривожланади ва ўтқир психик ўзгаришлар кузатилади.

Терининг вирусли зарарланиши

Терида биринчи (ОГВ1) ва иккинчи (ОГВ2) типдаги *оддий герпес вируслари* турли зарарланишларга сабаб бўлади. ОИВ инфекциясининг дастлабки босқичларида герпес инфекцияси типик кўринишда қисқа вақт давом этади, кейинчалик терида қийин битадиган яралар ҳосил бўлади.

Терида учрайдиган ўраб олувчи темираткининг қўзғатувчиси *varicella-zoster* вирусидир.

Терининг катта қисмини зарарланиши ва бу ўзгаришларнинг узоқ вақт сақланиб туриши касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади (4-расм).

ОИВ юқтирган беморларнинг кўпчилигида *одам папилломаси вируси* таъсирида қўл-оёқ ва юз терисида сўгаллар ҳосил бўлади. Улар турли катталиқда бўлиб, тез ўсади ва касалликнинг даволаниши қийинроқ кечади.

Жинсий аъзолардаги сўгаллар — ўтқир учли кандиломалар ОИВ инфекциясини жинсий йўл билан юқтирган беморларда кўп учрайди.



4-расм. Ўраб олувчи темиратки.

Терининг замбуруғли зарарланиши

Кандидоз. Беморларда ангуляр хейлит, тери ёрилишлари ва оғиз бурчаклари бичилиши кузатилади. Кандидозлар одатда чов, қўлтиқ ости ва сут безлари оралиғида кўпроқ учрайди. Улар оч-қизғиш рангда бўлиб, йирингли яралар ҳосил қилиши мумкин. Бармоқ учлари

зарарланганда паронихиялар кузатилади: бармоқлар териси таранглашади, қизаради ва йиринглайди.

Дерматофития. ОИВ инфекцияси бўлган беморларда кўпинча оёқ панжаси, сон териси ҳамда тирноқлар *Trichophyton rubrum* (руброфития) таъсирида зарарланади. Кандидоз зарарланишлардан фарқли ўлароқ паронихия кузатилмайди. Дерматофитияда тирноқлар ялтироқлигини йўқотади, йўғонлашади, ёрилиши ва уваланиб кетиши мумкин.

Терининг ноинфекцион зарарланиши

Ксероз терининг ўта қуруқлиги туфайли юзага келади. Қўл ва болдир соҳаларида қизарган папула ва тангачалар аниқланади.

Себореяли дерматит мумсимон юзали оч қизғиш доғлар бўлиб, асосан бошнинг сочли қисмида, юз (кўз, бурун, оғиз атрофи) ва кўкракда учрайди. Айрим ҳолларда бу ўзгаришлар псориазга эслатади.

Қайталанувчи афтоз стоматитда 1 мм дан 1 см гача катталиктидаги битта ёки бир нечтагача атрофи қизарган сохта пардали яралар пайдо бўлади. Улар гаплашганда ва ютинганда халақит бериши мумкин.

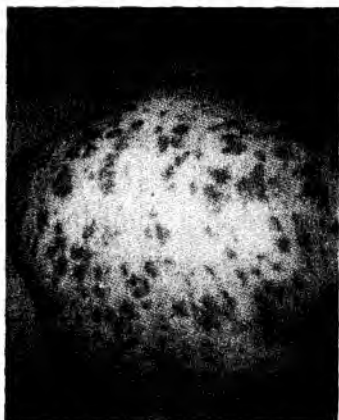
Капоши саркомаси

Капоши саркомаси — бу кўп ўчоқли қон томир ўсмаси бўлиб, тери, шиллиқ қават ва ички аъзоларни зарарлайди. Капоши саркомаси ривожланишида жинсий йўл билан юқадиган инфекция — 8-типдаги герпес вируси муҳим роль ўйнайди.

Айрим вақтда Капоши саркомаси ОИВ инфекциясининг дастлабки босқичларида ривожланади. Бу ўсма учун инвазив ўсиш характерли эмас.

Касалликнинг бошланиш даврида терида қизил рангли майда доғлар пайдо бўлади, улар аста-секин катталаша бориб, қаттиқ тугунларга айланади. Элементлар сони биттадан юзтагача ва ундан ҳам ортиқ бўлиши мумкин (5-расм).

Ўсма қон томирларидан таркиб топганлиги боис унинг ички ва ташқи қисмларида кўплаб эритроцитлар учрайди. Шунинг учун ҳам тошма элементлари қизил ёки қўнғир рангда бўлиб, уларнинг атрофида қорамтир доғлар қайд этилади.



5-расм. Капоши саркомаси.

Тошма элементлари алоҳида ёки ўзаро қўшилган ҳолда учраши мумкин, уларнинг диаметри бир неча миллиметрдан бир неча сантиметргача бўлади. Ўсма юз терисида кўпинча бурун учи, кўз атрофи, қулоқ орқаси ёки ташқи эшитув йўлида учрайди.

Капоши саркомасининг милкларда жойлашиши периодонтал тўқиманинг емирилишига сабаб бўлади (6-расм).

Капоши саркомаси айрим ҳолларда жароҳатланишдан кейин юзага келади (Кебнер феномени).

Ўсманинг ўсиши атроф тўқимада шиш пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Юздаги зарарланиш ўчоқлари инсоннинг юз кўринишини бузади, оёқ ва бўғимларда учраганда эса жисмоний ҳаракатлар чекланади.

Капоши саркомаси теридан ташқари лимфатик тугунлар, меъда-ичак йўллари ва ўпка, баъзан юрак ва марказий нерв тизимини зарарлайди.



6-расм. Капоши саркомасининг милкларда кўриниши.

Нафас олиш тизимининг зарарланиши

Нафас олиш тизими бактериал, содда организмлар, вирусли ва замбуруғли инфекциялар таъсирида зарарланиши мумкин.

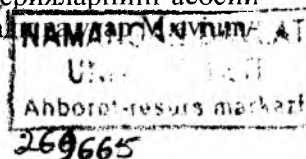
Нафас олиш аъзоларининг бактериал зарарланиши

Сил. ОИТС билан оғриган беморлар орасида кўпинча сил касаллигининг ўпкадан ташқари шакллари учрайди. Силнинг клиник кўринишлари одатда атипик кечади.

Узоқ муддат иситмалаётган, тана вазни камайган ва периферик лимфа тугунлари катталашган беморларни сил касаллигига текшириш зарур. Шуни ҳам эътиборга олиш керакки, ОИВ инфекцияси жараёнида иммунитетнинг сусайиб бориши туфайли силда қўлланиладиган тери синамалари манфий бўлиши мумкин. Беморларда рентгенологик текшириш ўтказиш катта аҳамиятга эга. Таҳлил учун балғам, қон, лимфатик тугунларнинг биоптатлари ва бошқалар текширилади.

Бугунги кунда полимераза занжир реакцияси (ПЗР) кенг қўлланилмоқда.

Атипик микобактериозлар. Атипик микобактерияларнинг асосий қисмини *M. avium* ва *M. intracellulare* ташкил қилади.



complex (МАК) деб аталадиган гуруҳга киритилган. Бу микроблар нафас ва ҳазм йўллари ёки зарарланган тери орқали юқиши мумкин.

Тарқоқ МАК-инфекциянинг характерли клиник белгилари: иситма, кўп терлаш, тана вазнининг камайиб кетиши, лимфаденопатия ва жигарнинг катталашидир.

Лаборатория маълумотларидан камқонлик, гематокрит кўрсаткичи ва ишқорий фосфатаза (ИФ) фаоллигининг пасайиши аниқланади.

Бактериал пневмония. Бактериал пневмониянинг клиник белгиларига тана ҳароратининг кўтарилиши, балғам ажралиши билан кечадиган йўтал, намли хириллаш ва бошқалар киради. Иммуниетет кескин сусайганда пневмония жуда оғир кечади – бактеремия кузатилади.

Бактериал пневмониянинг айрим турлари ўзига хос хусусиятларга эга.

S. pneumoniae ва *H. influenzae* кўзгатадиган пневмония учун бадан қақшати, кучли интоксикация, касалликнинг ўткир бошланиши, бактеремия ва менингит ривожланиши хос.

Нокардиялар кўзгатадиган пневмонияда касаллик секин бошланади, сўнгра йирингли балғам ажралиши кўшилади, ички аъзоларда (шу билан бирга бош мияда) кўплаб йиринглашлар ҳосил бўлади.

Стафилококк ва анаэроб бактериялар кўзгатадиган пневмонияларда ўпка тўқималарида бўшлиқлар вужудга келади.

Нафас олиш аъзоларининг содда организмлар таъсирида зарарланиши

Пневмоцист пневмония (III). ПП кўзгатувчиси *Pneumocystis carinii* 1910 йилда Carini томонидан аниқланган. Кўзгатувчи нафас йўллари орқали юқади.

Яширин давр 7 кундан 30 кунгача давом этади. Характерли белгилари – нафас қисиши, иситма ва йўталдир. Нафас қисиши аввалига жисмоний ҳаракатларда, кейинчалик тинч ҳолатда ҳам безовта қилади. Иситма эт увишиши ва терлаш билан кечади. Йўтал қуруқ бўлиб, кейинчалик доимий тус олади ва у беморни кўпроқ тунда безовта қилади.

Нафас ҳаракатлари бир дақиқада 20–24 ни ташкил қилади. Касаллик зўрайиб бориши билан бемор безовталанади, ҳаво етишмаслиги ва нафас чиқаришнинг қийинлигидан шикоят қилади.

Беморда томир уришининг тезлашиши кузатилади, юрак-қон томирлар етишмовчилиги белгилари кучаяди ва коллапс ривожланиши мумкин.

Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) фаоллигининг ошиши характерли биокимёвий кўрсаткич бўлиб, нафас етишмаслигидан далолат беради.

ОИВ юқтирган беморларда пневмоцист пневмония одатда 1 мкл қонда CD4-лимфоцитлар сони 200 дан кам бўлганда ривожланади.

Токсоплазмали пневмония. Касаллик латент инфекция фаоллашганда токсоплазмаларнинг ўпкага тушиши натижасида пайдо бўлади.

Иситма, нафас қисиши, қуруқ йўтал ва тез зўрайиб борувчи нафас етишмаслиги касалликнинг асосий белгилари ҳисобланади.

Нафас олиш аъзоларининг вирусли зарарланиши

Цитомегаловирусли инфекция. Ичида вирус бўлган ҳужайралар цитомегалалар (катта ҳужайралар) деб юритилган.

Вирус организмга ҳомилалик даврида, туғилиш жараёнида ва кўкрак сути орқали тушади. Катталарда инфекция аэроген, оғиз орқали ва жинсий йўллар ҳамда қон қуйиш орқали юқади.

Иммунитет танқислиги ҳолатида инфекция фаоллашади – вирус қонга тушади ва бутун организм бўйлаб тарқалади. Касаллик хориоретинит, энцефалит, менингоэнцефалит, меъда-ичак йўллари, жигар, буйрак ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши билан кечади.

Бугунги кунда бу касалликка ташхис қўйишнинг серологик, вирусологик ва морфологик усуллари ишлаб чиқилган.

Оддий герпес вируси ва varicella-zoster қўзғатадиган инфекциялар. Герпетик инфекциянинг яширин даври 2 кундан 12 кунгача давом этади. Varicella-zoster вируси қўзғатадиган бирламчи инфекция кўпинча болаларда сувчечак кўринишида намоён бўлади. Латент инфекциянинг қайта фаоллашуви натижасида катталарда ўраб олувчи темиртки ривожланади.

Вирус асосан ҳаво-томчи йўли орқали юқади. Организмга тушган вирус дастлаб бодомсимон безда, кейинчалик бошқа лимфоид тўқималарда йиғилади ва 10–14 кундан кейин вирусемия кузатилади.

Инфекциянинг ривожланиш жараёни тўхтагандан кейин латент давр бошланади, бу даврда қўзғатувчи нерв ганглияларида сақланиб қолади.

Нафас олиш аъзоларининг замбуруғли зарарланиши

Ўпка криптококкози. Инфекция қўзғатувчиси криптококк – *Cryptococcus neoformans* – патоген замбуруғдир.

Инфекция организмга нафас йўллари орқали тушади. Криптококкознинг энг кўп учрайдиган шакли – менингитдир. Ўпка криптококкози одатда йўтал, кўкрак соҳасида оғриқ, айрим ҳолларда нафас олишнинг қийинлашиши ва иситма билан кечади.

Бевосита микроскопда текшириш ва озиқ муҳитларида ўстириш орқали криптококклар қон, сийдик, орқа мия суюқлиги ва суюк илигида аниқланади.

Нафас олиш аъзоларининг кандидозли зарарланиши. Кандидоз қўзғатувчилари *Candida* туридаги замбуруғлардир.

Замбуруғлар нафас йўллариининг турли соҳаларини зарарлаши мумкин. Йўтал, овознинг хириллаши ва ютинганда нохушлик сезиш кандидознинг асосий белгиларидир.

Касаллик оғир кечганида иситма ва кўп балғам ажралиши, айрим ҳолларда қон тупуриш, йўтал кузатилади. Асоратларидан плеврит ва эмпиема кўп учрайди.

Аспергиллез. Аспергиллалар организмга нафас йўллари орқали тушади.

Бронхлар зарарланганда нафас йўлининг бекилиб қолиши, иситма, йирингли балғам ажралиши ва лейкоцитлар сонининг камайиб кетиши кузатилади.

Ўпка аспергиллезиде иситма, йўтал, нафас қисиши, кўкрак соҳасида оғриқ, баъзан қон тупуриш кузатилади.

Гистоплазмоз. Касалликнинг асосий белгиси юқори (39°C дан баланд) ҳарорат бўлиб, у одатда тана вазнининг камайиши, ҳолсизлик, тунда кўп терлаш, нафас қисиши, йўтал ва қоринда оғриқ билан кечади. Жигар ва талоқ катталашади. Артериал босим (АБ) пасаяди — буйрак, жигар ва ўпка етишмовчилиги ривожланади. Тарқоқ гистоплазмознинг клиник манзараси бактериал сепсисни эслатади.

Кокцидиоидомикоз. Одам организмга қўзғатувчи нафас йўли орқали тушади. Юқори иситма, шиллик-йиринг аралаш балғамли йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, оғир ҳолларда эса, қон тупуриш касалликнинг типик белгиларидан ҳисобланади.

Меъда-ичак йўллариининг зарарланиши

Оғиз бўшлиғи кандидози. ОИВ инфекциясига чалинган беморларда кўпинча *Candida albicans*, *C. parapsilosis* ва бошқалар аниқланади.

Псевдомембраноз кандидозда (тилнинг оқариши) — дастлаб шиллик қаватлар қорамтир рангда бўлиб, тезда оқ карашлар билан қопланади. Карашлар шпател ёрдамида осон қириб олинади ва ўзидан тез қонайдиган яралар қолдиради. Тил зарарланганида беморлар таъм сезишнинг бузилиши ёки тилнинг ўткир ва иссиқ овқатларга таъсирланишидан шикоят қилади.

Ангуляр хейлитда оғиз бурчаклари қизаради ва ёрилади.

Атрофик кандидоз қизил рангдаги ўзгаришлар шаклида намоён бўлади ва асосан қаттиқ танглай ва тилнинг орқа қисмида учрайди.

Сурункали гиперпластик кандидозда милкда қизил ва оқ доғлар пайдо бўлади.

Тукли лейкоплакия. Тукли лейкоплакия кузатилган беморларнинг деярли 98% ида ОИВга қарши антитело аниқланади, яъни бу касал-

лик ОИВ инфекциясига хосдир. Унинг келиб чиқиши Эпштейн-Барр вирусининг тил эпителийси хужайраларига таъсири билан боғлиқ.

Тукли лейкоплакияда тил ён томонларининг бир ёки икки томонлама оқ бурмалар ёки бўртмалар шаклида зарарланиши кузатилади (7-расм).

Бемор одатда шикоят қилмайди ва бу ўзгаришларни у кўпинча тасодифан сезиб қолади.

Криптоспоридиоз. Криптоспоридиозда ўткир диарея кузатилади. Айрим ҳолларда ич кетиши бир кунда 20 мартага етади. Диарея қоринда озроқ спастик оғриқлар пайдо бўлиши, кўнгил айниши, гавда ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, иштаҳанинг йўқолиши ва бош оғриғи билан кечади. Айрим ҳолларда нажасда қон ва шилимшиқ аниқланиши мумкин.

Лаборатория ташхисида микроскопик текширишлар билан бирга иммунофермент анализ (ИФА) ва иммуноблот усуллари қўлланилади.

Изоспороз. Изоспоралар организмга оғиз орқали тушади ва ичак эпителийларини зарарлайди – ворсинкалар атрофияга учрайди.

Яширин давр ўртача 7–10 кун давом этади. Касалликнинг асосий клиник белгиси диареядир. Нажасда юқори концентрацияда ёғ кислоталари ва баъзан қон аниқланади. Диарея кўнгил айниши, қусиш, қоринда оғриқ, иситма, бош оғриғи ва иштаҳанинг пасайиши билан кечади.

Меъда-ичак йўллариининг бактериал зарарланишларига сальмонеллез, дизентерия, кампилобактериоз ва бошқалар киради.

Меъда-ичак йўллариининг вирусли зарарланиши

Цитомегаловирусли зарарланиш. Цитомегаловирус меъда-ичак йўллариининг барча бўлимларини зарарлаши мумкин.

Цитомегаловирусли эзофагит турли хил яралар ҳосил бўлиши билан характерланади.

Ингичка ичакнинг цитомегаловирусли зарарланиши кўпинча диффуз энтерит шаклида кечади.

Цитомегаловирусли колитда иситма, қоринда оғриқ ва ич кетиши кузатилади, ичак деворлари некрозга учраганда касаллик жуда оғир кечади.



7-расм. Тукли лейкоплакия.

Меъда-ичак йўлларининг оддий герпес вируси билан зарарланиши. ОГВ кўпинча оғиз бўшлиғи, қизилўнғач ва перианал соҳаларни зарарлайди.

ОИВ инфекциясида герпетик стоматит оғир кечади: оғриқ туфайли бемор чайнаш ва овқат ютишга қийналади, бу ўзгаришлар кўпинча тана вазнининг камайиб кетишига ҳам сабаб бўлади.

Жигарнинг герпесли зарарланиши бошқа вируслар таъсирида кузатиладиган зарарланишлардан фарқ қилмайди.

Перианал соҳада учрайдиган рецидивланувчи герпес турли каталикдаги яралар ҳосил бўлиши билан ифодаланади.

Юрак-қон томирлар тизимининг зарарланиши

Перикардит. Перикардада кўп суюқлик йигилганда беморни нафас қисиши безовта қилади. Юрак тампонадасида ўпка чегаралари кенгайди, пульснинг тезлашиши ва АБнинг пасайиши аниқланади.

Миокардит. Миокардит сабаблари токсоплазма, Candida гуруҳидаги замбуруғ, кокцидия ва цитомегаловируслар бўлиши мумкин.

Клапанлар патологияси. Юрак клапан аппаратини зарарланиши кўпинча стафилококк ёки стрептококкли инфекциялар ривожланиши билан боғлиқ. Эндокардит гиёҳванд моддаларни қон томирига қабул қиладиган кишиларда кўпроқ учрайди.

Буйракларнинг зарарланиши

ОИВ нефропатия. ОИВ нефропатиянинг кўп учрайдиган клиник белгилари – сийдикда оқсил пайдо бўлиши, сийдик чўкмасининг ўзгариши ва буйрак етишмовчилигидир.

Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ). ОИВ инфекциясида ўткир буйрак етишмовчилиги патогенези асосида кучли гемодинамик ўзгаришлар ётади, улар оппортунистик инфекциялар натижасида кузатиладиган узоқ муддатли ич кетишлар туфайли юзага келиши мумкин.

Нерв тизимининг зарарланиши

ОИТС-демент комплекси (ОИТС-ДК). «ОИТС-демент комплекси» – бу ОИВ ва МНТ тузилмаларининг ўзаро таъсири натижасида бош миянинг зарарланиши туфайли кузатиладиган белгилар йиғиндисидир.

Синдром идрок қилиш, ҳаракатланиш ва феъл-атвор функцияларининг бузилишларини ўз ичига олади.

Идрок қилиш соҳасининг бузилиши фикрлашнинг пасайиши, эътиборни жамлай олмаслик ва хотирада ўзгаришлар бўлиши билан кечади.

Ҳаракатлар тартиби бузилганда мувозанат сақлай олмаслик, тез-тез чалиниб кетиш, қўлнинг титраши, клоник талвасалар ва оёқ-қўллар фалажи кузатилади.

Апатия, беқарорлик, ҳаяжонланиш, психоз ва сергап бўлиш феъл-атвор функцияларининг бузилишидан дарак беради.

Марказий нерв тизимининг содда организмлар таъсирида зарарланиши

Церебрал токсоплазмоз. *Toxoplasma gondii* — облигат паразит бўлиб, у одам организмга етарли термик ишловдан ўтмаган гўштли маҳсулотлар, ифлосланган сув ва чанг орқали тушади. Она қорнида ҳомилага паразит юққан ҳолларда болада оғир туғма асоратлар кузатилиши мумкин.

Иммунитети нормал кишиларда паразитнинг тўқима цисталари унинг бутун умри давомида латент ҳолатда сақланиб қолади. Иммунитет пасайганда, латент инфекция фаоллашади ва организм бўйлаб тарқалади.

Церебрал токсоплазмознинг клиник манзарасида энцефалит белгилари — гемипарез, дезориентация, афазия ва бошқалар учрайди.

Кўз токсоплазмозиди беморлар буюмларнинг аниқ кўринмаслиги ва кўз олдида доғлар пайдо бўлишидан шикоят қилади.

Нерв тизимининг вирусли зарарланиши

Цитомегаловирусли инфекция (ЦМВИ). Орқа миянинг цитомегаловирусли зарарланиши диффуз характерда бўлиб, патологик жараён бўйин, кўкракнинг юқори қисми ва бел соҳаларини зарарлайди.

Касалликнинг дастлабки даврида беморларни бел ёки умуртқа поғонаси бўйлаб оғриқ безовта қилади. Оёқда мушак таранглиги пасайиб, пай рефлекслари сустлашади. Касалликнинг охириги босқичларида қўл ва оёқлар ишламай қолиши мумкин.

Орқа мия суюқлигида кўпинча ўзгаришлар кузатилмайди. Лаборатория ташхисида полимеразали занжир реакцияси (ПЗР) катта роль ўйнайди.

Марказий нерв тизимининг герпетик зарарланиши. Касаллик типик кечганда ўткир бошланади: гавда ҳароратининг кўтарилиши, кучли бош оғриғи ва эс-ҳушнинг бузилиши билан боғлиқ бўлган белгилар намоён бўлади. Кома ривожланганда касаллик, одатда, ўлим билан тугайди.

Varicella-zoster вируси таъсирида МНТ нинг зарарланишида бош оғриғи, қусиш, тремор ва эс-ҳушнинг бузилиш ҳолатлари аниқланади.

Зўрайиб борувчи кўп ўчоқли лейкоэнцефалопатия — кўзғатувчиси паповируслар ҳисобланади.

Психик ҳолатнинг ўзгариши, кўр бўлиб қолиш, қўл-оёқларнинг яхши ишламаслиги ва мианинг бошқа ўчоқли зарарланишлари касалликнинг асосий кўринишларидир. Одатда бош оғриғи, иситма ва талваса кузатилмайди. Касалликнинг клиник манзараси бир неча ойлар давомида зўрайиб боради ва беморнинг ўлими билан тугайди.

Ташхис қўйишда компьютерли томографиядан фойдаланилади.

Марказий нерв тизимининг замбуруғли зарарланиши

Криптококкли менингит. Касалликнинг энг кўп учрайдиган белгилари — иситма, бош оғриғи, кўнгил айниши ва қусишдир. Айрим беморларда менингеал белгилар кузатилади. Касаллик белгиларсиз ҳам кечиши мумкин.

Марказий нерв тизимининг бактериал зарарланиши

Кўп учрайдиган касаллик **сил микобактериялари кўзгатадиган менингит** ҳисобланади. Касалликнинг кечиш жараёнида интоксикация, менингеал белгилар ва бош мия нервлари функцияларининг бузилиши кузатилади. Орқа мия суюқлигини таҳлил қилганда оқсил миқдорининг ошганлиги аниқланади.

ОИВ инфекциясида МНТ турли бактериялар — эшерихия, менингококк ва нокардиялар таъсирида ҳам зарарланиши мумкин.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ҲТКАЗИШ

Консултация ўтказиш (маслаҳат бериш) — ОИВ/ОИТС билан боғлиқ бўлган стрессни камайтириш ва пациентнинг тўғри қарор қабул қилиши учун ёрдам бериш мақсадида пациент ва консултант ўртасидаги ўтказиладиган конфиденциал мулоқотдир.

ОИВга тест қўйиш (текшириш) — бу қон зардобадаги ОИВга қарши ҳосил бўлган антителони ИФА усулида аниқлашдир.

Консултация ва тест қўйиш қуйидаги ҳолларда таклиф қилинади:

- ОИВнинг юқиш профилактикаси бўйича пациент маслаҳат сўраганда;
- тиббий кўрсатмалар бўлганда;
- онадан болага ОИВ юқишини олдини олиш мақсадида.

Консултация соғлиқни сақлаш тизими ва ижтимоий таъминот ходимлари ҳамда ОИВ/ОИТС соҳасида консултация ўтказиш бўйича етарли маълумот ва кўникмаларга эга бўлган бошқа ходимлар томонидан ўтказилиши мумкин.

Сухбат ўтказиш шартлари:

- сухбат тинч ва дўстона руҳда ўтказилади;

- суҳбат чоғида ижобий муҳит яратилади;
- эътибор билан тинглаб, унинг гапини бўлмасликка ҳаракат қилинади.

Консултация ўтказиш ва тест қўйиш кетма-кетлиги:

- тестгача консултация ўтказиш;
- ОИВга тест қўйиш;
- тестдан кейин консултация ўтказиш.

Тестгача консултация ўтказиш

Тестгача консултация ўтказиш қоидалари:

- саломлашиш ва танишиш;
- суҳбатнинг сир сақланишига ишонтириш;
- пациентда инфекция юқиши бўйича хавфли омилларни аниқлаш;
- ОИВ/ОИТС бўйича билим даражасини аниқлаш;
- ОИВга текшириш ва «серонегатив бўшлиқ» ҳақида тушунча;
- тестда «мусбат» ва «манфий» натижалар аҳамиятини тушунтириш;
- тест қўйиш тартиби ҳақида маълумот бериш.

ОИВга тест қўйиш

ОИВга тест қўйишдан олдин ёритилиши зарур бўлган мавзулар:

- ОИВ нима?
- ОИВ инфекцияси нима?
- ОИТС нима?
- ОИВнинг юқиш йўллари;
- ОИВ юқиши бўйича хавфли бўлган биологик суюқликлар;
- «Серонегатив бўшлиқ»;
- ОИВ юқиш хавфи юқори бўлган гуруҳлар;
- ОИВнинг иммун тизимга таъсири;
- ОИВ юқишининг олдини олиш чоралари.

Тестдан кейин консултация ўтказиш

Манфий натижа олинганда:

- тест натижаси шахсан ўзига маълум қилинади;
- тест натижасининг аҳамиятини тушуниши аниқланади;
- «Серонегатив бўшлиқ» ҳақида тушунтирилади ва қайта текшириш мумкинлиги бўйича тушунча берилади;
- ОИВ/ОИТС бўйича маълумот берилади;
- ОИВни юқтирмаслик чоралари тушунтириб берилади;
- ОИВ/ОИТС бўйича шуғулланадиган бошқа ташкилотлар ҳақида ҳам маълумот берилади.

ИФА усули бўйича бирламчи-мусбат зардобларни назорат текшируви учун лабораторияга етказиб беришда икки нусхада 509/у шаклдаги йўлланма тўлдирилади ва унда текширилган сана, диагностика кумнинг серияси, типи, ўтказилган таҳлиллар натижалари билан бирга паспорт маълумотлари кўрсатилади:

**ОИВни аниқлаш учун олиб келинган материални
қайд қилиш журнали**

| Қайд қилиш рақами | Тартиб рақами | Ф.И.Ш. | Жинси | Туғилган йили | Код | Уй манзили | Иш жойи | Қон олинган сана | Республика ОИТС Марказида текширилган сана | Республика ОИТС Марказида қўйилган ИФА натижаси |
|-------------------|---------------|--------|-------|---------------|-----|------------|---------|------------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |

Йўлланмага «бирламчи», «қайта», «диспансер» сўзлари ёзилади. Зардоб солинадиган маҳкам ёпилган бир марталик пробиркаларга рақамлар билан бирга текширилувчининг фамилияси ёзилади.

Ташхис қўйишнинг специфик ва носпецифик усуллари мавжуд. Ташхис қўйишнинг **специфик усуллари:**

I. Иммунофермент таҳлил (анализ) – ИФА. Зардобда ёки қон плазмасида ОИВга қарши антителони аниқлаш учун қўлланилади. ИФА қўйиш учун 4 авлод тест-системалар мавжуд:

1. Биринчи авлод – сезгирлик ва спецификлик 95% гача. Қонда антитело ОИВ юқтирган вақтнинг 27-кунидан бошлаб аниқланади.

2. Иккинчи авлод – сезгирлик 95% гача, спецификлик 95% дан юқори. Қонда антитело ОИВ юқтирган вақтнинг 27-кунидан бошлаб аниқланади.

3. Учинчи авлод – сезгирлик ва спецификлик 97% дан юқори. Қонда антитело ОИВ юқтирган вақтнинг 21-кунидан бошлаб аниқланади.

4. Тўртинчи авлод – нафақат ОИВга антитело, балки ОИВнинг р24 антигенини ҳам аниқлашга имкон беради. Сезгирлик ва спецификлик 97% дан юқори. Антитело ОИВ юққан вақтнинг 12-кунидан бошлаб аниқланади.

ИФА усулининг сезгирлиги юқори, аммо спецификлиги баланд эмас. Шунинг учун ИФА да сохта мусбат ва сохта манфий натижалар ҳам кузатилиши мумкин.

- Сохта манфий натижалар «серонегатив бўшлиқ», яъни касалликнинг бошида ОИВга қарши антителонинг бўлмаслиги туфайли кузатилиши, бундай ҳолат яна агаммаглобулинемия ва ОИТС босқичида ҳам учраши мумкин.

- Сохта мусбат натижалар аутоиммун ўзгаришлар, юқумли (бактериал ва вирус табиатли) ва онкологик касалликларда ҳам кузатилади.

Агар ИФА натижаси мусбат бўлса, мазкур зардоб бошқа ёки шу тест-системада қайта текширилади. Мусбат натижа олинган тақдирда комиссия тарзида бу шахснинг паспорт маълумотлари кўрсатилган ҳолда қайтадан 2-намуна олинади. Бу зардоб ИФА да қайта текширилади. Мусбат натижа олинганда қайта олинган зардоб 1,5 мл дан кам бўлмаган ҳажмда бир марталик қопқоқ билан герметик ёпиладиган полистерол пробиркаларга қуйилади ва тасдиқлаш учун вилоят ва шаҳар ОИТС марказлари лабораторияларига жўнатилади. У ерда зардоблар учинчи-тўртинчи авлод тест-системалар ёрдамида текширилади. Мусбат зардоблар тасдиқлаш учун Республика ОИТС Марказига юборилади.



8-расм. ИФА натижасини аниқлашда қўлланиладиган анализатор.

Келтирилган зардоблар учинчи-тўртинчи авлод тест-системаларда текширилади. ИФА усулида текшириш натижаларини аниқлашда анализатордан фойдаланилади (8-расм).

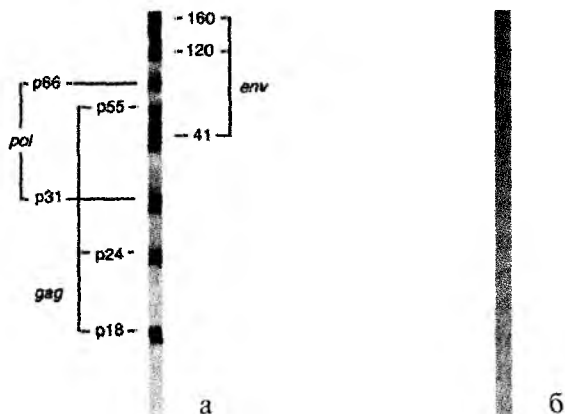
Манфий натижа кузатилганда яқиний натижа манфий деб ҳисобланади. Мусбат натижа олинганда эса бу зардоблар иммуноблот ёрдамида текширилади.

II. Иммуноблот реакцияси (иммуноблотнинг Western Blot модификацияси) молекуляр оғирликларининг ошиб бориши бўйича алоҳида тақсимланган ОИВ оқсилларига қарши специфик антителоларни аниқлашга асосланган.

Иммуноблот усулининг моҳияти шундан иборатки, иммунофермент реакцияси молекуляр оғирликлари бўйича мембранада тақсимланган ОИВ антигенлари билан ўтказилади.

Агар ОИВнинг учта асосий — р24, гр41 ва гр120 (ёки гр160) антигенларидан хоҳлаган иккита антигенга қарши антитело аниқланса, иммуноблот натижалари мусбат ҳисобланади.

Иммуноблотнинг мусбат натижаси ОИВ инфекцияси ташхисини тасдиқлайди (9-расм).



9-расм. Иммуноблот натижалари:

а) иммуноблотнинг мусбат натижаси; б) иммуноблотнинг манфий натижаси.

Иммуноблотда ОИВ антигенларидан фақат биттасига қарши анти-тело аниқланса, у вақтда реакция натижаси гумонли ҳисобланади. ОИВ га қарши антитело аниқланмаса, натижа манфий деб баҳоланади.

III. Полимераза занжир реакцияси (ПЗР). ПЗР қонда ОИВнинг провирус ДНКси (сифат кўрсаткич) ёки плазмада ОИВнинг РНКси (миқдор кўрсаткич – «вирус юк-ламаси») ни аниқлаш учун қўлланилади. Кўрсаткични аниқлашда термоциклердан фойдаланилади (10-расм).

Вирус юкламаси бу – 1 мл қон плазма-сида вирус РНКлари нухасининг сонидир.

ПЗР ОИВ юқтирган оналардан туғилган болаларда ОИВ инфекцияси ташхисини қўйишда кенг қўлланилади. ОИВ юқтирган онадан туғилган болада ОИВ ДНКсини ПЗР усулида аниқлаш учун киндик қонини тек-шириш мумкин эмас. Биринчи текшириш болада бир ойликдан икки ойликкача, иккинчи текшириш 3–4 ой-лигида ўтказилади. ПЗР усулида иккита мусбат натижа олинса, бола ОИВ юқтирган ҳисобланади. Икки марта олинган манфий натижа боланинг ОИВ юқтирмаганлигини билдиради (бола бу вақтда она сути билан боқилмаётган бўлса).

Катталарда бу текширишлар серонегатив давр, иммуноблот-нинг ноаниқ натижалари ва даволашнинг самарасини аниқлаш учун ўтказилади.



10-расм. ПЗР натижаси-ни аниқлашда қўллани-ладиган термоциклер.

IV. Экспресс (тезкор) тестлар. Натижалар визуал баҳоланади. Тестларни ўтказишда ИФАга нисбатан кам вақт сарфланади. Тезкор тестлар махсус асбоб-ускуналар билан жиҳозланмаган лабораторияларда қўлланилиши мумкин.

Ташхис қўйишнинг **носпецифик усули**га CD4-лимфоцитлар сонини аниқлаш киради (нормада, катталарда ёшга боғлиқ ҳолда 1 мл қонда 500 дан 1500 гача бўлади).

Лабораториянинг юқумли бўлимида ишлаганда 3-типдаги ўлатга қарши костюм (жарроҳлик халати, шапкача ёки косинка, резина қўлқоп, носки, шиппак)дан фойдаланилади. Иш бошлашдан олдин теридаги барча жароҳатлар лейкопластир ёки бармоққа киядиган резиначалар билан ёпилади. Резина қўлқопларни кийишдан олдин уларни бутунлиги текшириб кўрилади. Бунинг учун улар ҳаво билан тўлдирилади ва ҳавонинг чиқиб кетмаслиги аниқланади.

Ишга киришишдан олдин дезинфекцияловчи эритмалар тайёрланади. Текшириш материали билан ишлаганда унга потенциал юқумли материал сифатида қаралиши зарур. Таҳлиллар тугагандан кейин иш столлари ва ишда қўлланилган бошқа буюмлар дезинфекция қилинади.

Иш кунининг охирида дезинфекцияловчи моддалар билан ҳўл тозалаш ўтказилади (пол ювилади, девор, эшик, шип, дераза, шкаф ва бошқалар артилади). Тозалашдан кейин иш хоналари бактерицид лампалар билан бир соат давомида нурлантирилади. Нурлантириш қуввати 2,5 вт.куб.м. дан кам бўлмаслиги керак.

ДАВОЛАШ

ОИВ инфекцияси – бу сурункали касаллик бўлиб, ҳозирча уни узил-кесил даволаш усули топилмаган. ОИВ инфекциясининг узоқ вақт давом этиши ва секин ривожланиши беморларни мунтазам кузатиб боришни талаб қилади. Ҳозирги вақтда икки гуруҳ антиретровирусли (АРВ) препаратлар маълум – қайталама транскриптаза ингибиторлари (ҚТИ) ва протеаза ингибиторлари (ПИ).

Қайталама транскриптаза ингибиторларига нуклеозидли ва нонуклеозид препаратлар киради.

Қайталама транскриптазанинг нуклеозидли ингибиторлари (ҚТНИ) – бу гуруҳнинг дастлабки препаратларидан бири азидотимидиндир (АЗТ, тимазид, зидовудин). Бу гуруҳга фосфазид, диданозин, ламивудин, ставудин, абакавир ва бошқалар киради.

Қайталама транскриптазанинг нонуклеозидли ингибиторлари (ҚТННИ)га невирапин, делафирдин ва эфавиренз киради.

Протеаза ингибиторлари – бу гуруҳ препаратларига индинавир, саквинавир, ритонавир ва нельфинавирлар киради.

ПИ ҚТИдан фарқли равишда кам ноҳўя таъсирга эга. Улар алоҳида қўлланилганда бу препаратларга чидамлилик тез ривожланади, шунинг учун улар бошқа АРВ препаратлар билан бирга қўлланилади.

АРВ препаратлар монотерапия (битта препарат билан даволаш), битерапия (иккита препарат билан даволаш) ва тритерапия (учта препарат билан даволаш, масалан, ҚТИ гуруҳидан иккита препарат ва ПИдан битта препарат) шаклида қўлланилиши мумкин. Учта препаратни бирга тайинлаш (тритерапия) «юқори фаол антиретровирусли терапия» деб юритилади.

АРВ терапия (АРТ)нинг самараси клиник ва лаборатория кўрсаткичлари билан аниқланади. ОИВ РНКсининг миқдори (вирус юкламаси) ва CD4-лимфоцитлар сони АРТнинг самарасини кўрсатадиган муҳим кўрсаткичлардир.

Паллиатив ёрдам кўрсатиш

Паллиатив ёрдам симптоматик даволаш ва терминал ҳолатларда ёрдам беришни ўз ичига олади. У уйда ва шифохонада ташкил қилиниши мумкин. Паллиатив ёрдам кўрсатиш барча даволаш-профилактика муассасалари (ДПМ)да амалга оширилади.

ОИТСда беморларни оғриқ, иситма, йўтал, нафас қисиши, қусиш, ич кетиши, депрессия, ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқолиши, тери қичишиши, тана вазнининг камайиши ва бошқалар безовта қилиши мумкин.

Оғриқни қолдириш. Иложи борича мушак орасига инъекциялар қилмай оғриқ қолдирувчи дориларни ичишга бериш лозим. Унча кучли бўлмаган оғриқларни камайтириш учун аспириин яхши самара беради. Жигар фаолияти чуқур издан чиққанда парацетамол ва аспириин тавсия этилмайди.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларидаги яраларни даволаш. Оғиз бўшлиғининг турли яраларида беморларга овқатлангандан кейин ва ухлашдан олдин оғизни тузли сув билан чайиш тавсия қилинади. Афтоз стоматитда *дексаметазон* (оғизни чайиш учун) ва *триамсиалон* (яраларга суртиш учун) бериледи. Герпетик стоматитда *ацикловир* ва *метронидазол* буюрилади. Уйда парвариш қилиш учун қуйидагилар тавсия қилинади: юмшоқ тиш чўткаси билан тиш, милк, тил ва танглайдаги карашлар эҳтиётлик билан тозаланади, 2 таблетка *аспириин* бир стакан сувда эритилади ва кунига 4 марта оғиз чайилади ва парҳезга риоя қилинади; юмшоқ овқатлар буюрилади, жуда иссиқ, совуқ ёки аччиқ овқатлар тавсия қилинмайди.

Оғиз қуриб қолишини даволаш. Оғизнинг қуриши препаратларнинг ноҳўя таъсири туфайли ҳам кузатилиши мумкин, шунинг учун тайинланган дорилар қайта қуриб чиқилади. Оғизнинг қуришида уйда

Ўтказиладиган тадбирлар: оз-оздан кўп суюқлик ичиш, оғизни тез-тез чайиб туриш ва мевалар, масалан, апельсин бўлагини шимиш яхши наф беради.

Ич кетишини даволаш. Организм сувсизланишининг олдини олиш учун оз-оздан кўп суюқлик ичилади. Ич кетишида уйда қуйидагиларга амал қилинади: оз-оздан кўп миқдорда суюқлик ичилади, сабзи шарбати витамин, минерал моддалар ва пектинга бой бўлиб, ичакларга яхши таъсир қилади ва иштаҳани очади, кам-камдан 5–6 маҳал овқатланиш зарур, кофе ва аччиқ чой ичиш тавсия қилинмайди.

Беморда қуйидаги ҳолатлар кузатилганда врачга мурожаат қилиш зарур: қусиш, иситма, нажасда қон пайдо бўлиши, уч кундан зиёд ич кетиши ва беморнинг ҳолсизланиб бориши.

Иситмани тушириш. Бунинг учун *парацетамол* ёки *аспирин* тайинланади. Уйда парваришлаш учун: беморга кам-камдан кўп миқдорда сув, чой ва мева шарбатлари ичириш тавсия қилинади.

Ўйқусизликни даволаш. Ўйқусизликда *диазепам* ёки *лоразепам* берилди. Уйга тавсиялар: бемор тинчлантирилади, тунда беморга аччиқ чой ва кофе берилмайди.

Депрессияни даволаш. Белгилари: тушкунлик, кайфиятнинг йўқлиги, ҳолсизлик ва бошқалар. Айрим ҳолларда ўз жонига қасд қилиш ҳаракатлари кузатилади.

Биринчи навбатда консультация ўтказилади, зарурат бўлганда дорилар берилди. Бемор қасддан бирор кор-ҳол қилиб қўймаслиги учун уни ёлғиз қолдирмаслик ва кўзи тушадиган жойдан ўткир буюмларни олиб қўйиш лозим.

Тери қичишишини даволаш. Катталарда тери қичишганда антигистамин препаратлар тайинланади, экземада терини ювиб, уни қуруқ сақлаш тавсия этилади.

Ётоқ яраларни даволаш. Агар тери қизарган, оғриқли, иссиқ бўлиб, лекин бошқа белгилар кузатилмаса, зарарланган соҳани антисептиклар билан ювилади. Агар тери қизарган, оғриқли, иссиқ бўлиб, йиринглаш ва иситма кузатилса, антибиотиклар тайинланади. Флюктуация белгилари аниқланганда йиринг чиқариб ташланади.

Шифохонада ётоқ яраларнинг олдини олиш: кроватда беморнинг ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш, чойшабларни доимо тоза сақлаш, ташқи жинсий аъзоларнинг доимий тозалигини таъминлаш, териға крем, ланолин, косметик ёки ўсимлик мойларини суртиш, агар беморда нажас ёки сийдик тутолмаслик ҳоллари кузатилса, тўшак тоза сақданиши учун чойшаб тагидан клеёнка солиш зарур.

Уйда парваришлаш учун тавсиялар: кичик соҳадаги зарарланишлар тузли сувда ювилади ва қуригилади, оғриқда анальгетиклар берилди.

Тери рангида ўзгаришлар сезилса ёки ётоқ яралар зўрайиб борса, врачга мурожаат қилиш зарур.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, гиёҳвандлик ва алкоголизм ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш зарур.

Инфекция тарқалишининг олдини олиш усулларидан бири ОИВнинг юқиш йўллариغا барҳам беришдир. БЖССТ мазкур йўналишга қаратилган кўплаб дастурлар яратмоқда. Уларнинг асосийлари қуйидагилардан иборат:

- вируснинг жинсий йўл орқали юқишини олдини олиш;
- вируснинг гиёҳванд моддаларни инъекция қилиш орқали юқишини олдини олиш;
- вируснинг онадан болага юқишини олдини олиш;
- вируснинг қон, қон маҳсулотлари ва донор аъзолар орқали юқишини олдини олиш.

Онадан болага ОИВ юқишининг профилактикаси

Онадан болага ОИВ юқиш профилактикаси бўйича қуйидаги сармалари усуллар мавжуд бўлиб, улар болага ОИВ юқиш хавфини камайтиради:

- антиретровирусли профилактика (АРВ профилактика) – онага ҳомиладорлик ва туғиш вақтида, болага эса, ҳаётининг биринчи ҳафтасида ўтказилади:

- ҳомиладорлик вақтида – зидовудин (300 мг) + ламивудин (150 мг) + ПИ/гтв (ритонавир билан кучайтирилган протеаза ингибитори) кунига 2 марта тугруққача берилади;

- туғиш вақтида – юқоридаги схема давом эттирилади;

- туғишдан кейин – онага препаратлар берилмайди, болага эса сироп шаклида зидовудин 4 мг/кг дан кунига 2 марта 7 кун давомида берилади (туғилгандан кейин биринчи 8 соат ичида бошлаш зарур).

- Акушерлик муолажалари – ҳомиладорликнинг 38 ҳафталигида Кесар усулида кесиш;

- кўкрак сути (она сути) билан эмизмаслик.

ОИВНИНГ КАСБ ОРҚАЛИ ЮҚИШ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Парентерал йўл билан юқадиган 30 га яқин инфекциялар мавжуд. Бундай инфекцияларга В, С вирусли гепатитлар, ОИВ инфекцияси ва бошқалар мисол бўлади. Инфекция юқтириш, асосан, тери қопламлари бутунлигининг бузилиши билан боғлиқ.

CDC (АҚШ) маълумотларига кўра В гепатит вирусининг юқиш хавфи юқори (2-жадвал).

В, С гепатит вируслари ва ОИВнинг юқумлилиқ даражаси

| Инфекциянинг тури | Юқумлилиқ даражаси |
|--------------------------|---------------------------|
| В гепатит вируси | 6–30% |
| С гепатит вируси | 2% |
| ОИВ | 0,3% |

Ҳар бир тиббиёт ходими ОИВ инфекциясининг профилактикаси мақсадида универсал эҳтиёт чораларини билиши зарур.

Универсал эҳтиёт чоралари – бу қон ва бошқа биологик суюқликлар орқали инфекция юқишининг олдини олиш йўли билан пациентлар ва тиббиёт ходимлари ўртасида қон орқали юқадиган инфекцияларнинг юқиш хавфини камайтиришга йўналтирилган тadbирлар мажмуидир.

Қон орқали юқадиган инфекцияга чалинган барча кишиларни аниқлашнинг имкони йўқлиги боис, бугунги кунда ҳар бир бемор потенциал юқумли деб қаралиши зарур. Демак, қон ва бошқа биологик материаллар ҳам потенциал юқумли ҳисобланиб, улар билан ишлаганда ҳар доим ҳимоя чоралари қўлланилиши лозим.

Қон инфекциялари юқиши мумкин бўлган контакт турларига қуйидагилар киради:

- перкутант контакт, яъни терининг игна санчилиши ёки ўткир буюмдан жароҳатланиши;
- биологик материаллар (қон ва организмнинг бошқа биологик суюқликлари)ни шиллиқ пардалар ёки зарарланган тери (ёрилиш, кесилиш)га тушиши.

Қон, сперма, қин суюқлиги, таркибида қон бўлган суюқликлар ва бошқа биологик суюқликлар орқали ОИВ юқиш хавфи мавжуд бўлиб, улар билан ишлаганда универсал эҳтиёт чоралари қўлланилиши шарт.

Ҳар қандай кесиб олинган тирик тўқима ва аъзолар билан контактда бўлганда, универсал эҳтиёт чораларига амал қилиниши зарур.

ОИВ юқиши бўйича хавфлилиқ даражаси ҳозирча аниқланмаган бўлса-да, қуйидаги суюқликлар билан ишлаганда универсал эҳтиёт чоралари қўлланилиши зарур: синовиал суюқлик, орқа мия суюқлиги, плеврал суюқлик, перитонеал суюқлик, перикардиал суюқлик, амниотик суюқлик.

Ҳар қандай биологик суюқлик, агар у қандай суюқлик эканлигини аниқлашнинг иложи бўлмаса, улар билан ишлаганда ҳам универсал эҳтиёт чоралари қўлланилиши талаб қилинади.

Универсал эҳтиёт чоралари организмнинг қуйидаги ажратмаларига нисбатан қўлланилмайди: нажас, бурун ажратмаси, балғам, тер, кўз ёши, сийдик, қусуқ массаси, сўлак.

Индивидуал ҳимоя воситаларини қўллашга катта эътибор берилиши зарур. Буларга халат, қўлқоп, ниқоб, муҳофаза кўзойнаги ва экран киради.

Муҳофаза халатлари ва фартуклар тери ва кийимни уларга қон ва бошқа биологик суюқликлар тушишидан сақлайди. Оёққа қон тушмаслиги учун халат остидан фартук ва бахила кийилади.

Агар муолажа бажаришда қон ва бошқа биологик суюқ муҳитнинг сачраш эҳтимоли бўлса, ниқоб ва кўзойнак тақиш ёки кўз, бурун, оғиз ва умуман юзнинг катта қисмини ҳимоялаш учун экрандан фойдаланилади.

Муолажаларни бажаришга киришишдан олдин, ишни якунлагандан кейин ёки ҳар бир бемор кўригидан сўнг тиббиёт ходими қўлини қўл ювишнинг умумий қоидаси бўйича ювиши зарур. У қуйидагича:

1. Аввал қўлни яхшилаб сув билан ювинг.

2. Сўнгра совунлаб ювинг.

3. Тирноқ ости ва бармоқлар ораларига алоҳида эътибор берган ҳолда қўл ва бармоқларнинг ҳамма жойларини бир-бирига ишқаб тозаланг (ҳеч бўлмаганда 10–15 сония давомида).

4. Қўлларни тоза сув билан яхшилаб чайинг.

5. Қўлни қогоз сочиқ ёки бир марта ишлатиладиган сочиқ ёрдамида қуритинг ва кранни ёпиш учун сочиқдан фойдаланинг.

Тиббиёт ходимининг тирноқлари калта қилиб олинган бўлиши керак. Қўлларни ювиш учун ҳўжалик совунидан фойдаланинг.

Теридаги жароҳат, шиллиқ парда, ифлосланган буюм, қон ёки организмнинг бошқа ҳар қандай биологик суюқликлари ҳамда ифлосланган чиқиндилар билан ишлаганда ва инвазив муолажалар ўтказганда (вена ичига инъекция қилиш ва бошқалар) албатта резина қўлқоп кийиш зарур. Инъекция ўтказишда бир марталик шприц ва системалар беморнинг кўз олдида очилади. Муолажалардан кейин резина қўлқоп ички томонини ташқарига қилиб ечилади ва хлорли дезинфектантнинг 0,5% ли эритмасида 10 дақиқа давомида ботириб қўйилади, қўллар ҳўжалик совунида икки марта совунлаб ювилади, бир марталик салфетка ёки сочиқ билан артилади, сочиқ махсус идишга ташланади.

Хавфсиз инъекциялар

Муолажалар бажаришнинг хавфсиз технологияларини қўллашдан асосий мақсад қон ва организмнинг бошқа биологик суюқлик-

лари орқали юқадиган ОИВ ва бошқа инфекцияларни тиббиёт ходимлари ва тиббий фаолиятдаги бошқа ходимлар ҳамда пациентларга юқиш хавфини камайтиришдир.

Тасодифан игна санчилиш ҳолатлари асосан жарроҳлар, тиббиёт ҳамширалари, ишлатилган асбобларни ишловдан ўтказувчилар ва лаборатория ходимларида кўпроқ учрайди.

Тасодифан игна санчилиши ва ўткир буюмлар билан жароҳатланишнинг олдини олиш учун игна, қайчи ва шунга ўхшаш бошқа ўткир буюмлар билан ишлаш жараёнида қуйидаги қоидаларга амал қилиниши зарур: ўткир буюмларни ташиш ва узатиш учун кюветадан фойдаланинг, ўткир буюмларни хавфсиз бўлган жойлар (масалан, кювета)

дан бошқа ерда қолдирманг, ўткир буюмларни узатишдан олдин бу ҳақда огоҳлантиринг, ҳар бир шприц ва игнани бир марта ишлатинг ва муолажалар ўтказилгандан кейин ишлатилган игналарга қўл теккизманг;



11-расм. Мумкин бўлмаган ҳолатлар.

– ишлатилган игналарни букманг ва синдирманг;

– ишлатилган игнага унинг филофини кийдирманг, чунки бу қўлга тасодифан игна санчиб олишга сабаб бўлади;

– ишлатилган шприц ва игналарни қўл етадиган жойда очиқ ҳолда қолдирманг (11-расм).

Ифлосланган тиббий чиқиндилар муолажалардан кейин хавфсиз йўқ қилиниши зарур.

Бир марта ишлатиладиган шприц ва игналарни инкапсуляция ёки бошқа услубда йўқ қилиш учун ишлатилган шприц игнаси билан бирга 0,5% ли хлорли препаратда (ёки Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан қўллаш учун рухсат этилган бошқа дезинфекцияловчи моддада) уч марта ювилгандан кейин шу эритмада 10 дақиқа да-

вомида ботириб қўйиш орқали зарарсизлантирилади.

Қон орқали юқадиган инфекциялар манбаи бўлган буюмларни изоляция қилиш учун ишлатиладиган ҳимоя мосламаларига қаттиқ, герметик контейнер (қути) киради.

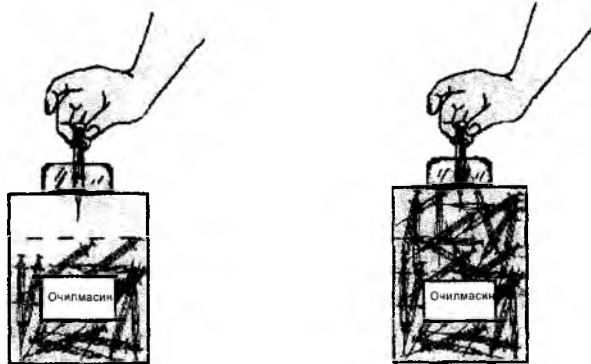
Йўқ қилиниши керак бўлган юкумли тиббий чиқиндилар (шприц ва игналар) контейнер билан бирга куйдирилиши учун улар ишлатилгандан кейин контейнерга ташланади (12-расм).

Контейнер иш жойига яқин жойда жойлаштирилиши зарур. У қаттиқ картондан тайёрланади, ташланадиган буюм унинг ичига осон тушиши учун тешиги етарлича катта, лекин унинг ичидан ҳеч нарсани чиқариб олишнинг иложи бўлмайдиган даражада кичик бўлиши зарур.

Контейнер ишлатилган шприцлар билан тўртдан уч қисмигача тўлдирилиши зарур (13-расм).



12-расм. Тиббий чиқиндилар учун контейнер.



Хавфсиз

Хавфли

13-расм. Ишлатилган шприцларни контейнерга йиғиш.

Тиббий чиқиндиларни хавфсиз йўқ қилиш

Ишлатилган шприц ва игналарни хавфсиз йўқ қилишнинг энг яхши усули — уларни куйдиришдир. Бунинг учун муфел ўчоқ — инсинератор бўлса кифоя. Кичик ҳажмдаги оддий муфел ўчоқлари маҳаллий материал — иссиққа бардош берувчи нишглрдан ясалиши мумкин.

Ишлатилган бир марталик тиббий асбобларни хавфсиз йўқ қилиш учун уларни игналарни эритадиган даражада юқори ҳароратда куйдириш зарур. Куйдиришда ҳосил бўлган қолдиқ йиғиб олинади ва чуқурга қўмилади.

Тиббий чиқиндиларни куйдириш учун ўчоқ. Бу икки камерали тузилишга эга бўлган оддий ўчоқ (14-расм) бўлиб, $+800^{\circ}\text{C}$ ва ундан юқори ҳароратда ишлашга мўлжалланган.



14-расм. Тиббий чиқиндиларни куйдириш ўчоғи.

Ўчоқда 1 соатда 15 кг тиббий чиқиндини хавфсиз йўқ қилиш мумкин. Куйиш бирламчи камерада бошланади, сўнгра иссиқ газ иккиламчи камерага ўтади ва у ерда куйиш жараёни якунланади. Ўчоқнинг икки камерали тузилишга эга бўлиши куйдириш маҳсулотларини етарли вақт давомида куйиши ва захарли чиқиндилар кам чиқишини таъминлайди. Ўчоқда катта миқдордаги тиббий чиқинди (мато, пластика ва ўрам)лар йўқ қилиниши мумкин.

Ўчоқда ишлаш учун оператор ажратилади. У тиббий чиқиндиларни куйдириш техникаси билан таниш бўлган махсус тайёрланган ходим бўлиб, у ўчоқнинг хавфсиз ишлашини таъминлайди.

ПОСТКОНТАКТ ПРОФИЛАКТИКА (ПКП)

Постконтакт профилактика (ПКП) — бу патоген микроорганизмлар билан мулоқотда бўлганда инфекция ривожланишининг олдини олишга қаратилган тиббий тадбирлар мажмуи.

Профессионал контактда инфекциянинг юқиш хавфи контакт шакли, хавфли материалнинг тури ва миқдорига боғлиқ.

Контакт шакли: терининг ўткир буюмлар билан жароҳатланиши, юқумли материални шиллиқ пардаларга тушиши ва теридаги очиқ жароҳатланишлар орқали зарарланиш.

Материалнинг тури: қон ва таркибида қон бўлган биологик суюқликлар, потенциал юқумли биологик суюқликлар ва юқори концентрацияда вирус бўлган тўқима ёки материаллар.

ПКП ўтказиш учун кўрсатмалар:

- Терининг қон, қон аралаш суюқлик ёки бошқа потенциал юқумли материаллар билан ифлосланган ўткир буюмдан жароҳатланиши.

- ОИВ юқтирган кишининг жисмоний жароҳат етказиши, айниқса унда оғиз ёки бурундан қон кетиш ҳолатлари содир бўлиши.

- Қон ва таркибида қон бўлган суюқликлар ёки бошқа ифлосланган материални оғиз бўшлиғи, бурун ва кўз шиллиқ пардаларига тушиши.

- Қон ва таркибида қон бўлган суюқликлар ёки бошқа потенциал хавфли материални зарарланган тери (масалан, очиқ жароҳат, эзилган жой, дерматит белгилари бўлган соҳалар)га тушиши.

Профессионал контакт («тиббий авария») содир бўлганда авария содир қилган ходим иложи борича бинодан чиқмаган ҳолда бўлим бошлиғи ёки бош ҳамширани чақиради ва эпидемияга қарши тадбирлар ўтказилади.

ОИВ инфекциясида ўтказиладиган ПКП қуйидагилардан иборат: биринчи ёрдам кўрсатиш, маслаҳат бериш ва контактнинг хавфлилик даражасини баҳолаш, ихтиёрий равишда розилиги билан ОИВга тест қўйиш, инфекция юқиш хавфи даражасига биноан қисқа муддатли антиретровирусли терапия (АРТ) ўтказиш, руҳиятини қўллаб-қувватлаш ва кузатиш.

Профессионал контакт юз берган вақтда ҳаракатлар тартиби:

Игна ва бошқа ўткир буюмлар билан жароҳатланиш:

Ифлосланган (зарарланган) соҳани дарҳол сувда совунлаб ювиш, жароҳатланган юзадан қон бемалол оқиб тушиши учун уни оқар сув остида ушлаб туриш (бир неча дақиқа ёки қон тўхтагунча) лозим.

Оқар сув бўлмаса жароҳатланган жойни тозалаш учун дезинфекцияловчи гел ёки қўлни ювиш учун қўлланиладиган эритма ишлатилади.

Жароҳатланган соҳани тозалашда кучли таъсир қиладиган моддалар — спирт, оқартирувчи суюқликлар ва йод ишлатиш мумкин эмас, чунки бу моддалар зарарланган юзани таъсирлантириб, жароҳатни зўрайишига олиб келади.

Зарарланган жойни қисиш, ишқаш ва жароҳатдаги санчилишдан қолган қонни сўриш мумкин эмас.

Қон ва бошқа биологик суюқликларнинг зарарланмаган териға тушиши:

— ифлосланган соҳа дарҳол ювилади. Оқар сув бўлмаганда гел ёки қўлни ювиш учун ишлатиладиган эритма билан тозаланади;

— паст концентрацияли дезинфекцияловчи воситалар масалан, 2–4% ли хлоргексидин глюконат эритмаси қўлланилади.

Спирт, оқартирувчи суюқликлар ва йод ишлатиш, шунингдек, контактда бўлган жойни ишқаш, тирнаш (қапшлаш) ва унга боғлам қўйиш мумкин эмас.

Қон ва бошқа биологик суюқликларнинг шиллиқ пардаларға тушиши:

Кўзға тушиши

— Кўз сув ёки физиологик эритма билан тезда ювилади: бошни орқага ташлаган ҳолда ўтириб, ҳамкасбидан кўзга эҳтиётлик билан сув ёки физиологик эритма қуйиш сўралади, сув ва эритма қовоқлар остига ҳам кириши учун қовоқлар вақт-вақти билан эҳтиётлик билан тортиб қўйилади.

– Кўзда контакт линзалар бўлса у ювиш жараёнида ечиб олинмайди, чунки улар ҳимоя тўсиқлари вазифасини бажаради. Кўз ювилгандан кейин контакт линзалар ечиб олинади ва одатдаги усулда тозаланади, шундан сўнг улар фойдаланиш учун хавфсиз ҳисобланади.

Кўзни совун ёки дезинфекцияловчи эритмаларда ювиш ярамайди.

Оғизга тушиши

– Оғизга тушган суюқлик дарҳол тупуриб ташланади.

– Оғиз сув ёки физиологик эритма билан яхшилаб чайилади ва яна тупуриб ташланади. Бу бир неча марта такрорланади.

Оғиз бўшлигини ювиш учун совун ёки дезинфекцияловчи эритмадан фойдаланмаслик керак.

Биринчи ёрдам кўрсатилиб, контакт қайд қилингандан кейин авария ҳолатига учраган тиббиёт ходимига консултация (маслаҳат) берилади, контактгача бўлган даврда унинг қонида ОИВ бор-йўқлигини аниқлаш учун ОИВга текшириш зарурлиги тушунтирилади.

Сўнгра қуйидагилар тавсия қилинади:

– ҳомиладорликни олдини олиш ва кўкрак сути билан боқишнинг хавфсиз йўлларини излашга уринмаслик;

– қон, тўқима ёки сперма топширмаслик;

– 6 ой давомида, яъни ОИВга топширилган тестларнинг манфий натижалари олингунга қадар, жинсий алоқа вақтида презервативдан фойдаланиш;

– касбий фаолияти давомида контактда бўлиш хавфи кузатилганда эҳтиёт чораларига риоя қилиш;

– клиник ва лаборатория кузатувларини ўтказиш.

Мусбат натижа шуни кўрсатадики, ходим профессионал контактгача бўлган даврда ОИВ юқтирган. Манфий натижа олинганда 6 ҳафта, 12 ҳафта ва 6 ойдан кейин яна ОИВга текшириш тавсия қилинади.

ПКП тайинлашда дори препаратларининг нојўя ва ўзаро таъсири ҳамда уларни ичиш қоидалари бўйича консултация ўтказилади.

Инфекциянинг юқиш хавфи даражасига боғлиқ ҳолда 28 кун давомида антиретровирусли терапия (АРТ) ўтказилади.

ПКП ни иложи борича эрта бошлаш зарур, яхшиси контактдан кейин биринчи соатларда (2 соатгача, ҳеч бўлмаганда 72 соатдан кечиктирмасдан).

ПКП ўтказишда аниқ курсни танлаш кўп омилларга боғлиқ. Кўпчилик ҳолларда иккита АРВ-препарат қабул қилиш старли ҳисобланади. Инфекция юқиш хавфи юқори бўлганда ёки вирус штаммининг ПКП да қўлланиладиган қолган препаратларга чидамлилиги кузатилганда, учинчи препарат, одатда, протеаза ингибиторларидан қўшилади.

Агар препарат танлаш ёки уларнинг сони — иккита ёки учта препарат тайинлаш масаласи тезда ҳал бўлмаса, ПКП ни кечиктирган-дан кўра уни дарҳол зидовудин ва ламивудиндан бошлаган маъқул.

Икки компонентли схема қайталама транскриптазининг иккита нуклеозид ёки нуклеотидли ингибиторларидан иборат.

Биринчи икки препарат — зидовудин ва ламивудин (ёки эмтрицитабин):

— зидовудин — 300 мг дан кунига 2 марта ва ламивудин — 150 мг дан кунига 2 марта ичилади;

— эмтрицитабин — 200 мг дан кунига 1 марта ичилади.

Зидовудин ва ламивудин бирикмаси (Комбивир, Дуовир) 1 таблеткадан кунига 2 марта ичилади.

Альтернатив препаратлар — тенофовир ва эмтрицитабин (ёки ламивудин); ставудин ва ламивудин:

— тенофовир — 300 мг дан кунига 1 марта ичилади;

— ставудин — 40 мг дан кунига 2 марта (агар тана вазни 60 кг дан кам бўлса, кунига 30 мг дан 2 марта) ичилади.

Тенофовир ва эмтрицитабин бирикмаси (Трувада) кунига 1 таблеткадан ичилади.

Кенгайтирилган схема учта АРВ-препарат (иккита ҚТНИ ва битта ПИ)дан иборат — зидовудин, ламивудин ва лопинавир/ритонавир:

— лопинавир/ритонавир — 400/100 мг дан кунига 2 марта овқатланиш вақтида ичилади.

Альтернатив препаратлар: зидовудин, ламивудин, саквинавир/ритонавир ёки атазанавир/ритонавир ёки фосампренавир/ритонавир ва бошқалар.

Айрим АРВ-препаратлар жиддий асоратлар беради, шунинг учун улар ПКП ўтказишда қўлланилмайди. Бундай препаратларга абакавир, лиданозиннинг ставудин билан бирикмаси ва невирапин киради.

АРВ-препаратлар олаётганларнинг даволаш қоидасига риоя қилиши ва дорилар таъсирида кутиладиган ножўя таъсир аломатлари кузатиб борилади.

Агар контактда бўлган киши бир вақтда С гепатит вируси ва ОИВ инфекцияси бўлган пациентдан С гепатит вирусини юқтирган бўлса, ОИВга текшириб туриш вақтини 12 ойгача чўзиш тавсия қилинади.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, ОИВ инфекцияси XX аср охирларида инсоният олдида пайдо бўлган энг муҳим муаммолардан бири бўлиб, у ўзининг кўплаб ечилмаган томонлари билан XXI асрга кириб келди.

Статистик маълумотларга кўра дунёда ОИВ инфекцияси юқтирганларнинг сони ҳар куни 14 мингтага кўпаймоқда, бу ҳолат бошқа

инфекцияларнинг тарқалиш даражасига солиштирилганда ҳаддан зиёд юқори кўрсаткичдир.

Шу туфайли бугунги кунда тиббиёт ходимлари, айниқса қон ва организмнинг бошқа биологик суюқликлари билан доимий мулоқотда бўлган ўрта тиббиёт ходимларининг ОИВ инфекцияси ҳақида тўла маълумотга эга бўлиши, касб орқали юқиш омилларини аниқлаш, уларни олдини олиш учун универсал эҳтиёт чораларини қўллаш, постконтакт профилактика ўтказиш тартиби билан танишишлари муҳим зарурат бўлиб, бу даволаш-профилактика муассасаларида ОИВ инфекцияси бўйича профилактик тадбирлар мажмуини такомиллаштиришга ёрдам беради.

ОИВнинг юқиш ва тарқалиш хавфини камайтириш учун мазкур инфекция ҳақида иложи борича кўпчилик тўла ва чуқур маълумотга эга бўлиши зарур.

ОИВ/ОИТС бўйича олиб борилган амалий тадбирлар:

1981 йил – АҚШда Капоши саркомаси ва пневмоцист пневмония билан касалланган бир гуруҳ кишилар аниқланди.

1982 йил – Биринчи марта «ОИТС» – орттирилган иммунитет танқислиги синдроми ибораси қўлланилди.

1983 йил – Француз олими Л. Монтанье лимфаденопатия вируси (LAV)ни аниқлади.

1984 йил – Америкалик олим Роберт Галло – одам III тип Т-лимфотроп вируси (HTLV-III)ни аниқлади.

1985 йил – LAV ва HTLV-III, яъни ОИТС кўзгатувчиси, одам иммунотанқислик вируси – ОИВ (HIV) деб номланди. ОИВга текшириш йўлга қўйилди. Атланта шаҳрида (АҚШ) ОИТС бўйича биринчи Халқаро анжуман ўтказилди.

1986 йил – АҚШда АСТ UP ташкилоти вужудга келди ва «Сукут сақлаш – ўлим» шиори остида фаолият кўрсата бошлади. Монтанье гуруҳи ОИВ-2 ни аниқлади.

1987 йил – ОИТС БМТнинг Бош Ассамблеяси сессиясида кўриб чиқилган биринчи касаллик бўлди. Айрим мамлакатларда Глаксо компанияси ишлаб чиққан ОИТСга қарши биринчи дори – азидотимидин (АЗТ) қўлланила бошлади.

1988 йил – 1-декабр Бутунжаҳон ОИТСга қарши курашиш куни деб эълон қилинди.

1989 йил – Ўзбекистонда Республика ОИТС Маркази ташкил этилди.

1990 йил – Қайталама транскриптазанинг нонуклеозид ингибиторлари (ҚТННИ) ҳақида маълумотлар пайдо бўлди.

1991 йил – Апрель ойида рассом Франк Мур жамоатчилик эътиборини ОИТС муаммосига жалб қилиш мақсадида «қизил тасма» белгисини яратди.

1992 йил – АҚШда ди-ди-си (зальцитабин) препарати қўлланила бошлади.

1993 йил – Аёллар презервативи ишлаб чиқилди.

1994 йил – Парижда ОИТС бўйича юқори даражада учрашув ўтказилди.

1995 йил – Протеаза ингибитори – саквинавир ОИВ инфекциясини даволашда қўлланилиши учун лицензияланди.

1996 йил – БМТнинг ОИТС бўйича Дастури (UNAIDS) ташкил топди.

1997 йил – Ривожланаётган мамлакатларнинг ОИТСга қарши дориларга эришишларини таъминлаш бўйича UNAIDS лойиҳасининг биринчи босқичи бошланди.

1998 йил – Женевада ОИТС муаммоси бўйича XII Халқаро анжуман ўтказилди.

1999 йил – Ўзбекистон Республикасининг «Одам иммунотанқислик вируси қўзғатадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) нинг профилактикаси тўғрисида» Қонун қабул қилинди.

2000 йил – Протеаза ингибитори – калетрани қўллашга рухсат берилди.

2001 йил – Эпидемиянинг йигирманчи йилида биринчи марта БМТнинг ОИТС муаммосига бағишланган Махсус сессияси ўтказилди.

2002 йил – Барселонда ОИТС бўйича XIV Халқаро анжуман бўлиб ўтди.

2003 йил – AIDSVAХ профилактик вакцинанинг клиник синовдан ўтказилиши якунланди, вакцина самара бермади.

2004 йил – Бангкокда ОИТС бўйича XV Халқаро анжуман ўтказилди.

2005 йил – Кинофестивалда ОИВнинг ҳаёт цикли ҳақидаги фильм мукофотга сазовор бўлди.

2006 йил – БМТнинг ОИТСга бағишланган иккинчи махсус сессияси ўтказилди.

2007 йил – Ўзбекистонда ОИВ ва ОИТСга қарши курашиш бўйича иш олиб бораётган ҳамкорларнинг Иккинчи Ўрта Осиё Форуми бўлиб ўтди.

ТЕСТЛАР

1. ОИВ инфекциясининг кўзгатувчиси нима?
 - A) Рабдовирус;
 - B) ДНКга эга бўлган вирус;
 - C) Аденовирус;
 - D) РНКга эга бўлган ретровирус.

2. ОИВ юқтирганлар касалликнинг қайси босқичида инфекция манбаи бўлиши мумкин?
 - A) ОИВ инфекциясининг ўткир иситмалаш даврида;
 - B) ОИВ инфекциясининг латент даврида;
 - C) ОИВ инфекциясининг ОИТС босқичида;
 - D) ОИВ инфекциясининг барча давларида.

3. ОИВ қандай йўллар билан юқади?
 - A) Парентерал, сув орқали, чивин чаққанда;
 - B) Қўл билан саломлашганда, парентерал, жинсий;
 - C) Жинсий, парентерал, онадан болага юқиши мумкин;
 - D) Онадан болага юқиши мумкин, ҳаво орқали, жинсий.

4. Қайси биологик материалларда ОИВ концентрацияси юқори?
 - A) Қон, сўлак, сперма (уруғ суюқлиги);
 - B) Қон, сперма, қин ажратмаси;
 - C) Қон, сўлак, сперма, қин ажратмаси;
 - D) А ва В.

5. ОИВ юқтирган онадан болага одам иммунотанқислик вируси қандай юқади?
 - A) Болани парвариш қилишда, озиқ-овқатлар орқали;
 - B) Ҳомиладорлик вақтида, туғруқ жараёнида, эмизиш орқали;
 - C) Сунъий овқатлантириш орқали;
 - D) Барча жавоблар тўғри.

6. Қайси биологик суюқликлар билан ишлаганда универсал эҳтиёт чоралари қўлланилиши зарур?
 - A) Қон ва таркибида қон бўлган ҳар қандай суюқлик;
 - B) Қин ажратмаси, сперма;
 - C) Сўлак, сийдик, тер;
 - D) А ва В.

7. ОИВ юқиши бўйича хавфлилик даражаси ҳозирча аниқланмаган, лекин улар билан ишлаганда универсал эҳтиёт чоралари қўлланилиши лозим бўлган биологик суюқликларни кўрсатинг:

- A) Плеврал, перикардиал ва орқа мия суюқликлари;
- B) Балғам, тер, сийдик ва қўз ёши;
- C) Перитонеал, амниотик ва синовиал суюқликлар;
- D) A ва C.

8. Қон ва бошқа биологик суюқликлар билан касбий мулоқот бўлганда қайси қўзғатувчининг юқиш хавфи юқори?

- A) В гепатит вируси;
- B) С гепатит вируси;
- C) Оддий герпес вируси;
- D) ОИВ.

9. ОИВ инфекциясида асосан қайси ҳужайралар зарарланади?

- A) Эритроцитлар;
- B) Лейкоцитлар;
- C) Т-лимфоцитлар;
- D) Тромбоцитлар.

10. Тўғри жавобни белгиланг:

- A) ОИВ инфекцияси – бу одам иммунотанқислик вируси қўзғатадиган касаллик;
- B) ОИВ инфекциясида асосан иммун тизим зарарланади;
- C) ОИВ инфекцияси бир неча босқичда кечади, охириги босқичи – ОИТС;
- D) Барча жавоблар тўғри.

11. Капоши саркомасининг қўзғатувчиси нима?

- A) Криптококк;
- B) 8-типтаги герпес вируси;
- C) Эпштейн-Барр вируси;
- D) Цитомегаловирус.

12. «Вирус юкламаси» нима?

- A) Қонда CD4-лимфоцитлар сони;
- B) Қонда ОИВга қарши антителолар миқдори;
- C) Қонда ОИВ РНКсининг концентрацияси;
- D) A ва B.

13. Қуйидаги препаратларнинг қай бири антиретровирус (АРВ) препаратлар ҳисобланади?

- A) Саквинавир, строфантин, азидотимидин;
- B) Нельфинавир, зидовудин, саквинавир;
- C) Ламивудин, зидовудин, ампициллин;
- D) Азидотимидин, гентамицин, саквинавир.

Ўзбекистон Республикасида ОИВ тўғрисидаги қонун, меъёрий ҳужжатлар ва фойдаланилган адабиётлар

1. «Одамнинг иммунитет танқислиги вируси билан касалланишининг (ОИВ касаллигининг) олдини олиш тўғрисида» Ўзбекистон Республикасининг Қонуни. Тошкент, 1999 йил 19 август.

2. Ўзбекистон Республикасида 2007–2011 йилларда ОИВ инфекцияси тарқалишига қарши курашишнинг стратегик дастури. Тошкент, 2007.

3. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг «Даволаш-профилактика муассасалари тиббиёт ходимларининг ОИВ инфекцияси бўйича билимларини ошириш тўғрисида» 381-буйруғи, 2007 йил 28 август.

4. Приказ №480 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 30 октября 2007 года «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан». Ташкент, 2007.

5. Приказ №600 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 29 декабря 2007 года «О соблюдении санитарно-гигиенического, противоэпидемического и дезинфекционного режимов в лечебно-профилактических учреждениях Министерства здравоохранения Республики Узбекистан». Ташкент, 2007.

6. Приказ №4 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 4 января 2008 года «О внедрении постконтактной профилактики передачи ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан». Ташкент, 2007.

7. Постановление №42 Главного Государственного санитарного врача Республики Узбекистан, заместителя министра «Об обеспечении безопасности донорской крови и ее компонентов в Республике Узбекистан» от 22 декабря 2004 г.

8. Ўзбекистон Республикаси санитария қоидалари, меъёрлари ва гигиена нормативлари: «ОИВ/ОИТС (ВИЧ/СПИД) касаллигига тиббий текширувдан ўтказиш ва ОИВ/ОИТСли беморларга тиббий ёрдамни ташкил қилиш». Сан. Қ. ва М. 0187-сон. Тошкент, 2005.

9. *E.I. Musaboyev., A.Q. Bayjanov.* Yuqumli kasalliklar, epidemiologiya va parazitologiya. – Т.: «O‘zbekiston milliy ensiklopediyasi» Davlat ilmiy nashriyoti, 2007.

10. Универсальные методы профилактики ВИЧ/СПИДа в ЛПУ. Методическая рекомендация. *Г.М. Гиясова, М.В. Заляшева, А.А. Махаматов* и др.: Ташкент, 2005.

МУНДАРИЖА

| | |
|---|----|
| Кириш | 3 |
| ОИВ инфекцияси | 4 |
| Касаликнинг пайдо бўлиш тарихи | 4 |
| Этиологияси | 5 |
| ОИВнинг келиб чиқиши тўғрисидаги назариялар | 7 |
| Эпидемиологияси | 8 |
| Патогенези | 11 |
| Клиник кечиши | 12 |
| Консультация ўтказиш | 24 |
| Ташхиси | 26 |
| Даволаш | 30 |
| Профилактикаси | 33 |
| ОИВнинг касб орқали юқиш профилактикаси | 33 |
| Постконтакт профилактика (ПКП) | 38 |
| Хулоса | 41 |
| Тестлар | 43 |
| Ўзбекистон Республикасида ОИВ тўғрисидаги қонун, меъёрий ҳужжатлар ва фойдаланилган адабиётлар | 46 |



ISBN 978-9943-07-073-8



9 789943 070738