



ТИББИЁТ БИЛИМ
ЮРТЛАРИ ЎҚУВЧИЛАРИ
УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ

М.Л. ВОЛОВСКАЯ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
БИЛАН
ИНФЕКЦИОН
КАСАЛЛИКЛАР
АСОСЛАРИ

ТИББИЁТ БИЛИМ ЮРТЛАРИДА ЎҚУВЧИЛАР УЧУН
ЎҚУВ АДАБИЁТИ

М.Л. ВОЛОВСКАЯ

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ
БИЛАН
ИНФЕКЦИОН
КАСАЛЛИКЛАР
АСОСЛАРИ**

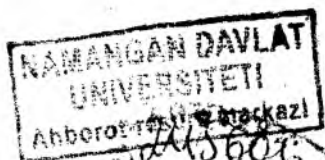
ҚАЙТА ИШЛАНГАН ВА ТЎЛДИРИЛГАН
ТЎРТИНЧИ НАШРИДАН ТАРЖИМА

СССР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Ўқув юртлари
бош бошқармаси тиббиёт билим юртларининг
фельдшер-лаборантлик бўлимларида ўқувчиларга
дарслик сифатида рухсат этган

Тошкент
Ибн Сино номидаги нашриёт
1992

Русча матнига И. М. Сеченов номидаги 1 ММИ инфекцион касалликлар кафедрасининг ассистенти, тиббиёт фанлари номзоди Е. В. Волчкова тақриз ёзган.

Таржимонлар: тиббиёт фанлари номзодлари
Т. С. Саидов, И. Б. Юсупов, К. Б. Иномова



Воловская М. Л.

В 82 Эпидемиология билан инфекцион касалликлар асослари: Фельдшер-лаборантлик бўлимларида ўқувчиларга дарслик /Таржимонлар: Т.С.Саидов ва бошқ.— 4 — Қайта ишланган ва тўлдирилган нашр. тарж.— Т.: Ибн Сино номидаги нашриёт, 1991.— 344 б.— (Тиббиёт билим юртрларида ўқувчилар учун. Ўқув адабиёти).

Воловская М. Л. Эпидемиология с основами инфекционных болезней.

Дарсликнинг тўртинчи нашрига (учинчиси 1984 йилда чиккан) инфекцион касалликлар (қуйдирги, полиомиелит, вирусли гепатит ва б.) патогенези, диагностикаси ва профилактикасига доир янги маълумотлар киритилган. Янги бўлимлар («Соҳтасил», «Легионеллез», «СПИД») ёзилган. ССЖИ Соғлиқни сақлаш вазирлигининг амалдаги инструкциялари ва буйруқлари ҳисобга олинган.

ББК 51. 9Я72

4106000000 — 045

В _____ 23—92

354(04) — 91

ISBN 5-638-00401-7

© М. Л. Воловская, 1992.

СЎЗ БОШИ

«Эпидемиология ва инфекция касалликлар асослари» курсининг мақсади фельдшер-лаборант бўлимлари ўқувчиларига асосий фанлар — микробиология ва микробиологик техника, клиник лаборатория методлари, гигиена ва гигиена-санитария техникасининг материалларини яхши ўзлаштиришга хизмат қилувчи назарий ва амалий билимни беришдан иборат. Буларнинг барчаси юқумли касалликларга эрта диагноз қўйиш, ўз вақтида даволаш ва инфекция ўчоғида эпидемияга қарши чораларни қўллашга яқиндан ёрдам беради.

Мазкур нашрнинг ўқув материали эпидемиология ва инфекция касалликлар соҳасидаги янги маълумотларни ҳисобга олиб, қайта ишланган. «Дезинфекция», «Дезинсекция» ва «Дезинфекцион беморларни даволаш» бўлимларига қўшимчалар ва ўзгартишлар киритилган.

«Сальмонеллез», «Эшерихиозлар», «Вабо», «Вирусли гепатитлар», «Дифтерия», «Қизамиқ» ва бошқа бўлимлар қайта ишланган.

«Полиомиелит», «Полиомиелитга алоқаси бўлмаган энтеровирус инфекциялар», «Грипп», «Куйдирги» каби бўлимлар тўлиқ қайта ишланган.

«Сохта сил», «Легионеллез», «СПИД» сингари янги бўлимлар ёзилган. ССЖИ Соғлиқни сақлаш вазирлигининг амалдаги буйруқлари ва инструкцияларига биноан «Планли профилактик эмлаш ўтказиш муддатлари» иловасига ўзгартишлар киритилган.

Мазкур нашрда муаллиф тиббиёт билим юртлири муаллимларининг бундан олдинги нашр хусусидаги танқидий мулоҳазалари ва таклифларини ҳисобга олди ва уларга ўз миннатдорчилигини изҳор қилади.

Дарсликни такомиллаштиришга қаратилган ҳамма мулоҳазалар ва таклифларни муаллиф бажонидил қабул қилади.

ҚИСҚАРТМАЛАР РҮЙХАТИ

- ВИЭФ — муқобил иммун электрофорез реакцияси
НРИФ — иммун флюоресценция қиладиган антителоларнинг билвосита реакцияси
НРСК — комплементни боғлаш билвосита реакцияси
РА — агглютинация реакцияси
РАР — риккетсиоз антиген билан агглютинация реакцияси
РГА — гемагглютинация реакцияси
РДПА — агар гелдаги диффуз преципитация реакцияси
РИФ — иммун флюоресценция қиладиган антителолар реакцияси
РМА — микроагглютинация реакцияси
РМПА — агардаги микропреципитация реакцияси
РН — нейтраллаш реакцияси
РНГА — билвосита гемагглютинация реакцияси
РПГ — гелдаги агглютинация реакцияси
РСК — комплементни боғлаш реакцияси
РТГА — гемагглютинацияни тормозлаш реакцияси
РУА — кўмир агломерация реакцияси
РЭМА — ферментлар билан нишонланган антителолар реакцияси

УМУМИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВА УНИНГ ПРЕДМЕТИ

«Эпидемиология» сўзи қадимдан юқумли касалликлар кенг, эпидемия сифатида тарқалгандан бошлаб келиб чиққан.

Ҳозирги вақтга келиб инфекцион касалликларнинг қонуний тарзда камайганлиги, баъзи бирлари эса умуман учрамаслиги қайд қилинади. Шунинг учун бўлса керак, эпидемиология тушунчаси одамлар коллективидида инфекцион касалликларнинг пайдо бўлиши, тарқалиши ва тўхташига доир объектив қонуниятларни ўрганиш ва уларга қарши профилактика чораларини ишлаб чиқишни ўзига қамраб олади.

Прагада (1960) эпидемиологларнинг Халқаро симпозиумида бир овоздан куйидаги тушунча қабул қилинди: «Эпидемиология медицина фанининг мустақил соҳаси бўлиб, кишилиқ жамиятида юқумли касалликларнинг келиб чиқиши ва тарқалиши сабабларини тадқиқ этади, улардан олинган билимларга асосланган ҳолда уларга қарши курашиш ва оқибатда бу касалликларни бутунлай йўқотиб ташлашни ўргатади».

Эпидемиология умумий ва хусусий қисмларга бўлинади. Умумий эпидемиология инфекцион касалликларнинг аҳоли ўртасида тарқалиш қонуниятлари (инфекция ўчоқлари характеристикаси, ўтиш механизми, мойиллик ва бошқ.), профилактиканинг умумий принциплари ва уларга қарши курашиш тадбирларини ўргатади. Хусусий эпидемиология ҳар бир инфекцион касалликнинг эпидемиологик характеристикасини, профилактика чоралари ва уларга қарши курашиш тадбирларини алоҳида-алоҳида ўрганади.

Эпидемиология тараққий этишининг қисқача тарихи. Қадимий халқлар баъзи бир касалликларнинг юқумлилигини билган ҳолда дастлабки профилактик тадбирларни қўллашган. Масалан, жамоадан беморларни қувғин қилиш, чечакни сунъий эмлаш, дезинфекция ва ҳоказо. Бу тадбирлар эмпирик характерга эга бўлиб, кўпинча кам фойда берган ёки етарлича натижа бермаган.

Юкумли касалликлар қўзғатувчиси жонли микроорга-
низм эканлиги туғрисидаги тахмин қадимдан пайдо бўл-
ган, лекин уни етарли омиллар билан исбот қилиш имкони
бўлмаган. Кейинчалик феодализм даврида, айниқса, XIV—
XV асрларда тоун, чечак, терлама касалликларининг кўп
сонли эпидемиялари шу фикрга тўртки бўлди. Бу даврда
итальян олими Д. Фракасторо (1478—1553) бундай
касалликларни юкумли характердалигини исботловчи
назария билан чиқди.

Россияда XI асрдаёқ кенг тарқалган касалликлар
билан оғриган беморларни ажратиш (айириб қўйиш) ва
улар мурдасини алоҳида қабристонга кўмиш қўлланилди.
Ички карантин эса XVI асрдан қўлланила бошланди.
У беморларни бориб кўриш, дафн маросимида тўпланишни
қатъий ман этди.

1552 йилда Москвага тоун келиб қолишининг олдини
олувчи қоровуллик постлари ташкил қилинди. XVII асрда
Россияда шаҳарларда эпидемия пайдо бўлганда ташқи
карантиндан ташқари беморлар уйи атрофида постлар
ташқил қилиш кенг расм бўлди. Мабодо, беморлар вафот
этсалар, уйларни муҳрлаб, ўлган одамлар кийимларини
ва анжомларини куйдириб ташланди. Юкумли касаллик-
лар пайдо бўлганда ўз вақтида хабар қилиш қондаси
жорий қилинди: «Қаерда, кимнинг ҳовлисида ярали касал-
лик пайдо бўлса, бу ҳақда подшога хабар қилинсин».

XVIII асрда инглиз олими Э. Женнер (1749—1823)
одамга сигир чечагини эмлаш йўли билан чин чечакни
олдини олишининг хавфсиз ва юқори таъсирчан усулини
кашф қилди.

Бу даврда биринчи рус эпидемиолог-врачи Д. С. Са-
мойлович (1744—1806) биринчилар қатори беморлар
тўқимаси ва ажралмаларидан тоун қўзғатувчисини топиш
учун микроскопни қўллади ва 1771—1772 йилларда
Москвадаги тоун эпидемиясига қарши курашда иштирок
этди. Д. С. Самойлович Қора денгиз бўйларида карантин
хизматини ташкил қилди, ҳарбий юришларда қатнашди,
у ўзининг эпидемиология соҳасидаги меҳнати билан бутун
дунёга танилди.

Бу даврда Россия иқтисодий тараққиётнинг тезлашган
йўлига ўтиб олган эди. Саноатнинг ривожланиши, савдо
тармоқларининг кенгайиши, медицина, жумладан, санита-
рия, карантин ва эпидемияга қарши тадбирларнинг ташкил
қилиниши ривожлантирилди.

XIX асрнинг иккинчи ярми физика (оптика), кимё,
биология ва бошқа фанларнинг кенг ривож топиши билан
нишонланиб, у янги фан — микробиология пайдо бўли-
шига олиб келди.

Л. Пастер, И. И. Мечников, Р. Кох, В. И. Ивановский ва бошқаларнинг гениал кашфиётлари юқумли касалликларнинг фақат этиологияси (сабаблари), патогенези (ривожланиш механизми), клиникасини ўрганиб қолмай, балки эпидемиологиясини ҳам ўрганишга сабабчи бўлди. Кўпгина юқумли касалликлар эпидемиологияси, уларнинг олдини олиш тадбирлари (профилактикаси) ўрганилди. Эпидемиялар келиб чиқишида ижтимоий омилларнинг катта аҳамияти кўрсатилди ва буни К. Маркс («Капитал», 1867), Ф. Энгельс («Англияда ишчилар синфининг аҳволи», 1845) ўз ишларида кўрсатиб ўтган эдилар. Оғир меҳнат шароитлари, турар-жой шароитларининг ёмонлиги, қашшоқлик, санитария маданиятининг пастлиги эпидемиологик касалликларнинг тарқалишига сабаб бўлди.

Эпидемиологиянинг ривожига Г. Н. Минх (1836—1896) ва О. О. Мочутковский (1845—1903) катта ҳисса қўшдилар. Г. Н. Минх қайталама терлама ва О. О. Мочутковский тошмали терлама бўлган беморлар қонини ўзларига юқтирдилар. Бундай беморларда касаллик қўзғатувчиси уларнинг қонида бўлиши ва касаллик қон сўрувчи ҳашаротлар орқали ўтиши мумкинлигини ўз тажрибаларида исбот қилдилар.

Россияда бактериологик препаратларни ўрганиш ва ишлаб чиқариш Г. Н. Габричевский (1860—1907) номи билан боғлиқдир. У скарлатинадан ўлимни пасайтирган вакцинани таклиф қилди, дифтерияни зардоб билан даволашни муваффақиятли қўллади.

Тоун, вабо, тошмали терлама каби бир неча касалликлар эпидемиологияси тўғрисидаги қатор ишлар муаллифи ва «Эпидемиология асослари» қўлланмасининг муаллифи Д. К. Заболотний (1866—1929) совет эпидемиология фанининг асосчиси ҳисобланади. Д. К. Заболотний ишини унинг шогирдлари Л. В. Громашевский, З. П. Соловьев давом эттирдилар.

Навқирон совет давлатининг эпидемияга қарши хизматини вужудга келтиришда А. Н. Сисин (1879—1856), Н. А. Семашко (1874—1949), З. П. Соловьев (1879—1928), В. А. Башенин (1882—1978), Е. И. Марциновский (1874—1934) катта ҳисса қўшдилар. Эпидемия назариясининг ривожини Е. Н. Павловский (1884—1965) ва Л. В. Громашевский (1887—1980) номлари билан боғлиқ. Е. Н. Павловскийнинг паразитология соҳасидаги ишлари жаҳон бўйлаб шуҳрат қозонди. Бундан ташқари, у қатор инфекция касалликларнинг табиий ўчоқчилигига оид назарияни ишлаб чиқди.

Совет эпидемиологлари Д. К. Заболотний, Г. Ф. Вогралик, В. А. Башенин, Л. В. Громашевский, Е. Н. Павловский ва бошқалар эпидемиологиянинг бир қатор назарий муаммоларини ишлаб чиқишлари амалда ўзининг ижобий аҳамиятини кўрсатди. Бу аввало инфекция манбаининг биринчи ва иккинчи қонуни ҳамда эпидемик жараён тўғрисидаги таълимотдир. Биринчи қонунга мувофиқ инфекция манбаи бўлиб касаллик юққан инсон организми, баъзи бир касалликларда эса ҳайвон организми, иккинчи қонунга мувофиқ эса инфекциянинг ўтиш механизми билан организмда қўзғатувчининг жойлашиши ўртасида боғлиқлик мавжуд (ана шу қонун Л. В. Громашевскийнинг юқумли касалликлар классификациясига асос қилиб олинган). Эпидемик жараён тўғрисидаги таълимот бундай жараён фақат инфекция манбаи, ўтишнинг ўзига хос механизми ва аҳолининг ана шу касалликка мойиллиги бўлгандагина пайдо бўлиши ва қувватлаб турилишини кўрсатди. Юқумли касалликларга қарши курашда уларнинг табиий ўчоқли бўлиши ва эпидемик жараён кечишига ижтимоий омилларнинг таъсири тўғрисидаги таълимот ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Ҳозирги вақтда инфекцияцион касалликлар соҳаси бўйича текширишлар давом этмоқда. Микроорганизмлар эволюцияси ва генетикаси, иммунитет ва аллергия кабилар ўрганилмоқда. Ҳар қандай юқумли касалликни йўқотиш учун унинг қўзғатувчисини табиатдаги биологик тур сифатида йўқотиш зарурлиги исботлаб берилган. Эпидемиология соҳасидаги муваффақиятларга меҳнаткашлар фаровонлигининг тобора оша бориши, меҳнат ва турмуш шароитларининг яхшиланиши, ҳамма аҳолига бепул тиббий ёрдам кўрсатиш, эпидемияга қарши планли тадбирларнинг давлат ҳарактерига эга бўлиши имкон беради.

Эпидемиологиянинг тинч даврдаги ва уруш давридаги аҳамияти. Улуғ Октябрь социалистик инқилобидан сўнг империалистлар ёш Совет республикасига аёвсиз уруш эълон қилдилар. Биринчи жаҳон уруши туфайли тинкаси қўриган, вайроналик ва очлик авжига чиққан шароитда мамлакатимизда тошмали терлама, ич терлама ва вабо эпидемиялари тарқалди. Ана шу оғир даврда ёш Совет давлати санитария-эпидемиология хизматининг асосий эътибори эпидемияларга қарши курашга қаратилган эди. Соғлиқни сақлаш соҳаси бўйича «Тошмали терлама тўғрисидаги тадбирлар ҳақида» (1919 йил 28 январь), «Эпидемияларга қарши кураш тадбирлари ҳақида» (1919 йил 10 апрель), «Чечакка қарши мажбурий эмлаш тўғрисида»

(1919 йил 10 апрель) ги декретлар дастлабки ҳужжатлардан эди.

Совет ҳокимияти синфий тенгсизликни йўқотиб, юқумли касалликларга қарши муваффақиятли курашиш учун имкониятлар яратди. Кейинги йилларда моддий шароитлар ва меҳнаткашлар маданий савиясининг ўсиши, планли совет соғлиқни сақлаш ишлари, фан муваффақиятларидан фойдаланиш, кенг профилактик тадбирлар бизнинг мамлакатимизда қайталама терлама, ришта ва бошқа касалликларни тугатишга имкон берди.

Бироқ баъзи бир юқумли касалликлар ҳанузгача кенг тарқалган бўлиб, баъзан уларнинг эпидемик авж олишлари кузатилмоқда. Улар ичида биринчи ўринни грипп эгалламоқда.

Эпидемияга қарши тадбирлар айниқса уруш шароитида кўпроқ аҳамият касб этади. Илгари урушлар фронтда ва фронт ичкарасида эпидемиялар тарқалиши билан бирга кечар эди. Масалан, биринчи жаҳон урушида тошмали терлама, қайталама ва ич терлама, менингококк инфекцияси ва бошқаларнинг эпидемик тарқалиши қайд этилган эди.

1941 йилда бошланган Улуғ Ватан уруши мамлакатимизга ниҳоятда оғир эпидемик шароитни вужудга келтирди.

Украина, Белоруссия ва РСФСР даги кўпгина шаҳарларнинг вақтинчалик босиб олиниши, шаҳар ва қишлоқларнинг вайроналарга айланиши, аҳоли миграциясининг (бир жойдан иккинчи жойга кўчиши) кучайиши, фронт орқасида аҳоли зичлиги ортиши ва бошқалар эпидемиялар пайдо бўлиш хавфини оширди. Лекин шундай қаттиқ қийинчиликларга қарамай, мамлакатда эпидемик хавфсизлик сақланди ва касалликларнинг оммавий тарқалишига йўл қўйилмади. Ҳатто урушнинг энг қийин даврларида ҳам юқумли касалликлар мамлакат иқтисодиётига таъсир қиларли даражада кўпаймади. Юқумли касалликлар билан курашиш учун эса кенг қўламда санитария-эпидемиологик тадбирлар қўлланилди. Жумладан, ҳаммомлар сони, дезинфекция камералари кўпайтирилди, юқумли касалликлар учун ўринлар сони кўшимча оширилди ва специфик профилактика авж олдирилди. Эпидемияга қарши кураш ишида Совет ҳокимиятининг ҳамма органлари, жойларда маҳаллий партия ва жамоат ташкилотлари қатнашди. Фашистлар оккупациясидан озод қилинган районларда эпидемик ўчоқларни йўқотиш учун 1500 дан ортиқ эпидемияга қарши отрядлар ташкил қилинди. Улуғ Ватан уруши даврида тошмали терламага қарши вакцина топилди (М. К. Кран-

товская) ва туляремияга қарши жонли вакцина қўлланилди. Улуғ Ватан уруши давридаги тажриба эпидемияга қарши хизматнинг тўғри ташкил қилинганлигини ҳамда СССР да юқумли касалликларга қарши кураш методлари ва тадбирларининг илмий асосланганлигини исботлади.

ИНФЕКЦИЯ ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА

Муайян ташқи ва ижтимоий муҳит шароитларида патоген микроорганизм билан макроорганизмнинг ўзаро таъсири инфекцион жараён дейилади. «Инфекция» деганда, организмга унинг юқиши тушунилиб, у касаллик сифатида ёки инфекция ташиб юрувчилик сифатида намоён бўлади.

Инфекцион касалликнинг пайдо бўлиши физиологик функцияларнинг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, у муайян даражага етгандан кейин қатор клиник симптомлар билан юзага чиқади. Қўзғатувчиларнинг спецификлиги, уларнинг патогенлик даражаси (вирулентлиги), макроорганизмга тушадиган микроорганизмлар миқдори, макроорганизмнинг резистентлиги ва специфик иммунитетнинг даражаси инфекция клиник белгиларининг турли-туман бўлишида ўз ифодасини топади.

Инфекция юзага чиққан ва симптомсиз ёки ташувчилик (паразит-, бактерио-, вирус ташувчилик) деган ном олган бўлади. Клиник жиҳатдан юзага чиққан инфекция ўз навбатида иккита формада: типик ва атипик формаларда кечиши мумкин. Типик формасида беморда шу касаллик учун хос ҳамма симптомлар кузатилади. Атипик формасида шу касалликка хос бир ёки бир неча симптом бўлмайди ёки уларнинг интенсивлиги ўзгаради. Касаллик ўткир кечиши ёки сурункали тус олиши ва ҳатто хроник кечиши мумкин. Касалликнинг клиник ифодаланган формасида оғир-енгиллик даражасига кўра енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формаларини, кечишининг давомлилиги бўйича — ўткир ва хроник формаларини фарқ қилиш расм бўлган.

Инфекциянинг ўткир формаси (чечак, тоун, скарлатина) кўзғатувчиларининг организмда қисқа муддат бўлиши ва специфик иммунитет шаклланиши натижасида касалликнинг такрор юқиши иммунитет пайдо бўлиши билан характерланади. Инфекциянинг хроник формасида (бруцеллёз, сил, вирусли гепатит В) касаллик бир неча йилларгача давом қилиши мумкин.

Симptomсиз инфекция (ташувчилик) субклиник ва латент формаларга бўлинади.

Субклиник инфекцияда (ўткир ва хроник) одам сиртдан қараганда соғлом кўринади. Касалликни кўзғатувчилар, специфик антителолар, органлар ва тўқималарда шу касал-

лик учун хос функционал ва морфологик ўзгаришлар топилгандагина диагностика қилиш мумкин. Бундай беморлар (ташувчилар) атрофдагилар учун инфекция манбаи сифатида алоҳида хавф туғдирадilar. Айни вақтда кўпгина касалликларда (полиомиелит, дифтерия, менингококк инфекция, грипп ва б.) такроран бўладиган ўткир субклиник инфекция аҳоли ўртасида иммун қатлам (маиший иммунитет) шаклланишига имкон беради. Ўткир ва хроник субклиник формалари аксарият ич терлама, паратиф В, сальмонеллез, вирусли гепатит В ва бошқаларда қайд қилинади.

Одам ва ҳайвонлардаги латент ёки персистент (инглизча *persis* — доимий, барқарор дегани) формалари макроорганизмнинг «нуқсонли» формалар кўринишида ўзгарган инфекция кўзгатувчиси билан узоқ вақтгача симптомларсиз ўзаро алоқада бўлишидан иборат: яширин вирусли инфекцияларда — бу нуқсонли интерференция қиладиган заррачалар, бактериал инфекцияларда — α -формалар, сферопластлар ва бошқалардир. Кўзгатувчининг бундай формаси хўжайин хўжайраси ичида узоқ вақтгача ўз ҳаёт фаолиятини сақлаб қолади ва ташқи муҳитга тушмайди. Персистент инфекция турли омиллар (термик таъсир, шикастлар, жумладан, психик шикастлар, трансплантация, трансфузия, турли касалликлар) таъсири остида активланиши ва клиник юзага чиқиши мумкин. Бунда кўзгатувчи яна ўзининг одатдаги хоссаларига эга бўлади.

Вируслар персистенцияси яхшироқ ўрганилган, бироқ бу ходиса бошқа кўзгатувчилар орасида ҳам учрайди. Ҳозирги вақтда стрептококклар, стафилококклар, менингококклар, вабо вибриони, ич терлама, дифтерия, қоқшол кўзгатувчиларининг L-формалари (уларни кашф қилган муаллиф ишлаган Листер институти шарафига шундай ном берилган) аниқланган.

Персистентлик оддий микроблар (безгак) ва риккетсиялар учун ҳам хосдир. Масалан, яширин тошмали терлама инфекцияси, тошмали терламанинг қайталаниши ёки Брилл касаллиги сифатида намоён бўлади.

ЭПИДЕМИК ЖАРАЁН ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА

Юқумли касалликлар кўзгатувчилари текинхўрларча ҳаёт кечириб, узлуксиз янги-янги авлодлар вужудга келтиради ва яшашини давом эттиради. Ўзининг индивидуал хўжайини организмида кўзгатувчи маълум вақтгача ҳаёт фаолияти учун керакли шароитларга эга бўлади. Ана шу

муддат тугагач, қўзғатувчининг яшаши индивидуал хўжайинини ўзгартиришига боғлиқ бўлади, бу эса ўзига хос ўтиш механизмига алоқадор кетма-кет ҳосил бўлувчи инфекция ҳолат (беморлар, ташиб юрувчилар) пайдо қилиб, клиник жиҳатдан яққол ёки яширин формада кечади ва у эпидемик жараён деб аталади. Л. В. Громашевский таклифи бўйича инфекция манбаининг маълум жойда бўлиши, конкрет шароитда шу касалликда инфекция қўзғатувчиларининг маълум ҳудуд чегарасида тарқалишига эпидемик ўчоқ дейилади. Ўчоқ, ундаги инфекция қўзғатувчилари бутунлай йўқолиб кетгунча ҳамда инфекция манбаи билан алоқадор бўлган шахсларда касалликнинг максимал инкубацион (яширин) даври ўтиб кетишига қадар мавжуд деб ҳисобланади.

Эпидемик жараённинг пайдо бўлиши ва узлуксиз кечиши учун учта доимий омилнинг бўлиши шарт: инфекция қўзғатувчилари манбаи, инфекциянинг ўтиш механизми ва организмнинг мойиллиги (юктирувчанлиги).

Инфекция қўзғатувчилари манбаи. Л. В. Громашевский инфекция манбаи деганда касаллик қўзғатувчилари табиий бўладиган ва кўпаядиган жой ва бу жойда уларнинг табиий тўпланиб боришини тушуниш керак, деб уқтирган эди. Ажралаётган қўзғатувчи у ёки бу йўл билан соғлом кишиларга юқади. Қўзғатувчиларнинг текинхўрлик хусусиятига боғлиқ равишда бундай объекти (жой) тирик организм — касаллик юккан одам ёки ҳайвон бўлиши мумкин.

Юқумли касалликлар уларнинг манбаи характерига қараб икки гуруҳга бўлинади: антропонозлар (инфекция манбаи — одам), зоонозлар (инфекция манбаи — ҳайвонлар) ва антропозоонозлар (инфекция манбаи — одам ва ҳайвонлар).

Юқумли бўлиб қолган организм ягона инфекция манбаи сифатида қуйидаги иккита формаларда мавжуд бўлиши мумкин: клиник ифодаланган форма ва симптомсиз форма (ташувчилик).

Инфекциянинг тарқалиб кетишида касал одам биринчи ўринда туради. У энг хавфли инфекция манбаи ҳисобланади, чунки кўплаб микдорда касаллик қўзғатувчиларини тарқатади. Касалликнинг турли даврларида у атрофдагилар учун бир хил бўлмаган хавф туғдиради. Касалликнинг яширин даврида унинг эпидемиологик аҳамияти катта эмас, чунки қўзғатувчилар тўқималар ичкарасида ётади ва камдан-кам организмдан ташқарига чиқарилади. Фақат баъзи бир инфекцияларда (қизамиқ, вабо, дизентерия) яширин даврнинг охириги кунларида касаллик қўзғатувчилари ташқи муҳитга ажралиб чиқади. Қўзғатувчиларнинг энг кўп қисми

касаллик ривожланган даврда чиқарилади, бунга касалликнинг айрим клиник кўринишлари, масалан дизентерияда тез-тез ич кетиш, вабода тез-тез ич кетиш ва қайт қилиш, нафас йўллари инфекцияларида йўталиш ва аксириш сабаб бўлади. Юқумли касалликлар патогенезига боғлиқ ҳолда касалликнинг бошланғич даврида беморлар атрофдагилар учун турлича хавф туғдиради. Масалан, ич терлама, паратиф А ва В да беморлар биринчи ҳафтада атрофдагилар учун хавф туғдирмайди. Аксинча, нафас йўллари инфекцияларида беморлар бирламчи клиник белгилар пайдо бўлган вақтдан бошлаб хавfli ҳисобланадилар.

Беморни инфекция манбаи деб ҳисоблаганда касалликнинг кечиши катта эпидемиологик аҳамиятга эга бўлади. Касаллик қанчалик оғир давом этса, бемор шунчалик тез ётиб қолади ва фақат атрофдагилар учун юқумли бўлиб қолади. Касаллик енгил кечса, уни диагностика қилиш қийин бўлади. Бундан ташқари, бемор ҳамма вақт ҳам тиббий ёрдамга мурожаат қилмайди, ўз ишини, ўқишини давом эттиради, болалар муассасаларига қатнайверади. Шундай қилиб кўзғатувчиларини актив тарқатиб юради.

Шунингдек, инфекция кўзғатувчиларини ташиб юрувчи инфекция манбаи ҳисобланади. Замонавий тушунчаларга кўра ташувчиликка симптомсиз ўтадиган инфекцион жараён сифатида қаралади. Бироқ ташувчилик тушунчаси кенгроқ, чунки симптомсиз инфекцияли беморларгина эмас, балки касал бўлиб ўтган одамлар, жумладан, реконвалесцентлар ҳам ташувчи бўлиб қолишлари мумкин. Ташувчилар атроф-муҳитга клиник ифодаланган инфекцияси бўлган беморларга қараганда камроқ миқдорда кўзғатувчи ажратадилар, бироқ улар инфекция кўзғатувчиларини актив тарқатиши жиҳатидан хавф туғдирадилар.

Айрим юқумли касалликлар — дизентерия, ич терлама, паратиф, бўғма (дифтерия), менингококк инфекцияси ва бошқаларда организмнинг кўзғатувчилардан ҳоли бўлиши билан соғайиш бошланмайди. Масалан, бўғма касаллигида клиник соғайишдан сўнг ҳам кўзғатувчиларнинг ажралиши бир неча кун ёки бир неча ҳафтагача давом этади. Ич терламадан соғайганлардан касаллик кўзғатувчиси бир неча ойгача ажралиб туради. Касалланиб ўтганларнинг 3—5 фоизида эса бактерия ташиб юриш бир неча йилгача, баъзан умрбод қолиши мумкин. Бунга организм иммун системасининг сусайиши сабаб бўлади.

Соғлом ташувчилик, юқорида айтилганидек, симптомсиз инфекция сифатида кўздан кечирилади. Транзитор ташувчилик деган ном организм кўзғатувчилардан тез озод бўлади, яъни организмда кўпайиш ўчоқлари бўлмайди,

деган маънони англатади. Менингококк инфекцияси ва полиомиелитли беморларнинг теварак атрофида клиник ифодаланган битта касаллик ходисасига 30 дан 100 нафаргача ташувчилар тўғри келади. Соғлом ташувчилар атрофдагилар учун камроқ хавфли, чунки кўпинча такрор текширувчиларда уларда кўзгатувчиларни топиб бўлавермайди.

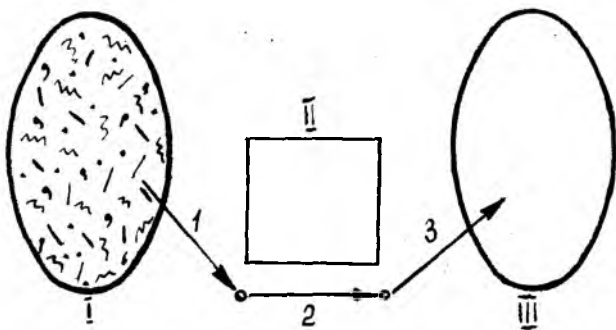
Ташувчиларнинг хавфлилиги атрофдаги санитария-маиший шароитга, уларнинг санитария маданиятига ва ишининг характерига боғлиқ. Ич терлама, паратиф В, сальмонеллэз, дизентерия ташиб юрадиган одам умумий овқатланиш корхонасида, савдо шохобчасида, болалар муассасасида ва шунга ўхшаш жойларда ишлайдиган бўлса, айникса, хавфлидир.

Одам ва ҳайвонлар учун умумий бўлган инфекция касалликларда (зоонозларда) касал юқтирган ҳайвонлар асосий инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Одамдан одамга зоонозлар юқиши камдан-кам кузатилади. Эпидемиологик жиҳатидан уй ҳайвонлари, кемирувчилар энг хавфли. Бу ҳайвонларнинг инфекция манбалари сифатидаги хавфлилик даражаси одамларнинг улар билан нечоғлик яқин бўлиш характериға, хўжалик фаолияти хусусиятларига ва турмуш шароитларига боғлиқ. Касаллик ҳайвонни парвариш қилиш вақтида, ҳайвон маҳсулотларини қайта ишлашда ёки истеъмол қилишда юқади (куйдирги, бруцеллэз, Ку — иситма ва б.). СССР худудида туляремия, тоун, лептоспироз, риккетсиоз, энцефалит, лейшманиоз каби касалликларнинг мавжудлиги кемирувчилар билан боғлиқ.

Зоонозларда асосий ва иккинчи даражали инфекция манбаларини фарқ қилиш расм бўлган. Инфекциянинг асосий манбалари табиатида кўзгатувчиларнинг табиий резервуарлари бўлиб хизмат қиладиган ва туляремия, тоун ва бошқаларнинг табиий ўчоқларини вужудга келтирувчи ҳайвонлар ҳисобланади. Инфекциянинг иккинчи даражали манбалари вақт-вақти билан эпизоотияга тортилиб туради.

Ёввойи ҳайвонлардан касаллик ов қилиш вақтида, одам яшамайдиган олис жойларга борилганда, озиқ-овқат маҳсулотлари ва сув шу ҳайвонларнинг ажратмаларидан ифлосланиб қолганда юқади. Паррандалар ҳам инфекция манбаи бўлиши мумкин (орнитоз, сальмонеллэз ва б.).

Касаллик кўзгатувчиларининг ўтиш механизми. Эпидемик жараённинг пайдо бўлиши учун юқумли касаллик манбаининг ўзи кифоя қилмайди. Кўзгатувчи бир организмдан иккинчисига ўтиб тургандагина тур сифатида сақланиб туриши мумкин, чунки ҳар қандай индивидуал организм эртами-кечми ўзида иммунитет ҳосил қилгач,



1- расм. Инфекциянинг ўтиш механизми схемаси.

I — инфекция манбаи (касал одам ёки ҳайвон, инфекция ташувчиларини ташиб юривчи); II — инфекция ўтиш омиллари: теварак-атрофдаги инфекция тушган буюмлар (идиш, ўйинчоқ, кийимбош, ич кийим), озиқ-овқат маҳсулотлари, сув, ҳаво, тупроқ, тирик ташувчилар; III — соғлом организм; 1- инфекция кўзгатувчиларининг юқумли бўлиб қолган организмдан чиқарилиши (1- фазаси); 2- уларнинг атроф муҳитда бўлиши (2- фазаси); 3- соғлом организмга тушиши (3- фазаси).

кўзгатувчилардан ҳалос бўлади. Индивидуал хўжайин ўлими эса кўзгатувчиларнинг ҳалокати билан тугалланади. Спора ҳосил қиладиган айрим микроорганизмлар бундан мустасно (куйдирги, қоқшол, ботулизм). Кўзгатувчиларнинг келган, инфекция юққан организмдан юқмаган организмга ўтишини таъминлайдиган усуллар йиғиндиси инфекциянинг ўтиш механизми дейилади. Кўзгатувчининг организмда бирламчи жойлашган жойига қараб 4 хил ўтиш механизми фарқланади: 1) фекал-орал (ичакда жойлашган бўлса); 2) ҳавотомчили (нафас йўлларида жойлашган бўлса); 3) трансмиссив (қон системасида жойлашганда); 4) кўзгатувчиларнинг атроф-муҳитдаги нарсалар орқали ёки бевосита контакт йўли билан ўтиши.

Кўзгатувчининг бир организмдан иккинчисига ўтишининг уч фазаси фарқ қилинади: 1) кўзгатувчи юққан организмдан атрофга чиқарилиши; 2) ташқи муҳитда бўлиши; 3) соғлом организмга тушиши (1- расм).

Кўзгатувчиларнинг юққан организмдан ташқарига чиқарилиш усули (1- фаза) кўзгатувчиларнинг бемор ёки инфекция ташиб юривчи организмдаги жойига боғлиқ. Кўзгатувчи нафас йўллариининг шиллик пардаларида жойлашса (грипп, қизамиқ, кўкйўтал) у нафас билан чиқарилаётган ҳаво ёки ҳалқум шиллиғи томчилари орқали чиқиши мумкин. Агар кўзгатувчи ичакда бўлса (ичбуруғ), у бемор нажосати билан, кўзгатувчи қонда бўлса, қон сўрувчи бўғимоёқлилар орқали тарқалади.

Кўзғатувчиларнинг организмдан ташқарида бўлиши (2- фазаси) ташқи муҳитнинг турли объектлари билан боғлиқ. Организмдан кўзғатувчиларнинг ажралиб чиқиш усули ташқи муҳит объектларининг характериға мослашади. Масалан, ичаклардан ажралган кўзғатувчи тупрокка, ички кийимларға, атрофдаги буюмларға, сувға тушади, нафас органларидан чиқарилган кўзғатувчилар эса ҳавоға тарқалади. Шунинг учун кўзғатувчиларнинг бир организмдан иккинчисига ўтишини таъминловчи ташқи муҳит элементлари инфекция ўтказадиган омиллар дейилади. Баъзи ҳолларда кўзғатувчининг ўтиши ташқи муҳит элементларининг иштирокисиз юз бериши мумкин ва бемор ёки ташиб юрувчидан тўғридан-тўғри контакт йўли билан ўтиши мумкин (венерик касалликлар, қутуриш ва бошқалар).

Баъзи бир юқумли касалликларда (вирусли гепатит, қизилча, токсоплазмоз, захм ва бошқалар) кўзғатувчи плацента (йўлдош) орқали ривожланаётган ҳомилага ўтади. Она қорнидаги юқиш содир бўлади.

Инфекцион касалликларнинг кўзғатувчилари инфекция тушган қон ва унинг таркибий қисмларини (плазма, эритроцитлар, фибриноген ва б.) қуйишда механик ўтиши мумкин; касаллик етарлича стерил бўлмаган тиббий инструментлар ишлатилганда юқиши ҳам мумкин (вирусли гепатит В).

Кўзғатувчиларнинг ўтишида бир неча асосий омиллар: ҳаво, сув, овқат маҳсулотлари, тупрок, рўзгор буюмлари, тирик ташувчилар (бўғимоёқлилар) қатнашади.

Ҳаво нафас йўллари юқумли касалликлари кўзғатувчиларининг тарқалишида омил ҳисобланади. Кўзғатувчилар ҳавоға кўплаб миқдорда аксирганда, йўталганда ва гаплашаётганда шиллиқ томчилари орқали тарқалади. Ўзида кўзғатувчилар сақлаган майда шиллиқ томчилари ҳавода кўпинча бир неча соатгача сақланади (чин чечак, сув чечак ва қизамик), инфекция ҳаво орқали бир хонадан иккинчи хонаға ўтиши, атроф буюмларға тушиб қолиши мумкин. Шиллиқ томчиси ва балғам қуригандан сўнг кўзғатувчилар чангға ўтади, булар эса нафас олинадиган ҳаво орқали соғлом одам нафас органларига тушади. Чанг орқали касаллик кўзғатувчиларининг ўтиши, кўзғатувчилар ташқи муҳит шароитларига чидамли ва қуритилганда узок сақланиб қоладиган касалликларда юз бериши мумкин. Масалан, сил микобактерияси чангда ҳафталаб, чин чечак вируси йиллаб сақланиши мумкин. Чанг билан Ку — иситма, куйдирги, туляремия ва бошқалар ўтиши мумкин.

Кўзғатувчиларнинг ўтишида сув муҳим омиллардан

хисобланади. Қўзғатувчилар сувга бир неча йўллар билан тушиши мумкин: улар сув ҳавзаларига канализация оқава сувлари тозаланмасдан ва юкумсизлантирилмасдан тушириб юборилганда, эриган қор сувлари, ёмғир сувлари билан бирга, кудуқлар нотўғри қурилганда ва сақланганда, қир ювишда, молларни суғоришда, ўлган кемирувчилар сувга тушиб қолганда ва шу қабиларда тушади. Сувнинг ўз-ўзидан тозаланиши ҳароратга, қимёвий таркибига, аэрация даражасига, нур таъсирига, қўзғатувчиларнинг хоссаларига ва бошқа омилларга боғлиқ. Сув орқали инфекция юкумли микроб тушган сувни истеъмол қилиш, хўжалик эҳтиёжига ишлатиш, чўмилиш ва ҳоказоларда ўтади. Сув орқали вабо, ич терлама, лептоспироз, ичбуруғ, вирусли гепатит, туляремия ва бошқа касалликлар тарқалиши мумкин. Ичимлик сув манбалари нажас билан ортиқча ифлосланганда сув орқали эпидемиялар тарқалиши мумкин, бунда касаллик ҳоллари қисқа вақт ичида кўпайиб кетади, бу ифлосланган сувни кўп кишилар истеъмол қилганда содир бўлади.

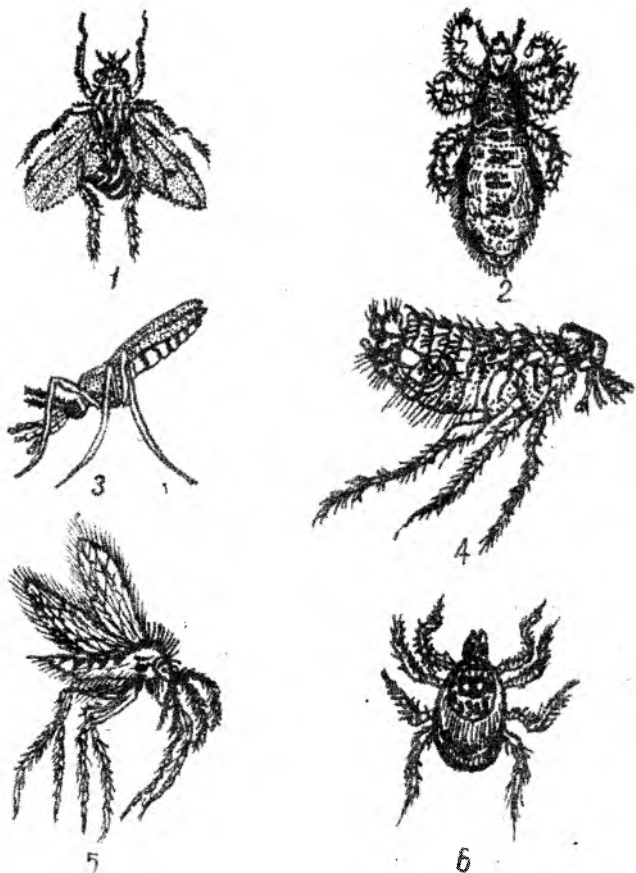
Қўзғатувчиларнинг овқат маҳсулотлари орқали ўтиши катта аҳамиятга эга, чунки уларда қўзғатувчилар фақат сақланибгина қолмай, балки кўпайиши ҳам мумкин. Овқат маҳсулотларига қўзғатувчилар турли йўллар билан тушиб қолади: бемор ёки ташиб юрувчининг ифлосланган қўли, пашшалар, кемирувчилар орқали; касалланган ҳайвон гўшти, сути орқали; озик-овқат маҳсулотларини нотўғри ташиш, сақлаш ва тайёрлашда тушади. Маҳсулотлар қандай ҳолатда истеъмол қилиниши (хомлигича натурал ҳолда, термик қайта ишловдан сўнг, иссиқ ёки совук), уларнинг консистенцияси, аҳолининг уларни нечоғлиқ кўп ёки оз истеъмол қилиши ҳам эпидемик аҳамиятга эга. Сут кўпинча қўзғатувчиларни ўтказадиган омил бўлиб хизмат қилади. Шунингдек, қўзғатувчилар термик қайта ишланмаган сут маҳсулотлари (қаймоқ, сузма), гўшт ва гўшт маҳсулотлари, мева ва сабзавотлар, нон ва бошқа маҳсулотлар орқали тушади. Сут ва сут маҳсулотлари орқали бруцеллёз, ич терлама, ичбуруғ, оксим, сил ва бошқа касалликларнинг қўзғатувчилари ўтади. Гўшт, гўшт маҳсулотлари ва балиқ озик-овқат токсикинфекциясининг келиб чиқишида муҳим ҳалқа бўлиши мумкин. Сабзавотлар ва мевалар, нон маҳсулотлари орқали кўпинча ичак касалликлари юкади.

Тупроқ унга одам ва ҳайвон ажратмалари, ҳар хил чиқиндилар тушганда, ҳайвонлар ва одамларнинг мурдалари кўмилганда ифлосланади. Тупроқнинг орийақ, қолдалар, турли ўткинчилар ва ҳоказолар билан ифлосланиши катта

эпидемик роль ўйнаши мумкин, чунки у турли паразитлар (сичқон, каламуш, пашша ва бошқалар) нинг яшаш ва кўпайиш жойи, айрим геогельминтларнинг тухумлари етиладиган (аскарида, қилбош, анкилостомидлар) жой бўлиб хизмат қилади. Тупроқдаги қўзғатувчилар сувга, кўпинча тўғридан-тўғри хомлигича истеъмол қилинадиган мева ва сабзавотларга тушиши эҳтимол. Айниқса, сабзавотларни (бодринг, помидор, кўкатларни) шарбат сувлари билан сугориш хавфлидир. Қоқшол, газли гангрена юкиши ва куйдирги қўзғатувчиларининг ҳайвонларга ўтиши бевосита тупроқ орқали рўй беради.

Теварак-атрофдаги турли нарсаларнинг қўзғатувчиларни ўтказишдаги роли уларнинг инфекция манбаи билан алоқада (контактда) бўлишига, юкум тушган нарсанинг касал одамдан соғлом одамга ўтиш эҳтимоли борлигига, шунингдек шу қўзғатувчига нарсанинг химиявий ва физик таъсири характериға боғлиқ. Тураржой, идиш-товок, ўйинчоқлар, ич кийимлар, кўрпа-тўшак, кийимбош қўзғатувчиларнинг ўтишида асосий аҳамиятга эға бўлади. Одамнинг тураржойи грип, сил, болалар юкумли касалликлари, ичбуруг, ич терлама ва ҳоказоларнинг ўтишида омил бўлиши мумкин. Тураржойда уй ҳайвонлари — инфекция манбалари, бўғимоёқлилар қўзғатувчиси яшаш мумкин. Қатор юкумли касалликларнинг ўтишида идиш-товоқлар муҳим роль ўйнайди. Сил, қизилча, бўғма, ич терлама ва бошқалар шундай касалликларға киради. Кўпчилик фойдаланадиган идишлар (буфет, ошхона, касалхоналардаги кружка, стакан, ликопчалар) энг кўп хавф туғдиради. Ифлосланган ич кийимлар, кўрпа-ёстиклар кичима, ичак касалликлари каби инфекцияларнинг тарқалишиға имконият яратади. Қўзғатувчиларнинг ўтишида ёш болалар фойдаланадиган нарсалар (ўйинчоқлар, мактаб ўқув қуроллари) муҳим ўрин тутади.

Жонли ташувчиларни икки гуруҳға: хос (специфик) ва хос бўлмаган (механик) гуруҳларға бўлиш расм бўлган (2- расм). Специфик ташувчиларға бит, бурға, чивин, искабтопар, кана ва бошқалар киради. Улар айрим касалликлар қўзғатувчиларининг ўтказилишини таъминлайди. Специфик ташувчилар организмда қўзғатувчилар кўпаяди, йиғилади ёки уларнинг жинсий ривожланиш даври (цикли) ўтади. Шунинг учун улар маълум вақтдан кейингина хавфли бўлиб қолади. Масалан, тошмали терлама бўлган бемор қонини сўриб олған бит қўзғатувчиларни 4—5- суткада ахлати билан ажратади. Носпецифик ташувчилар қўзғатувчиларни ўзига қандай қабул қилса,



2- расм. Бўғимоеқлилар — инфекцияцион касаллик қўзғатувчиларини та-
шувчилар.

1-хонадон пашшаси; 2-қийим бити; 3-анофелес туридаги чивин; 4-бурга; 5-искабтопар; 6-иксод
кана (урғочиси).

шундай ўтказди. Масалан, пашшалар ўз тана юзасида, оёқларида, тумшуги ва ичагида ичбуруғ, ич терлама, вирусли гепатит ва бошқа касалликларнинг сабабчиларини ташиб юради. Сўналар, пашшалар ўзининг санчадиган аппарати орқали куйдирги, туляремия қўзғатувчиларини ташиб юради.

Инфекциянинг ўтиш омиллари ўтиш механизмининг 3- фазасини белгилайди — бу қўзғатувчининг навбатдаги биологик хўжайин организмига тушишидир. Чунончи, қўзғатувчилар ҳаво билан нафас органларига, сув ва ов-

кат билан — ичакларга, бўғимоёклилар орқали қонга тушади ва ҳоказо.

Инфекция ўтиш механизмининг рўёбга чиқиш формаларига (тегишли касалликнинг тарқалишида қатнашадиган омиллар йиғиндисини ҳам ҳисобга олганда) инфекция кўзгатувчиларининг ўтиш йўллари деб аталади.

Инфекция ўтишининг куйидаги йўллари фарқ қилинади: контакт-маиший, ҳаво-томчи (айрим касалликларда чанг орқали), озиқ-овқатдан, сув орқали, трансмиссив (кўзгатувчиларнинг бўғимоёклилардан ўтиши), тупрок орқали, трансплацентар, тиббий парентерал ва бошқа муолажаларда ўтиши.

Мойиллик ва иммунитет. Юқумли касалликлар тарқалишида инфекция манбаи, кўзгатувчиларнинг тегишли ўтиш механизми билан бир қаторда ана шу касалликка мойил кишиларнинг бўлиши шарт. Юқумли касалликларга индивидиум сифатидаги одамнинг мойиллиги ва коллектив, аҳолининг мойиллари фарқ қилинади. Мойиллик деб, одам ёки ҳайвон организми тўқималарининг шундай биологик хусусияти тушуниладики, улар кўзгатувчиларнинг кўпайишида оптимал муҳит бўлиб хизмат қилади. Бундай хусусият турларга хос бўлади ва наслдан-наслга ўтади.

Кўпгина юқумли касалликлар айрим ҳайвон турлари учун хосдир. Айрим антропонозлар, масалан, ич терлама, скарлатина, сўзакни ҳайвонларга ҳатто сунъий равишда ҳам юктириб бўлмайди.

Антропоноз касалликларга ҳамма кишилар мойил, лекин мойилликнинг кўриниш формалари турличадир. Чунончи, тошмали терлама, кизамик, чечак юқиши амалда клиник ифодаланган касаллик белгиларини беради. Шунинг билан бир қаторда ҳамма ҳам мойил бўлавермайдиган касалликлар мавжуд. Бу кўзгатувчиларнинг организмга оз-оздан тушиши ва маиший иммунитет ишланиши билан боғлиқ. Масалан, скарлатина юққан кишиларнинг 20—35 фоизи, менингококк инфекциясида 0,2—0,5 фоизи касалланиши мумкин.

Юқумли касалликлардан сақланишда организмнинг хос бўлмаган (носпецифик) чидамлилигига нисбатан специфик иммунитет каттароқ роль ўйнайди. Кўзгатувчининг организмга тушиши ва кўпайиши натижасида ҳосил бўлган инфекциядан сўнгги орттирилган иммунитет ва организмга вакцина юборилганда вужудга келадиган сунъий иммунитет фарқ қилинади.

Инфекциядан кейинги ва сунъий иммунитет актив иммунитет дейилади. Инфекциядан кейинги актив иммунитетта яна организмга кичик дозаларда кўзгатувчиларнинг

тушиши оқибатида пайдо бўладиган маиший иммунитет ҳам киради (полиомиелит, менингококк инфекцияси, дифтерия ва бошқалар).

Актив иммунитетдан ташқари, пасив иммунитет ҳам мавжуд. У организмга ҳайвон ёки одамнинг иммун (эмланган) зардоби ёки иммун-глобулин юбориш билан ҳосил қилинади (сунъий пасив иммунитет). Чақалоқлар она қони ёки сути орқали тайёр антителолар олади (табиий пасив иммунитет).

Постинфекцион иммунитет барқарор ва узок муддатга иммунитет қолдирадиган инфекциян касалликлар (қизамиқ, чин чечак, эпидемик паротит ва б.) да эпидемик жараён кечишида катта роль ўйнайди.

Вакцинадан кейинги иммунитетнинг эпидемик жараённинг кечишига таъсири аҳолининг, айниқса, болаларнинг (сил, дифтерия, кўкйўтал, қизамиқ, полиомиелит ва бошқа инфекцияларга қарши) эмлашга жалб қилиниш даражасига боғлиқ бўлади. Жамоада камида 80 фоиз кишилар тўла қимматли барқарор иммунитетга эга бўлсалар вакциналашни муваффақиятли чиққан деб ҳисобласа бўлади (ВОЗ маълумоти).

Индивидуал иммунитетдан ташқари, ижтимоий ёки жамоа имунитети ва аҳолининг иммун қатлами мавжуд.

Ижтимоий ёки коллектив иммунитет деганида жамиятнинг у ёки бу юқумли касалликка мойил бўлмаслиги тушунилади. У специфик профилактика ва соғлиқни сақлаш органларининг бошқа тадбирлари ёрдамида ҳамда халқ хўжалигининг аҳолини моддий ва маиший даражасини кўтаришдаги тадбирлари (яшаш шароитлари, овқатланишни яхшилаш) туфайли яратилади. Оксил моддалари, витаминларни етарлича истеъмол қилиш, организмнинг физиологик ҳолати, шамоллаш, бўлиб ўтган ёки бирга келган касалликлар мойилликка ва касалликнинг кечишига қандай таъсир этса, иммунитет кескинлигига ҳам шундай таъсир қилади.

Масалан, илгари аҳолининг чин чечакни юқтирмаслигига мажбурий планли эмлашлар орқали эришилган бўлса, эндиликда чин чечакнинг тугатилиши бундай тадбирлар ўтказишга эҳтиёж қолдирмади.

Аҳолининг иммунологик қатлами (структураси) — шу инфекцияга мойил ва мойил бўлмаган шахслар нисбатидир. У турли иммунологик, серологик, аллергик реакциялар билан аниқланади. Агар мойил бўлганлар сони оз бўлса, улар мойил бўлмаганлар (юқтирмайдиганлар) оралигида қолиб кетадилар ва касаллик кенг тарқалиб кетмайди.

Масалан, ССЖИ да полиомиелитнинг амалда йўқоти-

лиши болалар ва ўсмирлар аҳолиси орасида мажбурий планли эмлашларни ўтказиш билан таъминланган.

Эпидемик жараён кечишининг баъзи бир хусусиятлари. Эпидемик жараён муайян табиий ва ижтимоий шароитларда аҳолининг айрим касалликка бўлган мойиллиги, унинг ўтишининг специфик механизми ва инфекция ўчоғининг ўзаро биргаликдаги таъсирида келиб чиқади ва қувватлаб турилади. Ана шу таъсир этувчи кучларнинг кейинги юқишлар давомидаги роли бир хил бўлмайди. Инфекция ўчоғи — инфекция қўзғатувчиларининг ташувчиси энг актив бўлади. Бундан ташқари, унда қўзғатувчининг кўпайиши ва ташқи муҳитга тарқалиши рўй беради. Инфекция тарқалишида унинг турли ўтиш механизми катта, ҳал қилувчи аҳамиятга эга: қўзғатувчиларнинг организмга турли жонли тарқатувчилар орқали актив тушиши; қўзғатувчиларнинг организмга ҳаво билан, озиқ-овқат маҳсулотлари билан, ичимлик сув билан кириши; қўзғатувчиларнинг организмга тушишига қадар кундалик эҳтиёж буюмларида ҳаёт фаолиятини сақлаб қолиши.

Мойиллик эса пассив роль ўйнайди. Мойиллик бўлса, касаллик юқади, у бўлмаганда юқиш содир бўлмайди.

Эпидемик жараён интенсивлиги турличадир. Одатда, эпидемик жараён кечишида сон жиҳатидан ўзгаришларининг уч босқичи фарқ қилинади: спорадик (аҳёнда, онда-сонда учрайдиган) касалланиш, эпидемия, пандемия.

С п о р а д и к к а с а л л а н и ш маълум бир жой ёки мамлакатда касалликнинг одатдаги (минимал) ана шу касалликка хос даражасидир. Бунда кўпгина юқумли касалликлар онда-сонда учрайди. Кундалик амалиёт шароитида жамоадаги группавий касалликлар «эпидемик авж олиш» деган тушунчага бирлаштирилади.

Э п и д е м и я — касалланиш даражасининг спорадик касалланишга нисбатан бир неча марта (3—10 марта) кўпайиб кетиши бўлиб, айрим касаллик маълум бир жойда кўп сонли эпидемик ўчоқлар ҳосил қилади.

П а н д е м и я — инфекцион касалликнинг катта территорияда ялпи тарқалиши.

Эпидемия даражасини сифат томонидан белгилашда эндемия (гречка еп — ичида, орасида ва demos — халқ) атамаси қўлланилади. **Э н д е м и к** касаллик деб, маълум бир жой аҳолиси ўртасида доимий учраб турадиган касалликларга айтилади. Бирор юқумли касалликнинг маълум жойда ёки мамлакатда узоқ вақт давомида бўлиши табиий омилларга боғлиқ бўлиши мумкин.

Э к з о т и к касалликлар эса қарама-қарши маънони билдириб, бунда бирор юқумли касаллик маълум мамла-

катда учрамай, балки у бошқа мамлакатлардан келтирилганда пайдо бўлиши мумкин. Бизнинг мамлакатимиз учун қайталама терлама, сарик иситма ва бошқалар экзотик касалликлар ҳисобланади.

Ветеринар-эпизоотия атамашунослигида «эпидемия», «пандемия», «эндемия», атамаларига «эпизоотия», «панзоотия» ва «энзоотия» атамалари мос келади.

Эпидемиологияда кўпинча ўчоқ (очаг) атамаси қўлланилади. Ўчоқ деганда юқумли касаллик пайдо бўлиши мумкин бўлган ёки пайдо бўлган жой назарда тутилади.

Табиий ва ижтимоий шароитлар инфекция манбаининг ўтиш омилларини ёки аҳолининг мойиллигини активлаштириб, эпидемиологик активликни ошириш ёки пасайтириш билан эпидемик жараён кечишининг миқдор ва сифат ўзгаришларига таъсир қилади.

Қўзғатувчилар тирик ташувчилар ёрдамида ўтган ҳолларда табиий шароитларнинг таъсири айниқса кучли бўлади. Ташувчилар активлигининг маълум мавсумда йўқолиши (кана, искабтопар, чивин) ёки улар сонининг камайиши касалликнинг одамларга юқишида акс этиб, эпидемик жараён кечишига кескин таъсир қилади.

Юқумли касалликларнинг табиий ўчоқлилиги тўғрисидаги таълимотни яратишда Е. Н. Павловскийнинг хизматлари каттадир. У, юқумли касалликларнинг кўпчилиги табиатда шу жойдаги муайян табиий шароитлар, қўзғатувчи — паразитни сақлаб турадиган иссиққонли ҳайвонлар ва бўғимоёқли ташувчилар бўлганда одамнинг ихтиёрисиз мавжуд бўлишини кўрсатди. Масалан, кана тарқатувчи энцефалитда кана вирусни касал ҳайвондан соғлом ҳайвон организмига ўтказди. Бундан ташқари, каналар вирусни трансвариал йўл билан ўз авлодига ҳам ўтказди.

Е. Н. Павловский фикрича, трансмиссив касалликларнинг табиий ўчоқлари деб шундай ҳодисага айтиладики, унда қўзғатувчилар уларнинг специфик ташувчилари ва ҳайвонлар (қўзғатувчи резервуарлари) инсон ихтиёрисиз ўзининг эволюцион тараққиётида ва ҳозирги даврда ҳам ҳар хил биоценозлар (тирик организм йиғиндиси) составида ўз авлодларини янгилаб узоқ вақтгача табиий шароитларда яшайдилар.

Трансмиссив бўлмаган инфекцияларнинг ҳам табиий ўчоқлари бўлиши мумкин. Масалан, лептоспирозда ташувчилар қўзғатувчиларнинг айланиб юришида иштирок этмайди. Бу касалликнинг тарқалиши сичқонсимон кемирувчилар кўп бўлган маълум географик шароитлар билан чегараланади.

Табиий ўчоқли касалликлар учун мавсумийлик хос бўлиб, бу инфекция ва ташувчиларни сақлаб турадиган ҳайвонлар биологиясига боғлиқ.

Табиий жараёнлар қўзғатувчилар ўтишининг жонсиз омилларига ҳам таъсир кўрсатади. Чунончи, очиқ сув ҳавзалари, оқава сувлар кўпроқ ифлосланади ва йилнинг совуқ фаслида сув орқали ич терлама эпидемиялари пайдо бўлишига олиб келади, чунки бу даврда сувнинг ўз-ўзидан тозаланиш жараёни секинлашади ва ичак инфекцияси қўзғатувчилари унда узоқроқ муддат сақланади.

Одамларнинг ёпиқ биноларда бўлиши нафас йўллари инфекцияси тарқалишига, шахсий гигиенага амал қилмай, иссиқ кийимбош кийиш тошмали ва қайталама терлама ташувчилари (битлар) нинг урчишига сабаб бўлади. Табиий омил мойилликка кам таъсир этади. У организмнинг носпецифик резистентлиги ошиши ёки пасайишига (тери қопламлари, шиллиқ пардалар, қон, ўт ва шу кабиларнинг баръер функцияси) олиб келади, холос. Баҳор мавсумида ҳайвонлар урчиши, сутининг кўпайиши бруцеллёз касаллигининг кўпайишига олиб келади. Сугур ва юмронқозикларнинг қишки карахтланиши (уйкуси) тоун касаллигининг латент (яширин) ҳолатга ўтишига сабаб бўлади. Баҳорда кемирувчилар уйғониши билан тоун яна кучаяди ва ёш кемирувчилар орасида тез тарқалиб кетади.

Табиий жараёнлар қўзғатувчиларнинг жонсиз омилларга ўтишига ҳам таъсир қилади. Масалан, очиқ сув ҳавзалари оқава сувлар билан қиш фаслида интенсив ифлосланиб, ич терламанинг сув эпидемиясига сабабчи бўлади. Бу даврда сувнинг ўз-ўзидан тозаланиш жараёни секинлашиб, ичак инфекциялари қўзғатувчилари узоқ вақт давомида сувда сақланиб қоладилар.

Одамларнинг қишда берк бинолар ичида бўлиши нафас йўллари инфекцияси ўтишига, шахсий гигиенага риоя қилинмаган ҳолда иссиқ кийимларнинг кийиб юрилиши эса тошмали ва қайталама терлама ўтказувчиларининг (битларнинг) кўпайишига сабаб бўлади.

Эпидемик жараён кечишида табиий омилларнинг аҳамиятини қуйидаги ўзига хос тадбир-чоралар билан камайтириш мумкин: хўжалик қимматига эга бўлмаган ёввойи ҳайвонларни ва бўғимоёқлиларни кириб ташлаш, боққоқликларни қуритиш, чўл ерларга сув чиқариш ва ҳоказо.

Табиий омил мойиллик учун арзимас даражада бўлса ҳам, ўз таъсирини ўтказиши. У организмнинг хос бўлмаган (носпецифик) қаршилигини (резистентлигини) кучайтиради ва камайтиради (тери, шиллиқ қаватлар, қон, ўт ва бошқаларнинг муҳофаза фаолиятини).

Табиий омилга нисбатан ижтимоий омил эпидемик жараён кечишига ўзининг кўпроқ таъсирини кўрсатади. Ижтимоий омил деганда аҳолининг яшаш шароитларини белгиловчи қуйидагилар тушунилади: уй-жой шароити, зичлиги, коммунал ободончилик даражаси (водопровод, канализация борлиги), аҳолининг моддий таъминланиши, овқатланиши, маданияти, жумладан, санитария маданияти даражаси, миграция (бир жойдан иккинчисига кўчиш) жараёни, меҳнат қилиш характери ва шароити, соғлиқни сақлаш ҳолати, жамиятнинг ижтимоий-синфий тузилиши ва ҳоказолар.

Инфекциянинг тарқалиши бемор ёки инфекция ташиб юрувчининг қандай квартирада яшаши, у билан мулоқотда бўладиган одамлар сони, иш жойи, қандай транспортдан фойдаланиши, касаллигининг ўз вақтида аниқланганлиги ва касалхонага ётқизилганлиги ёки уйда ажратиб қўйилганлиги кабиларга боғлиқ. Тураржой шароитлари, аҳолининг зичлик даражаси, қўшнилик даражаси эпидемик жараёнга катта таъсир кўрсатади. Яшаш жойларидаги сичлик, турар жой хоналарининг вентиляция, аэрацияси, қуёш нурлари тушишининг ёмонлиги, гигиеник режими бузилишлари сил ва бошқа юқумли касалликлар кўпайишига сабаб бўлади.

Инфекция манбаи сифатида уй ҳайвонлари ва ёввойи ҳайвонлар маълум роль ўйнайди. Ветеринария назоратининг қониқарсизлиги оқибатида касал ҳайвонларнинг ўз вақтида аниқланмаслиги ва ажратиб қўйилмаслиги, уларни сўйиб юбормаслик ва даволамаслик натижасида касаллик уй ҳайвонларидан юқади. Кемирувчилар ва ёввойи ҳайвонларга нисбатан эса мақсадга мувофиқ равишда кириб ташлаш чоралари қўлланилади ва бу эпидемик хавфни маълум даражада камайтиради.

Ичак инфекциялари — ич терлама, паратифлар, ичбуруғ, вабо, полиомиелит, вирусли гепатит ва бошқаларнинг тарқалиши сув билан таъминлаш системаси ва канализация ҳолатига, аҳоли пунктларининг ҳолати, уларни ўз вақтида ва қунт билан тозалашга кўп жиҳатдан боғлиқ.

Юқумли касалликларнинг тарқалишида аҳолининг уюшган ҳолда овқатланишини етарлича назорат қилмаслик катта роль ўйнайди.

Озиқ-овқат маҳсулотларига савдо шохобчаларида, болалар ва даволаш муассасаларининг озиқ-овқат корхоналарида, умумий овқатланиш ошхоналарида ишловчи инфекция ташиб юрувчилардан инфекция тушиши мумкин. Касаллик шунингдек ноилож сўйилган касал ҳайвонлар гўштини, касалланган сигирларнинг сут ва сут маҳсулотларини истеъмол қилишда ҳам юқади.

Иш шароити юқумли касалликларнинг келиб чиқиши ва тарқалиб кетишига кўпинча ўз таъсирини кўрсатди. Чорвадорлар, ветеринария хизматчилари, ҳайвон хом ашёсини (тери, жун ва бошқалар) қайта ишловчиларда ҳайвонлардан юқадиган юқумли касалликлар (куйдирги, бруцеллёз, манқа ва бошқалар) касб-корга оид характерга эга бўлади. Шу билан бирга ана шу юқумли касалликларнинг тарқалишига организмнинг умумий қаршилик қобилиятини пасайтирадиган иш шароитининг оғир аҳволи, совуқ олдириш, тинкани қуритувчи меҳнат омиллари имкон яратади.

Ижтимоий ларзалар (уруш, очарчилик) давридаги аҳоли миграцияси (бир ердан иккинчисига кўчиши) оқибати юқумли касалликларнинг кўп тарқалиб кетишига олиб келади. Оммавий табиий офатлар (ер қимирлаши, сув тошқини, катта ёнғин) тураржойларнинг вайрон бўлишига, аҳолининг меҳнат ва яшаш шароитларининг кескин ёмонлашувига, жабр кўрганларнинг оммавий кўчиб кетишига олиб келади. Айрим касаллик сифатида рўйхатга олинган ёки чекланган эпидемик ўчоқли юқумли касалликлар аҳоли миграцияси кучайиши оқибатида эпидемик характер касб этиши мумкин.

Бизнинг мамлакатимизда халқ хўжалигининг ўсиши ва мустақамланиши туфайли юқумли касалликларга қарши курашиш учун қулай шароитлар яратилмоқда. Аҳолининг маданий савияси ўсмоқда, тураржойлар қурилмоқда, шаҳар ва кишлоқлар обод бўлмоқда, мунтазам равишда соғломлаштириш чоралари ўтказилмоқда. Совет ҳокимияти йилларида халқ соғлиғини сақлашда катта ютуқларга эришилди. ССЖИ граждандари бепул, оммабоп, ихтисосли медицина ёрдами билан таъминланганлар. Соғлиқни сақлаш қонуни ССЖИ Конституцияси (Асосий қонуни) да мустақамланиб касалликлар, жумладан, юқумли касалликлар профилактикаси тадбирлари давлат соғлиқни сақлаш системаси томонидан таъминланди.

Юқумли касалликларга қарши кураш дастури ССЖИ Олий Кенгаши томонидан 1969 йилда қабул қилинган «ССЖ Иттифоқи ва иттифокдош жумҳуриятларнинг соғлиқни сақлаш тўғрисидаги қонун Асослари»да, КПСС Марказий Комитети ва ССЖИ Вазирлар Кенгаши, КПСС XXVII съезди қарорларида белгилаб берилган.

Эпидемиология методи. Аҳоли ўртасида юқумли касалликларнинг тарқалиш қонуниятларини ўрганишда эпидемиологик кузатиш ва эксперимент (тажриба) ни ўз ичига олган комплекс эпидемиологик метод қўлланилади.

Эпидемиологик кузатишни ўз навбатида инфекция ўчо-

ғини (айрим касаллик ҳодисасини) ва бирдан авж олишни эпидемиологик текшириш; статистик методлар билан касалланишни анализ қилиш; маълум территория доирасида эпидемик жараёни ўрганиш ва тасвирлашга бўлиш мумкин.

Инфекция ўчоғини эпидемиологик текшириш инфекция манбаи, инфекциянинг тарқалиш механизмини аниқлаш, касалликнинг тарқалиб кетишига имкон берувчи ташқи омиллар ва яшаш шароитларини ўрганиш мақсадида олиб борилади. Бу кейинги 2—3 ой давомида юқумли касаллик ўчоғи чиққан территорияда (яшаш ва иш жойи бўйича, беморнинг болалар коллективида) ана шу инфекция билан касалланишни анализ қилиш учун амалга оширилади.

Инфекция манбаини ва ўтиш йўллари аниқлашда бемор ва унинг атрофидагилар билан суҳбатлашиш, лаборатория ва экспериментал текширишлар олиб борилади. Ўчоқни текшириш натижаларига қараб инфекциянинг янада тарқалиб кетишининг олдини олиш учун аниқ тадбирлар белгиланади (атрофлича маълумот олиш учун «Юқумли касалликлар профилактикаси ва уларга қарши курашиш тадбирлари» бўлимига қ.).

Касаллик авж олишини эпидемиологик текшириш ана шу касаллик авж олишигача бўлган даврдаги касалланишнинг ўрганиш, авж олиш вақтида касалланишнинг ҳар куни ва вақтнинг каттароқ бўлакларида (ҳафта, ой, квартал) тарқалиш ҳаракатини, касалликнинг асосий белгилари бўйича анализ натижаларини, айрим ўчоқларни эпидемиологик текшириш маълумотларини, касалликни лаборатория текшириш натижаларини, кўзғатувчилар штамми топилган объектларни текширишни, коммунал, озиқ-овқат ва бошқа объектларнинг санитария-техник ҳолатини изоҳловчи материалларни ўрганишни ўз ичига олади. Ана шундай текшириш авж олиш типи (сув орқали, озиқ-овқат орқали ва бошқалар) тўғрисида хулоса чиқаришга, уларнинг сабабларини аниқлашга, бу эса авж олишни тугатиш учун яхши тадбирлар қўллашга имконият яратади.

Статистик маълумотлардан фойдаланиб, юқумли касалликлар эпидемиологиясини ўрганиш учун унинг бир неча белгиларига қараб, йиллик ёки бир неча йиллик касалланиш анализи қилинади. Статистик метод ёрдамида бир хил кўринишдаги кўп сонли белгилардан ташкил топган жараёни кузатиш имконияти бўлади. Муҳим белгиларга касалланишнинг ёш, жинс, касб-кор, йил фасллари, ҳудуд, инфекция манбаи, инфекция ўчоғи ва бошқаларга қараб тарқалиши киради.

Статистик маълумотлар, одатда, рақамлар (абсолют ёки нисбий) билан ифодаланади, лекин уларни рақамли жадваллар, шунингдек, график кўринишдаги турли эгри чизиқларда, диаграммалар, картограммалар ва бошқаларда кўрсатиш мумкин.

Эпидемик жараёни статистик таърифлашда эпидемиологик текшириш картасига туширилган, ҳар бир касаллик ҳодисаси тўғрисидаги ҳисобга олиш ва текшириш материали бирламчи материал ҳисобланади.

Статистик материални ишлаб чиқишда абсолют кўрсаткичлардан иборат маълумот (яқуни) олинади. Лекин бу кўрсаткичлар шаҳарлар, вилоятлар ва мамлакатлар ўртасидаги касалланиш даражасини солиштириб кўришга ярамайди. Солиштириб кўриш учун олинган абсолют кўрсаткичларни нисбий кўрсаткичларга ёки ўртача миқдорларга айлантирилади. Эпидемиологияда кўпинча интенсив ва экстенсив кўрсаткичлардан фойдаланилади.

И н т е н с и в к ў р с а т к и ч (тез-тез қайталанишнинг тақсимланиши) маълум ходисанинг тарқалиш тезлигини ифодалайди. Бундай коэффициентлар абсолют сонларни битта асосга (1 000, 10 000, 1 000 000 аҳолига) келтирадиган пропорциялар ёрдамида ҳисоблаб чиқилади. Интенсив кўрсаткичларга касалланиш, ўлим ва касалликдан ўлим (леталлик) кўрсаткичлари киради.

Касалланишни маълум давр ичидаги касалликлар сонининг (масалан, 1 йилда) ана шу давр ичидаги мазкур шаҳар, мамлакат аҳолиси сонига нисбати ҳисоблаб чиқилади. **К а с а л л а н и ш к ў р с а т к и ч**и қуйидаги нисбат билан ифодаланади:

Касаллик сони (миқдори)

Аҳолининг ўртача сони $\times 100\ 000$.

Ўлим деганда катталар учун 100 000, болалар учун эса 10 000 одамга коэффициент билан ифодаланган, шу касалликдан юз берган ўлим ҳоллари сони тушунилади.

Ўлганлар сони

Аҳолининг ўртача миқдори $\times 100\ 000$.

Леталлик — мазкур юқумли касаллик билан касалланганлар орасида ўлганлар сонининг процент ҳисобидаги ифодасидир. У қуйидаги нисбат билан ифодаланади:

$\frac{\text{Ўлганлар сони}}{\text{Касалликлар сони}} \times 100$.

Леталлик кўрсаткичи инфекцияцион жараён кечилишининг эфир-енгиллик даражаси ва даволаш сифатига баҳо беришда қўлланилади. Тўпланган маълумотларни статистик қайта ишлаш мазкур ҳодисани айнан шунга ўхшаш илгари учраган ҳодиса билан солиштириб кўриш, касалланишнинг кўпайиб ёки камайиб бораётганлигини аниқлаш, қўлланган чораларнинг таъсирчанлигини ва шунга қараб келгуси тадбирларни режалаштириш имконини беради.

Эпидемик жараённи чегараланган ҳудуд доирасида га с в и р л а ш и жтимоий шароит айрим элементларининг касалланишга таъсирини кўрсатишга ёрдам беради.

Эксперимент лаборатория микробиологик, серологик текширишларни, физик, энтомологик, физик ва химиявий текширишларни, ҳайвон ва одамларда қилинадиган экспериментларни ўз ичига олади. Микробиологик ва серологик методлар ёрдамида юқумли касалликлар этиологияси, кўзгатувчиларнинг ташқи муҳитда, дезинфекция воситаларида ва ташиб юрувчилар организмидаги барқарорлиги ўрганилади. Эксперимент, шунингдек, юқумли касалликлар диагностикасида даволашнинг таъсирчанлигига баҳо беришда, ўткир ва хроник ташиб юрувчиларни аниқлашда қўлланилади. Микробиологик метод патоген микробларни озик-овқат маҳсулотларида, сувда топишда қўлланилади. Мана шу метод ёрдамида инфекция манбаини, инфекциянинг ўтиш йўллари, юқумли касаллик билан касалланган беморнинг юқумлилик муддатини, аҳолининг иммуни қатламини аниқлаш мумкин.

Энтомологик текширишлар бўғимоёқчилар экологиясини — кўзгатувчиларнинг жонли ташувчиларини, кўзгатувчиларнинг ташувчи организмида, ташқи муҳитнинг ҳар хил шароитида ривожланишини, тегишли касалликда ташиб юрувчининг турини аниқлашга имкон беради.

Сув, озик-овқат маҳсулотлари ва бошқа объектларни химиявий текшириш озик-овқат маҳсулотларини текширишдаги мунозарали саволларнинг ҳал этилишида қўлланилади (масалан, химиявий маҳсулотлардан заҳарланишни инкор этишда).

Айрим ва оммавий экспериментни ҳайвонлар ва одамларда қўйиш мумкин. Ҳайвонларда қилинадиган эксперимент кўпинча диагносика амалиётида қўлланилади. Бундан ташқари, ундан янги ишлаб чиқарилган профилактик ва даволаш препаратларининг зарарсизлигини, фойдалилигини аниқлашда, янги яратилаётган вакцина, зардоб, гамма-глобулинлар ва даволаш воситаларини ўрганиш вақтида фойдаланилади.

Ҳар қандай янги яратилган вакцина, зардоб, гамма-глобулинлар тегишли лаборатория текширишларидан ўтказилгандан, жумладан, ҳайвонларда синаб қўрилгандан кейин инсон соғлигига зарар етказмаслик шарти билан эксперимент қилишда фойдаланилади.

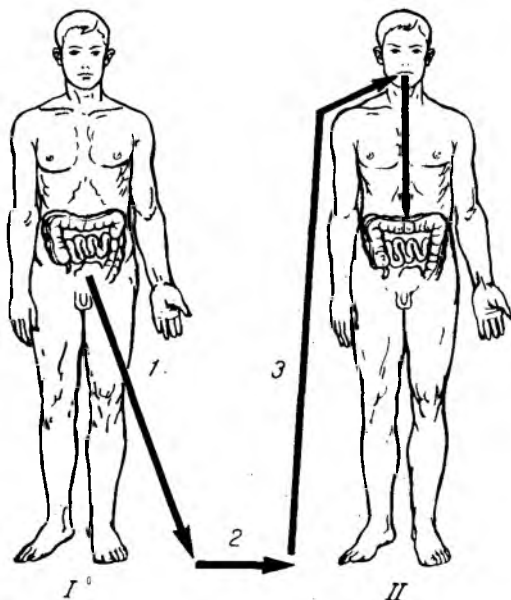
ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ

ХІХ асрда юқумли касалликлар контагиоз (одамдан одамга ўтувчи), миазматик (ҳаво орқали ўтувчи) ва контагиоз-миазматик турларга бўлинган эди. ХІХ аср охирида бактериологиянинг ривожланиши билан касалликларнинг этиологиясига асосланган классификация пайдо бўлди. Бу классификациялар клиницистлар ва эпидемиологларни қаноатлантира олмас эди, чунки патогенези, клиник кечиши ҳар хил ва эпидемиологик қонуният турли бўлган касалликлар битта гуруҳга бирлаштирилган эди. Эпидемиологик ва клиник белгилари бўйича тузилган классификация ҳам мақсадга мувофиқ бўлмади.

Энг изчил ва узоқ вақт яшаб келган классификация Л. В. Громашевский томонидан тавсия қилинган. Унинг асосида ягона белги — қўзғатувчининг организмда жойлашган жойи ётади. Ана шу асосий белгига мувофиқ инфекциянинг ўтиш механизми белгиланиб, муаллиф томонидан ҳамма юқумли касалликлар тўртта гуруҳга бўлинган: 1) ичак инфекциялари; 2) нафас йўллари инфекцияси; 3) қон инфекциялари; 4) ташқи қопламлар инфекциялари. Антропонозлар ва зоонозлар эпидемиологияси ҳамда профилактикаси тубдан фарқ қилганлиги учун Л. В. Громашевский классификациясининг ҳар бир гуруҳини яна иккита кичик гуруҳларга — антропоноз ва зоонозларга бўлиш таклиф қилинган.

Ичак инфекциялари. Ичак инфекциялари учун қўзғатувчиларнинг ичакда жойлашуви ва ташқи муҳитга нажас билан чиқарилиши характерлидир. Қўзғатувчилари қонда айланиб юрувчи касалликларда (ич терлама, А ва В паратифлар, лептоспирозлар, вирусли гепатит, бруцеллез ва бошқалар) улар бошқа органлар орқали (жигар, буйрак, ўпка, сут бези ва бошқалар) қўшимча йўл билан чиқарилиши мумкин.

Нажас, сийдик ва қусуқ массалари билан ташқи муҳитга тушган қўзғатувчилар озиқа моддалари ёки сув орқали, ифлос қўл ёрдамида оғиз орқали организмга тушгандагина соғлом одамда касаллик келтириб чиқариши мумкин (3-расм). Бошқача айтганда, ичак инфекциялари учун фекал-орал ўтиш механизми характерлидир.



3- расм. Ичак инфекцияси қўзғатувчиларининг ўтиш механизми схемаси. (Л. В. Громашевскийдан).

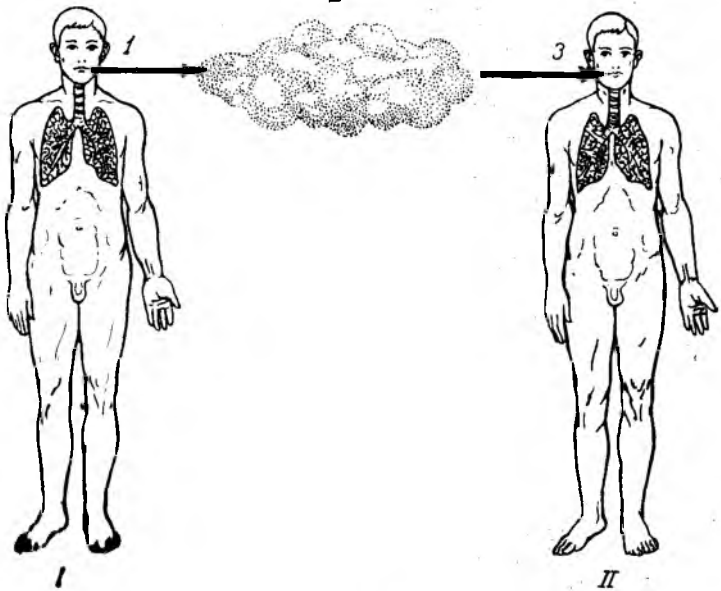
I — юқум тушган организм; II — соғлом организм; 1- қўзғатувчиларнинг юқум булган организмдан чиқарилиши; 2- қўзғатувчиларнинг ташки муҳитда бўлиши; 3- қўзғатувчиларнинг соғлом организмга тушиши.

Ичак инфекциялари билан касалланиш йилнинг иссиқ фаслларида: ёзда ва ёз-куз ойларида кўпаяди.

Ичак инфекцияларининг антропоноз кичик гуруҳига ич терлама, паратифлар, бактериал ва амёбали ичбуруғ, вабо, юқумли гепатит А, полиомиелит, гельминтоз (иккинчи хўжайинсиз), зоонозлар, кичик гуруҳига — бруцеллёз, лептоспироз, сальмонеллёз, ботулизм ва бошқалар киради.

Ичак юқумли касалликларига қарши курашнинг асосий усуллари патоген қўзғатувчиларни озик-овқат маҳсулотлари, сув, пашша, ифлосланган қўл ва бошқалар орқали ўтишининг олдини оладиган санитария-соғломлаштириш тадбирлари ҳисобланади. Шунингдек, беморлар ва инфекция ташиб юрувчиларни ўз вақтида аниқлаб, озик-овқат ва унга тенглаштирилган корхоналарда ишлашдан четлаштириш катта аҳамиятга эга.

Специфик иммунизация ичак инфекцияларида ёрдамчи аҳамиятга эга.

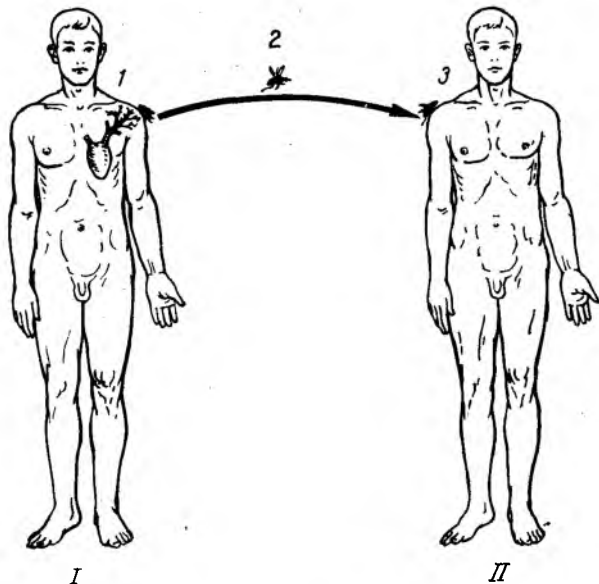


4-расм. Нафас йўллари инфекцияси кўзгатувчиларининг ўтиш механизми схемаси (Л. В. Громашевскийдан).

I - юкүм тушган организм; II - соғлом организм; 1-кўзгатувчиларнинг юкүм тушган организмдан чиқарилиши, 2 - кўзгатувчиларнинг ташқи муҳитда бўлиши; 3- кўзгатувчиларнинг соғлом организмга тушиши.

Нафас йўллари инфекциялари. Бу хилдаги инфекцияларга кўзгатувчилари нафас йўлларининг шиллик пардаларида паразитлик қилувчи ва ташқи муҳитга йўталганда, аксирганда ва қаттиқ гапирганда, шовқинли нафас олишда шилликнинг майда заррачалари, балғам ва ҳоказолар билан ташқи муҳитга ажралувчи касалликлар киради.

Соғлом одамга касаллик юқори нафас йўллариغا инфекцияли шиллик заррачаси тушганда юқади (4-расм). Кўзгатувчилари ташқи муҳитга чидамсиз бўлган инфекцияларда касаллик бемор ёки ташиб юрувчи билан яқин мулоқотда бўлинганда юқади (кўкйўтал). Бошқа касалликларнинг кўзгатувчилари инфекция кўзгатувчилари манбаи бўлган хона ҳавосида маълум вақтгача сақланиб туриши мумкин. Шиллик, балғамнинг қуриган ҳолатдаги инфекцияланган заррачалари чанг билан яна ҳавога ўтиши мумкин. Ушбу гуруҳга кирувчи айрим инфекциялар бемор ёки ташувчиларнинг кир ич кийимлари, идиш-товоқлари, ўйинчоқлари орқали тарқалиши мумкин.



5- расм. Қон инфекцияси қўзғатувчиларининг ўтиш механизми схемаси.

I— юқум тушган организм; II— соғлом организм; 1- қўзғатувчиларнинг юқум тушган организмдан чиқарилиши; 2- қўзғатувчиларнинг бўғим-оёқли организмда бўлиши; 3- қўзғатувчиларнинг соғлом организмга тушиши.

Юқори нафас йўллари инфекцияларига кишиларнинг, айниқса, болаларнинг мойиллиги юқори бўлиши ва бемордан ҳамда ташиб юрувчидан соғлом кишиларга осонлик билан ўтиши сабабли уларнинг баъзилари билан аҳолининг деярли ҳамма қисми, айримлар кишиларнинг эса бир неча марта касалланиши кузатилади. Шу гуруҳдаги касалликларнинг бир қисми болалар инфекциялари (бўғма, қизилча, қизамиқ, кўкйўтал, эпидемик паротит, сувчечак, скарлатина) гуруҳига ажратилиб, улар билан асосан болалар касалланадилар ва оқибатда узоқ давом қиладиган инфекциядан сўнгги иммунитет ҳосил бўлади. Юқори нафас йўллари инфекцияларига қарши курашда асосий тадбир аҳолини айниқса, ёш болаларни специфик эмлаш йўли билан касаллик юқтирмаслик даражасини оширишдан иборат.

Беморларни ва инфекция ташиб юрувчиларни ўз вақтида аниқлаш ва қўзғатувчиларнинг ўтиш механизмини узиш чораларини қўллаш: аҳолининг зич яшашига қарши

курашиш, аэрация, биноларни шамоллатиш, симоб-кварц лампаларини қўллаш, маска, респираторлар тутиш, дезинфекция қилиш ва бошқалар жуда муҳимдир.

Қон инфекциялари. Бу гуруҳга қўзғатувчилари қон сўрувчи бўғимоёқлилар (бурга, бит, пашша, искабтопар, кана ва бошқалар) чақанда қонга ўтиб қоладиган ва кейинчалик қўзғатувчилари асосан қонда бўладиган юқумли касалликлар киради (5- расм.)

Кана тарқатувчи энцефалит, япон энцефалити ва бошқа қон инфекциялари учун уларнинг ташувчилари яшаши учун географияси, иқлими, тупроқ ва бошқа шароитлари билан таъминланган табиий ўчоқнинг бўлиши характерлидир. Бу касалликларда касалланишнинг авж олиши йилнинг иссиқ вақтларига, шу инфекцияларни ташувчилар (кана, искабтопар, пашша ва бошқалар) нинг жуда актив бўлган даврига тўғри келади.

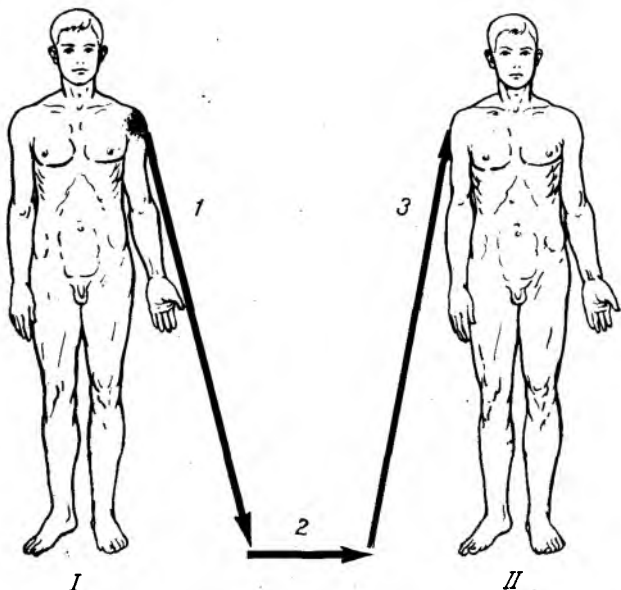
Қон инфекцияларига қарши курашиш табиий шароитларни ўзгартириш; гидромелиоратив ишларни амалга ошириш, ботқоқликларни қуритиш, инфекция ташувчилар урчидиган жойларни йўқотиш, пашша, искабтопар, кана кабиларни йўқотиш бўйича дезинсекция чораларини кўриш; инфекция манбаини даволаш, ажратиб қўйиш йўли билан юқумсизлантириш, профилактик даволаш ишларини олиб боришдан иборат.

Инфекция манбаи кемирувчилар бўлганда, уларни дератизация қилиш (қириб ташлаш) чоралари қўлланилади. Ушбу гуруҳнинг айрим касалликлари профилактикаси учун актив эмлаш қўлланилади.

Ташқи қопламлар инфекциялари. Ташқи қопламларга инфекция патоген қўзғатувчилар соғлом одам терисига ёки шиллиқ пардасига тушганда юқади (6- расм). Айрим инфекцияларда (қоқшол, дерматомикоз) қўзғатувчилар инфекция дарвозасида, бошқаларида (қуйдирги, сарамас, оксим ва бошқалар) тери қопламини шикастлаб организмга тушади ва қон орқали турли орган, тўқималарга киради.

Ташқи қопламлар инфекциясида қўзғатувчиларнинг ўтиш омиллари бўлиб, шиллиқ, йиринг ва тангачалар билан ифлосланган кўрпа-ёстиклар, идишлар, кийимлар, сув ва бошқалар хизмат қилади. Венерик касалликлар, кутуриш қўзғатувчилари ташқи муҳит объектлари иштирокисиз ўтади. Жароҳат инфекциялари учун травмалар натижасида келиб чиққан ташқи қопламлар бутунлигининг бузилиши характерлидир (қоқшол, сарамас).

Ташқи қоплам инфекцияларига қарши кураш бўйича асосий тадбирлар инфекция манбаини ажратиб қўйиш ва даволаш, дайди ит ва мушукларни йўқотиш, касал ҳайвон-



Ў- расм. Ташқи қоплам инфекцияси қўзғатувчиларининг ўтиш механизми схемаси (Л. В. Громашевскийдан).

I— юқум тушган организм; II— соғлом организм; 1- қўзғатувчиларнинг юқум тушган организмдан чиқарилиши; 2- қўзғатувчиларнинг ташқи муҳитда бўлиши; 3- қўзғатувчиларнинг соғлом организмга тушиши.

ларни аниқлаш ва йўқотиш, аҳолининг санитария маданиятини ошириш, турмушни ободонлаштириш, шахсий гигиенага риоя қилиш, травматизмга қарши курашиш, специфик профилактика ҳисобланади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА УЛАР БИЛАН КУРАШИШ ТАДБИРЛАРИ

Совет соғлиқни сақлашни ривожлантириш ва КПСС XXVII съезди ва КПСС Марказий Комитети январь (1987 й.) Пленуми қарорларига асосланиб, уни қайта қуриш истиқболларида ғоят қисқа муддатларда мавжуд камчиликларни бартараф қилиш ва аҳоли соғлиғини муҳофаза қилишни тиббиёт фани ютуқларининг юқори даражасида таъминлаш масаласи кўзда тутилган.

Шу мақсадда соғлиқни сақлашни режалаштириш ва ташкил қилиш системасини яхшилаш, моддий-техникавий базасини мустаҳкамлаш, соғлиқни сақлаш муассасаларини

техник қайта қуроллантириш, юқори малакали кадрлар тайёрлашни амалга ошириш зарур.

Соғлиқни сақлашнинг энг долзарб масалаларига инфекция касалланиш, болалар ўлими даражасини пасайтириш, оналик ва болалиқни муҳофаза қилишни яхшилаш киради.

Ўн иккинчи беш йилликнинг охиригача 300 минг ўринли касалхоналарни реконструкция қилиш, 2000 йилга бориб, бу рақамни бир миллионга етказиш керак. Биринчи навбатда инфекция касалхоналар ва туғрукка ёрдам берадиган муассасалар реконструкция қилинади. КПСС XXVII съездининг халқ фаровонлигини тобора ошириб бориш ва совет соғлиқни сақлашини ривожлантиришга доир қарорларнинг бажарилиши инфекция касалликларни профилактика қилиш ва уларга қарши курашиш дастурини белгилаб беради.

Юқумли касалликлар профилактикаси ва уларга қарши курашиш тадбирлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши ва тарқалиб кетишининг олдини олишга қаратилган давлат соғломлаштириш тадбирларини ўтказиш;

2) юқумли касалликлар билан касалланишни камайтириш ва айримларини йўқотишга қаратилган тиббий тадбирлар қўллаш;

3) аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишлари олиб бориш ва уни юқумли касалликларнинг олдини олиш ёки уларнинг тарқалиб кетишини чеклайдиган тадбирларда қатнаштириш;

4) юқумли касалликларнинг мамлакатга четдан олиб келинишининг олдини олиш тадбирларини ўтказиш.

Халқ фаровонлигининг ошиши, аҳолининг шинам тураржой, бепул тиббий хизмати билан таъминланиши, маданиятнинг ривожланиши ва бошқалар халқ хўжалигини ривожлантиришнинг давлат режалари орқали амалга оширилади. Умумдавлат тадбирларига, шунингдек, юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишининг олдини олишга қаратилган эҳтиётдан ўтказиладиган санитария назорати кириб, шунга мувофиқ тураржой, саноат объеклари, савдо ва умумий овқатланиш шохобчалари, коммунал иншоотлар, болалар ва даволаш муассасаларини қуришда юқумли касалликларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишининг олдини олишга, меҳнат ва турмушда энг яхши шароитларни барпо қилишга доир санитария талаблари ҳисобга олинади.

Юқумли касалликларга қарши курашишнинг махсус профилактик тадбирлари тиббий ходимлар томонидан амал-

га оширилади ва улар профилактик, эпидемияга қарши тадбирларга бўлинади. Профилактик тадбирлар юқумли касалликлар бор-йўқлигидан қатъи назар ўтказилади. Бундай тадбирларнинг асосий вазифаси юқумли касалликларнинг олдини олишдир. Юқумли касаллик пайдо бўлгандан кейин эса эпидемияга қарши тадбирлар зарурий бўлиб қолади.

Юқорида айтилганидек, эпидемик жараён ривожланиши учун учта асосий омил: инфекция манбаи, қўзғатувчиларнинг ўтиш механизми ва унга мойил аҳолининг бўлиши шарт. Юқорида кўрсатилганлардан бирортасининг бўлмаслиги эпидемик жараённинг тўхташига олиб келади, шунинг учун ҳам профилактика ва эпидемияга қарши кураш тадбирлари инфекция манбаини юқумсизлантиришга, қўзғатувчиларнинг ўтиш йўллари кирқишга ва аҳолининг касал юқтирмаслик қобилятини кучайтиришга қаратилиши керак.

Инфекция манбаини зарарсизлантириш. Баъзи бир юқумли касалликларда (қизамик, кўкйўтал, ичбуруғ, вабо) бемор қўзғатувчиларни касаллик яширин даврининг охири кунларида ёки касалликнинг 1-куни ажрата бошлайди, шунинг учун беморларни ўз вақтида аниқлаш жуда катта аҳамиятга эга. Беморларни актив аниқлаш тиббий ташкилотлар (шифохона, поликлиника, амбулатория, соғлиқни сақлаш пунктлари) кенг тармоғи тиббий ходимлари томонидан амалга оширилади. Тиббий ходимларнинг аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишини олиб боришлари беморларнинг врачга эрта мурожаат қилишларига имкон беради. Эпидемиялар вақтида шу мақсадда медицина ходимлари ёки жамоат санитария вакиллари хонадонлар ва квартираларни ҳар куни айланиб юришини ташкил қиладилар.

Юқумли касалликка диагноз клиник маълумотларга, эпидемиологик анамнезга ва лаборатория текширувларига асосланиб қўйилади. Юқумли касаллик диагнози қўйилган барча беморлар мажбурий қ а й д қ и л и н и ш и ва ҳ и с о б г а о л и н и ш и зарур. Юқумли касалларнинг рўйхатга олиниши врач ёки ўрта тиббий ходимнинг барча юқумли касалликларда ёки уларга шубҳа туғилганда тўлдириладиган ва шошилиш равишида (24 соатгача) санитария-эпидемиология станциясига жўнатиладиган «Юқумли касаллик тўғрисида, овқатдан, касбга алоқадор ўткир заҳарланиш, эмлашга ғайри-табiiй реакция тўғрисидаги шошилиш хабарнома»га (№ 058/у формаси) асосан олиб борилади. СЭС (санитария-эпидемиология станцияси) га оператив суратда хабар етказиш учун яхшиси

юқумли касаллик туғрисида телефон орқали маълумот берилади ва шошилиш хабарнома жўнатилади.

Фельдшер-акушерлик пунктларида, колхоз туғруқ-хоналарида, фельдшер здравпунктларида юқумли касаллик аниқланганда шошилиш хабарнома варақаси икки нусхада — бири СЭС учун, иккинчиси ана шу пунктдаги врачлик даволаш муассасаси учун тўлдирилади. Юқумли карантин инфекциялар (тоун, вабо, сарик иситма) ҳолларида эса соғлиқни сақлашнинг маҳаллий органлари жорий қилинган тартибда ССЖИ Соғлиқни сақлаш министрлигига хабар қилишлари шарт.

Юқумли касалликлар билан касалланган беморлар даволаш-профилактика муассасаларида ва санитария-эпидемиология станцияларида «Юқумли касалликларни рўйхатга олиш журнали» (№ 060/у рўйхатга олиш формаси) да қайд қилинади. Қуйидаги юқумли касалликлар: ич терлама, А ва В паратифлар, сальмонеллез, бруцеллез, ичбуруғ, ингичка ва йўғон ичак яллиғланиши (энтеритлар, энтероколитлар, колитлар, газроэнтероколитлар), 1 ёшгача болалардаги ичак коли-инфекцияси, вирусли гепатит, скарлатина, дифтерия, кўкўтал, қизамиқ, менингококк инфекцияси, туляремия, қоқшол, куйдирги, лептоспироз, ўткир полиомиелит, энцефалитлар, лейшманиоз, сувчечак, эпидемик паротит, қутуриш, орнитоз, геморрагик иситма, тошмали терлама ва бошқа риккетсиозлар, безгак, юқори нафас йўлларидаги ўткир инфекциялари, грипп, қизилча, юқумли мононуклеоз, оксим, трихинеллез, листериоз, 1 ойликкача бўлган болалардаги сепсис албатта қайд қилинади ва индивидуал ҳисобга олинади.

Юқори нафас йўлларидаги ўткир инфекциялари ва гриппга шошилиш хабарнома тўлдирилмайди, балки якуловчи диагнозни қайд қилиш статистик талони тўлдирилади (№ 025 — 2/у формаси). № 85-грипп формасида даволаш-профилактика муассасаларида ҳар ойлик маълумот умумлаштирилади. Ҳар ярим йиллик ва йил якунида рўйхатга олинган юқумли касалликнинг умумий сони алоҳида ҳисоблаб чиқилиб, № 85-форма бўйича ярим йиллик, ойлик ва йиллик статистик ҳисобот тузилади.

Беморларнинг ўз вақтида ажратиб қўйиши ҳам катта аҳамиятга эга. Албатта, касалхонага ётқизиладиган беморларга тоун, вабо, тошмали ва қайталама терлама, ич терлама, паратиф, вирусли гепатит, дифтерия билан касалланганлар киради. Юқумли беморлар махсус транспортда ташилади, транспорт ҳар гал дезинфекция қилинади («Дезинфекция»га қ.). Юқумли касалхона қабулхона бўлимида ёки касалхона юқумли касалликлар бўлими

қабулхонасида бемор санитария обработкаси (ишлови) дан ўтказилади, уни тегишли бўлимга ёки ажратиб қўйилган палатага ёки боксга ётқизилади (номуълум диагнозда, аралаш инфекцияда). Стационарда юқумли касаллик тарқалиб кетишининг олдини оладиган тегишли режимга риоя қилинади. Инфекция манбаи бўлган беморларни юқумсизлантириш учун даволаш белгиланади. Бир қатор касалликларда (скарлатина, колиэнтеритлар, ичбуруғ ва ҳоказо) уйда ажратиб қўйиш кенг қўлланилади. Бундай ҳолда оила аъзоларига касаллик юқишига қарши тадбирлар (кундалик дезинфекция, санитария-оқартув ишлари) қўлланилади. Бундан ташқари, беморлар доимо тиббий назорат остида бўладилар.

Юқумли касалликлар билан оғриб ўтганлар стационардан касаллик клиник белгилари йўқолгандан сўнг қўзғатувчиларни ташиб юришга текширилиб, ҳар бир касаллик учун белгиланган ажратиш муддатига риоя қилинган ҳолда касалхонадан чиқарилади. Масалан, дифтерия билан оғриб ўтганлар клиник соғайгандан ва томоқ, ҳалқум ажралмаларидан контрол учун олинган суртма бактериологик текширилганда икки марта манфий натижа бергандан сўнг стационардан чиқарилади. Ич терлама, паратиф, сальмонеллез, ичбуруғ ва бошқа юқумли касалликлар билан оғриб ўтган реконвалесцентлар даволаш-профилактика муассасаларида диспансер ҳисобида турадилар. Кузатув муддати касалликка боғлиқдир.

Т а ш и б ю р у в ч и л а р хусусидаги тадбир уларни аниқлаб, ажратиш, даволаш ва текширишдан иборат. Бутун аҳолини ташувчиликка текшириб чиқишнинг иложи йўқлигидан теварак-атрофдагилар учун хавф туғдириши мумкин бўлган шахсларнинг ўзини (болалар муассасаларига, озиқ-овқат муассасаларига ва уларга тенглаштирилган жойларга ишга кирувчилар) текшириш билан кифояланиб қолинади. Ич терлама, паратиф, ичбуруғ ва бошқалар билан оғриб ўтган реконвалесцентларни планли равишда текшириш зарур. Эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ қуйидаги шахслар касаллик ташувчилар сифатида текширилишлари керак: а) ич терлама, паратиф, ичбуруғ, дифтерия ва менингококк инфекцияси билан оғриган беморларга дуч келганлар; б) анамнезидаги ич терлама, паратиф, ичбуруғ билан оғриб ўтганлар; в) инфекция ўчоғида инфекция манбаи деб гумон қилинганлар. Аниқланган инфекция ташиб юрувчилар даволашнинг охиригача ва ташувчанликка бир неча марта текшириб бўлгунча озқ-овқат корхоналарида ва болалар муассасаларида ишлашдан четлаштирилади. Хроник ташиб юрувчилар эса

озик-овқат маҳсулотлари, болалар коллективи ва ҳоказолар билан боғлиқ бўлмаган ишга ўтказилади. Ташиб юрувчилар даволаш-профилактика муассасаларида ва санитария-эпидемиология станцияларида ҳисобда турадилар ва белгиланган муддатгача кузатиб ва текшириб туриладилар. Инфекция манбаини юқумсизлантиришда ю қ у м л и к а с а л л и к л а р к а б и н е т и к а т т а а ҳ а м и я т г а э г а. Кабинет участка врачларига касаллик диагностикасида, беморнинг атрофидаги одамларга эпидемияга қарши тадбирлар ўтказишда, реконвалесцентларини кузатишда, аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб боришда ёрдам беради.

Инфекция манбаи бўлган ҳ ай в о н л а р г а тегишли тадбирлар турличадир. Хўжаликда қимматли, фойдали уй ҳайвонларига нисбатан комплекс санитария-ветеринария тадбирлари қўлланилади. Бруцеллёз билан оғриган уй ҳайвонларини сўйишга топширилади. Манқа билан оғриган отларни йўқ қилиб ташланади. Касалланган ҳайвонлардан олинган маҳсулотлар ва хом ашёларни махсус қайта ишлаш лозим. Касал ҳайвонлар топилган хўжаликларда кундалик дезинфекция ўтказилади. Иқтисодий жиҳатдан қиммати бўлмаган ёввойи ҳайвонлар қириб ташланади ва одамларнинг улар билан контактда бўлишини чекловчи тадбирлар қўлланилади.

Инфекция ўтиш йўллари узиб қўйиш тадбирлари. Қўзғатувчиларнинг тиш механизмини узиб қўйиш инфекция ўтказиш омилларига таъсир этиш билан олиб борилади. Ичак касалликларида хасталик фекал-орал (нажасоғиз) механизм орқали юқиши туфайли қўзғатувчиларнинг сув, озиқ-овқат маҳсулотлари, ифлос қўллар орқали организмга тушишига қарши чоралар кўрилиши керак бўлади. Юқумли касалликларнинг пайдо бўлиш ҳолларидан қатъи назар, умумий санитария чоралари ҳамма ерда доимий олиб борилади.

Юқумли касалликлар тарқалиб кетишининг олдини олишда коммунал санитария соҳасидаги чоралар: аҳоли яшаш жойларини ободонлаштириш, уларни планлаштириш, турар жойларнинг қурилиши, водопровод ва канализация мавжудлиги катта роль ўйнайди. Сув билан таъминлашни доимий назорат қилиш, сув олинадиган жойни тўғри танлаш, у зонани санитария жиҳатидан қўриқлаш, сувни тозалаш ва юқумсизлантириш муҳим профилактик чоралар ҳисобланади. Эпидемиологик жараён кечишига шунингдек ахлат, чиқиндиларни, канализация сувларини йиғиб, чиқариб ташлаш, зарарсизлантириш, тупроқнинг ифлосланишининг олдини олиш таъсир кўрсатади. Тупроқни чи-

киндилардан ифлосланишдан мухофаза қилиш ва яшаш жойларини ўз вақтида тозалаб туриш — пашшаларга қарши курашишнинг ҳал этувчи чораларидир.

Деярли барча ичак инфекциялари овқат маҳсулотлари орқали тарқалиши мумкин. Озиқ-овқат маҳсулотларининг санитария назорати овқат маҳсулотлари етказилишининг ҳамма босқичларида: тайёрлашда, қайта ишлашда, ташишда, сақлашда, овқат сифатида ишлатишда ва ҳоказоларда ифлосланишининг олдини олишдан иборат. Умумий овқатланиш шохобчаларида, озиқ-овқат маҳсулотлари билан савдо қилишда ва озиқ-овқат саноати корхоналарида озиқ маҳсулотлари сақланиши ва кулинария қайта ишланишининг гигиеник нормалари бузилиши сальмонеллез, ичбуруғ, ич терлама, паратиф ва ҳоказо инфекцияларнинг кўплаб тарқалишига олиб келади.

Аҳоли санитария маданиятини юксалтириш катта аҳамиятга эга. Бунга даволаш-профилактика муассасалари, санитария-эпидемиология станциялари, санитария маорифи уйлари ходимлари ва санитария активининг санитария-оқартув ишларини ўтказиши билан эришилади.

Н а ф а с й ў л л а р и н ф е к ц и я л а р и д а кўзғатувчилар инфекция манбаидан унга мойил кишиларга осонликча ўтади. Бунда аҳоли зичлигига қарши кураш, бинолар инсоляцияси, даволаш-профилактик ва болалар муассасаларида ҳавони дезинфекция қилиш учун симобкварц лампаларини ишлатиш, зарур бўлганда респираторлар тутиш асосий чоралар ҳисобланади.

Қ о н и н ф е к ц и я л а р и д а кўзғатувчи қон ва лимфа системасида, баъзан эса ҳар хил органларда жойлашади. Уларнинг бемор организмдан ташқарига чиқиши ва унга мойил бўлган бошқа организмга ўтиши қон сўрувчи бўғимоёқлилар ёрдамида амалга оширилади. Бундан ташқари, бемор киши қонини бошқага куйилганда, юкумли касалликдан ўлган мурдаларни ёришда ва кемирувчилар терисини ажратиш вақтида жароҳатланишда, қон томирлар бутунлиги бузилиши билан ўтадиган медицина муолажаларида кўзғатувчиларни юктириш мумкин.

Кўпгина қон инфекцияларининг табиий ўчоқли бўлиши характерлидир. Битлардан ўтадиган инфекциялар бундан мустаснодир.

Халқ хўжалигини планли ривожлантириш бизнинг мамлакатимизда аҳолини табиий ўчоқли инфекциялардан ҳимоя қилишда мақсадга мувофиқ соғломлаштириш чораларини қўллашга имконият яратмоқда. Суғориш системаларини куриш, ботқоқликларни куриштириш, янги ерларни ўзлаштириш каби халқ хўжалиги тадбирлари ва уларни

тиббий тадбирлар комплексида олиб бориш Совет ҳокимияти йилларида тоун касаллигининг бутунлай йўқ қилинишига, кана орқали юқадиган энцефалит ва бошқа юқумли касалликларнинг камайишига имкон берди.

Қон инфекциялари профилактикасида бўғимоёқлиларни биноларда ва оқиқ жойларда инсектицид препаратлар ёрдамида қириб ташлаш ва репеллентлар (чўчитувчи воситалар) қўллаш муҳим ўрин эгаллайди.

Аҳолининг моддий фаровонлиги, меҳнат ва турмуш шароитларининг яхшиланиши, ҳаммомлар, кирхоналар, сартарошхоналар сонининг кўпайиши, уларнинг санитария-гигиеник ҳолати устидан назорат қилиш қайталама терлама касаллигининг тугатилишига имкон берди.

Ташқи қопламлар инфекцияларида ҳар бир касаллик турли қўзғатувчиларининг турмуш ва меҳнат шароитига мувофиқ равишда ўзига хос ўтиш усули билан характерланади. Бундай ўтиш механизмидаги узилишга аҳолининг умумий санитария маданиятини юксалтириш, шунингдек, яшаш ва ишлаш шароитларини яхшилаш билан эришилади. Жароҳат инфекциялари ўтишидаги механизмни тугатиш чоралари саноат, турмуш, кўчадаги ва бошқа шикастланишларни профилактика қилишга қаратилган.

Аҳоли ўртасида юқтирмаслик қобилиятини кучайтириш тадбирлари. Аҳолининг касаллик юқтирмаслик қобилиятини кўтариш учун турмуш шароитини, овқатланишни, жисмоний тарбия, организмни чиниқтиришни яхшилаш билан бирга профилактик эмлаш йўли билан организмда специфик иммунитет ҳосил қилиш керак. Жуда кўп юқумли касалликлар билан оғригандан сўнг худди ана шу касаллик инфекциясига нисбатан юқтирмасликнинг пайдо бўлиши қадим вақтлардан бошлаб сезилган. Шарқ (Ҳиндистон, Хитой) халқларида эпидемиялар вақтида хавfli касалликлардан сақланиш учун унинг енгил формаси билан касалланиб ўтишга интилиш бўлган. Чинчечакда бунга беморнинг чечак пустиласи ичидаги суюқликдан олиб териға ишқаш (вариоляция), бемор ажратган тери пўстлоқчаларини ютиш, чечак пўстлоқчалари билан ифлосланган бемор кийимларини соғлом болаларга кийдириш ва ҳоказолар билан эришилган.

Европада юқумли касалликларни сунъий юқтирмасликка уриниш XVIII асрга тааллуқлидир. Вариоляция методи Англия, Германия, Италия, Франция, Россия ва бошқа мамлакатларда қўлланилган. Мана шу методни бошқа касалликларда қўллашга ҳам уриниб кўрилди. Масалан, Д. С. Самойлович кишиларни тоунга қарши эмлашда

тоун бўлган бемор бубонлари ажралмаларидан фойдаланиш ғоясини олға сурди.

Сунъий эмлаш таълимотида ҳақиқий бурилиш инглиз врачлари Эдуард Женнер томонидан қилинган, у кишиларни чечакка қарши эмлаш учун чечак билан касалланган сизир пустуласидан фойдаланган.

Тирик куйдирги вакцинасини Луи Пастер қўзғатувчиларни юқори ҳароратда ўстириш йўли билан олган. Тавсия қилинган ана шу принципда тирик вакциналар олиш бошқа олимлар томонидан ҳам фойдаланилган. Сафро-картофелли муҳитга экилган қўзғатувчини бир неча йил ўстириш йўли билан сил қўзғатувчисининг вирулентлигини камайтиришга эришилган.

Микроорганизмларни мақсадга мувофиқ ўзгартириш ва вирулентлиги паст ва иммуногенлиги энг юқори штаммларни селекцион танлаш усули кенг тарқалган. Сунъий актив иммунитет ҳосил қилишда вакцина ишлатилган (лотинча *vassa* — қорамол, *vaccina* — қорамол чечаги), уни биринчи марта Э. Женнер яратган, шу усулда эмлаш методи эса вакцинация дейилади.

Юқумли касалликлар профилактикасида қуйидаги препаратлар қўлланилади: кучсизлантирилган патоген бўлмаган тирик қўзғатувчилардан тайёрланган тирик вакциналар; юқумли касалликлардаги патоген қўзғатувчиларнинг жонсизлантирилган экмаларидан тайёрланган — жонсизлантирилган вакциналар; ҳар хил кимёвий усуллар билан микроорганизмлардан ажратиб олинган антигенлар — кимёвий вакциналар; юқумли касаллик қўзғатувчилари токсинларини формалинда зарарсизлантириб олинган анатоксинлар.

Вакциналар монопрепарат кўринишида (битта юқумли касалликка қарши эмлаш учун) ва аралаштирилган препаратлар (бир неча юқумли касалликларни эмлаш учун) ҳолида қўлланилади. Адсорбент (депонент) сифатида алюминий гидроксид ишлатилади. Адсорбцияли вакциналар организмда кучли иммунитет ҳосил қилишни таъминлайди, чунки антиген юборилган жойда секин-аста сўриладиган депо ҳосил қилади.

Тирик вакциналар полиомиелит, қизамиқ, грипп, сил, бруцеллёз, тоун, туляремия, куйдирги, Ку иситмаси, тери лейшманиози, эпидемик паротит ва бошқаларда специфик профилактика учун қўлланилади.

Микроорганизм штаммларидан олиниб тайёрланган тирик вакциналар ўлдирилган кимёвий вакциналарга нисбатан кўпроқ фойдалидир; тирик вакциналарни организмга юборилгандан кейинги иммунитет инфекциядан

сўнги иммунитетга яқин туради. Тирик вакциналарни организмга бир марта қуйидаги усуллар билан: териға, тери остига, оғиз бўшлиғи ва бурун бўшлиғига юборилади. Жонли вакциналарнинг камчилиги уларни 4—8°C дан ошмаган ҳароратда сақлаш ва ташиш зарурлигидир.

Ўлдирилган вакциналар антиген хусусияти етарлича юқори вирулент штаммлардан тайёрланиб, ич терлама, паратиф, вабо, грипп, кўкйўтал, каналар юқтирадиган энцефалит ва бошқалар профилактикаси учун ишлатилади. Ўлдирилган вакциналар тайёрлашда микроорганизм туриға қараб улар активлигини камайтиришнинг у ёки бу усуллари: формалинда, ацетонда, спиртда, мертиолатда қайта ишлаш ёки қиздириш қўлланилади. Ўлдирилган вакциналар ичида юқори таъсирчан препаратлар бўлишиға қарамай, улар тирик вакциналарға нисбатан камроқ фойдалидир. Ўлдирилган вакциналар тери остига, адсорбция қилинган вакциналар мушак орасига юборилади. Ўлдирилган вакциналар тирик вакциналарға нисбатан чидамлидир. Уларни 2° дан 10°C ҳароратда сақлаш мумкин.

Кимёвий вакциналар микроб ҳужайраларидан кимёвий усулларда ажратиб олиниб, ўзининг иммунологик хусусиятлари жиҳатидан актив специфик антиген ҳисобланади. Актив профилактика учун кимёвий ажратилган вакцина ич терлама, паратиф ва бошқа инфекцияларға қарши қўлланилади.

Анатоксинлар — бўғма, қоқшол, вабо, ботулизм ва бошқа касалликлар микроблари ишлаб чиқарган экзотоксинни формалинда зарарсизлантириб олинади. Дифтерия ва қоқшолға қарши анатоксин адсорбция (тозаланган) ҳолда қўлланилади: адсорбция қилинган дифтерия-қоқшол анатоксини (АДС), адсорбция қилинган дифтерия анатоксини (АД), адсорбция қилинган қоқшол анатоксини (АС). Анатоксинлар юқори таъсирчанлиги билан ажралиб туради.

Юқорида кўрсатилган вакциналарнинг организмға юборилишиға жавобан маълум касалликка қарши актив иммунитет ҳосил бўлади. Тирик вакциналар билан эмлашда организмда 6 ойдан 5 йилгача сақланадиган иммунитет вужудға келади. Ўлик вакцина билан эмланганда иммунитет даври бир неча ойдан 1 йилгача бўлади.

Пассив иммуниш (эмлаш) учун иммун зардоблар ва улардан ажратиб олинган актив фракциялар, асосан иммуноглобулинлар ишлатилади. Иммун зардоб ва иммуноглобулинлар ортиқча эмланган отлар қонидан, шунингдек касалланиб ўтган беморлар ёки эмланган одамлар қонидан

олинади. Пассив эмлаш (иммунолаш) шошилинич профилактика мақсадида, касаллик юқиб қолганда ёки юққан деб тахмин қилинганда ҳамда айрим юқумли касалликларни даволаш учун қўлланилади. Иммуно зардоб ва иммуноглобулин таъсири 2—4 ҳафта давом этади. Уларни организмга мушак ичига юборилади.

Айрим юқумли касалликларни профилактика қилиш мақсадида бактериофаг қўлланилади. Бактериофаглар айрим бактерияларнинг турлари ва ҳатто типлари учун қатъиян спецификдир.

Шундай қилиб, организмга турли препаратлар юборишнинг қуйидаги: парентерал (териға, тери ичига, тери остиға, мушак ичига), перорал ёки энтерал (оғиз орқали), интраназал (бурун орқали), аэроген (вакцина аэрозолларини нафасга олиш) усуллари қўлланилади.

Парентерал усул билан эмлаш ўтказилганда стерилликка ва вакцина инъекция қилишга тааллуқли қоидаларга риоя қилиш зарур. Турли конструкциядаги игнасиз инъекторлар ёрдамида вакциналар юбориш методи кенг қўлланилади, бунда препаратлар тери ичига, тери остиға ва мушак ичига юборилади.

Вакциналар суюқ, драже ва таблетка ҳолида бўлса, уни сув билан ичиш зарур.

Тирик вакциналар организмга кўпинча бир марта, ўликлари — икки, уч марта 7 кундан 10 кунгача ёки 30 кундан 40 кунгача интервал билан юборилади. Эмлашдан сўнг организмда иммунитетни сақлаб туриш учун ревакцинация ўтказилади. Турли юқумли касалликларда ревакцинация муддатлари турлича, бир неча ойдан 5 йилгача бўлади. Эмлашнинг таъсирчан чиқишида неча марта эмланиши, улар оралиғидаги муддатга риоя қилиниши, вакцина дозаси, унинг сифати, сақлаш ва ташиш шароитлари ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Эмланиши керак бўлган кишиларни саралашда тўғри келмаслик ҳоллари назарда тутилади. Индивидуал тўғри келмаслик (ёқмаслик) вакцина юбориш методига, касаллик борлигига, реконвалесценция даврига, олдинги ўтказилган эмлаш ва бошқаларга боғлиқдир.

Эмлашни врач ёки ўрта медицина ходими ўтказди. Бунда эмланувчи батафсил текширилиб, унда вакцинацияга монеликлар, дориларга, овқат маҳсулотлаиға ва бошқаларга аллергик реакция бор-йўқлиги аниқланади.

Вакцинани профилактик қўлланишга асосий монеликлар қуйидагилар: 1) ўткир иситмали касалликлар; 2) яқин кунлар ичида юқумли касаллик билан оғриганлик; 3) хроник касалликлар: сил, юрак пороклари, буйрак, жигар,

меъда ва бошқа ички органларнинг оғир касалликлари; 4) ҳомиладорликнинг иккинчи ярми; 5) кўкрак билан овқатлантиришнинг биринчи даври; 6) аллергик касалликлар ва ҳолатлар (бронхиал астма, қандайдир озик-овқат маҳсулотларига юқори сезувчанлик ва ҳоказо) киради.

Эмлаш эмлаш пунктларида ўтказилади. Қишлоқ жойларида эмлаш даволаш-профилактика муассасаларида ёки алоҳида тайёрланган вақтинчалик эмлаш пунктларида ўтказилади. Эмлашни уйда ўтказиш қатъиян маън қилинади.

Эмлаш организмда реакция пайдо қилиши мумкин. Умумий реакция: умумий ҳолсизлик, ҳарорат кўтарилиши, кўнгил айнаши, бош оғриғи ва бошқалар билан, вакцина юборилган ерда маҳаллий реакция (гиперемия, шиш, инфилтрат, регионар лимфаденит) фарқ қилинади. Айрим ҳолларда вакциналар билан эмлангандан сўнг патологик жараён вужудга келади, уни вакцина қилингандан кейинги асорат деб саналади.

Вакцина қилингандан кейинги асоратлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади: 1) эмлаш оқибатида келиб чиқувчи асорат; 2) эмлаш вақтида асептика бузилиши билан боғлиқ асорат; 3) организмда мавжуд бўлган касалликнинг авжланиши.

Вакциналашдан сўнги асорат профилактикаси асептикага қатъий риоя қилиш, эмлаш муддатига риоя қилиш, ўз вақтида патологик ҳолатларни (камқонлик, рахит, тери касалликлари ва ҳоказолар) даволаш, эмлашга бўлган монеликларни ўз вақтида топиш, бемор ва камқувват кишиларни ундан озод қилишни ўз ичига олади. Эмлашга бўлган кучли реакцияларнинг ҳамма ҳодисалари тўғрисида дарҳол маҳаллий санитария-эпидемиология станциясига хабар бериш керак. Тери устига қилинган вакцина ҳамавақт ҳам яхши натижа беравермайди. Шунинг учун ҳам вакцинадан эмланганлик текшириб кўрилади. Текшириш муддати қайси юқумли касалликка қарши эмланганлигига боғлиқ. Масалан, куйдиргига қарши эмлашда эмланганликни 2—3 кундан сўнг аниқлаш мумкин.

Эмлаш планли равишда ва эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ олиб борилади. Бутун мамлакат бўйлаб қатъий тартибда планли эмлаш сил, дифтерия, қоқшол, кўк-ўғтал, полиомиелит, қизамик, эпидемик паротит касалликларига қарши, шунингдек, баъзи бир юқумли касалликларга қарши айрим районлар ёки аҳоли гуруҳларига касаллик бор-йўқлигидан қатъи назар олиб борилади. Эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ эмлаш у ёки бу касалликнинг бевосита тарқалиш хавфи бўлганда ўтказилади.

Профилактик эмланиши лозим бўлган кишилар сонига

караб препаратларнинг керакли миқдори ҳисоблаб чиқилади. Препаратларни вакцина ва зардоб институти, эпидемиология, микробиология, гигиена институтлари таъминлаб туради. Эмлаш планида уларнинг ўтказилиш вақти, эмланиши лозим бўлган контингент ва уни ўтказадиган ходимлар кўзда тутилади. Ҳамма эмлашлар профилактик эмлаш журналида (Об4/у формаси), боланинг ривожланиш тарихи (112/у формаси), профилактик эмлаш ҳисобот картаси (Об3/у формаси) да қайд қилинади. Катта ёшдагилар учун профилатик эмлашни ҳисобга олишнинг асосий ҳужжати профилактик эмлашни ҳисобга олиш журнали ҳисобланади.

Эмлаш натижаларига баҳо беришда (таъсирчанлигини ҳисобга олиш) касалланишни аҳолининг эмланган ва эмланмаган (контроль группа) гуруҳлари ўртасидаги тафовутни солиштириш керак, бунда фақат касалланганлар сони эмас, балки иммунитет реакцияларини текшириш натижалари (агглютинация реакцияси, комплементни боғлаш реакцияси ва ҳоказо) ва тери аллергик синовлари ёрдамида касаллик кечишининг оғир-енгиллиги ҳам ҳисобга олинади.

Эмлаш планининг бажарилишини санитария-эпидемиология станциялари олиб боради, уларга даволаш-профилактика муассасалари 86-формаси бўйича ҳар ой (кейинги ойнинг 4-кунидан кечикмай) ҳисобот жўнатиб туради. Ҳисоботга фақат тугалланган вакциналаш ва ревакциналаш киритилади. Комплекс вакцина билан эмлаш ўтказилганда эмлаш ҳақидаги маълумотда бу формага эмлашнинг ҳар бир тури алоҳида кўрсатилади.

Профилактик ва эпидемияга қарши тадбирлар комплекслиги тўғрисида тушунча. Ҳамма юкумли касалликларда инфекция манбаини зарарсизлантириш, уларнинг ўтиш механизмини узиш ва аҳолининг юқтирмаслик қобилиятини кўтаришга қаратилган эпидемияга қарши чоралар комплексини бир вақтнинг ўзида ўтказиш зарур. Бундан ташқари, эпидемияга қарши тадбирлар режалаштирилганда юкумли касаллик характериға ва конкрет шароитға қараб асосий тадбирлар танланади. Бошқа тадбирлар жуда муҳим бўлсада, ёрдамчи роль ўйнайди. Масалан, аҳолини мунтазам ёппасига вакцинациялаш ер куррасининг ҳамма жойида чечакнинг йўқ қилинишиға имкон берди. Тошмали ва қайталама терламада эса инфекция манбаини тугатиш ва аҳоли ўртасида бит босишни йўқотиш асосий тадбирлар бўлиб ҳисобланади.

Ўчоқдаги эпидемияга қарши тадбирлар. Ўчоқда эпидемияга қарши олиб бориладиган тадбирлар натижаси кўпроқ бемор аниқланган муддат ва уни атрофдагилардан ажратиб қўйишға боғлиқ бўлади.

Ўчоқ характеридан (оилавий, квартирали, уюшган коллективдаги) қатъи назар, тадбирлар беморга, у билан мулоқотда бўлган шахсларга ва атроф шароитга нисбатан олиб борилади. Беморга нисбатан қуйидаги эпидемияга қарши тадбирлар қўлланилади: касалликни аниқлаш, қайд қилиш, хабар бериш, атрофдагилардан ажратиб қўйиш ва специфик даволаш. Аниқланган бемор ёки юқумли касаллик борлигига тахмин қилинган шахс ҳисобга олиниб, касалхонага ётқизилади ёки уйида бошқалардан ажратиб қўйилади.

Ўчоқни эпидемиологик текшириш шошилинич хабарнома олингандан сўнг врач-эпидемиолог, эпидемиолог ёрдамчиси (санитар-фельдшер), санитария врачлари, улар бўлмаганда эса қишлоқ участка врачлари томонидан олиб борилади. Эпидемиологик текшириш тўғрисидаги барча маълумотлар «Юқумли касаллик ўчоғини эпидемиологик текшириш картаси»га, юқумли касаллик гуруҳига биноан алоҳида формага (357-у формасига) ёзилади. Эпидемиологик текширишнинг мақсади — инфекция манбаини ва унинг тарқалиш йўллари аниқлаш; ўчоқ чегарасини белгилаш; дезинфекция қилинадиган атроф муҳит объектларини аниқлаш; бемор билан алоқадор бўлган шахсларни аниқлаш; ўчоқ жойлашган ер ва уни йўқотиш режаларини тузишдан иборат.

Ўчоқни эпидемиологик текшириш юқумли касаллик чиққан жойни (квартира, ётоқхона, уюшган коллектив), юқумли касалликларни ҳисобга олиш журнали, уй дафтари картотекаси, болалар муассасалари картотекаси, инфекция ташиб юрувчилар картотекаси, ҳайвонлар орасида юқумли касалликлар билан касалланиш тўғрисидаги маълумотлар ва бошқа материалларга қараб текширишдан бошланади.

Инфекция манбаини топишда беморни, унинг оила аъзоларини, касалликкача алоқада бўлган шахслардан сўраб-суриштириш ҳам ёрдам беради. Сўров ёрдамида беморнинг оила аъзолари ичида, квартирада, ишда ёки болалар муассасаларида, қариндошларда беморлар билан алоқадор бўлганлиги аниқланади. Беморнинг касалликкача бирор ерга борганлиги, қариндошлари, танишлари келганлиги тўғрисида ҳам маълумотлар олинади.

Бемор касбини, иш, уй ва овқатланиш шароитини билиш жуда муҳимдир.

Эпидемиологик текширишнинг сифати кўпинча савол-жавоб шакли ва ўринли ўтказилишига боғлиқ. Аввал планли равишда савол-жавоб ўтказиб, сўнгра эпидемиологик карта тўлдириш тавсия этилади.

Касаллик турига қараб тегишли объектлар текширилади. Масалан, ичак инфекцияларида сув билан таъмин-

ланиш манбаи, овқат тайёрланадиган ва сақланадиган жойлар, канализация бўлмаган жойларда чиқиндилар ташланадиган жойлар (ҳожатхона, кир ўраси, ахлат ташланадиган баклар ва ҳоказолар), пашшалар борлиги, территориянинг тозаланишини кўриб чиқиш керак. Ҳочда яшайдиган шахсларнинг санитария маданияти ҳисобга олинади.

Микробиологик текшириш учун материал бемордан, у билан алоқадор бўлган шахслардан, зарурат бўлган ҳолларда ҳайвонлардан, атроф муҳитдан (сув, овқат маҳсулотлари, жиҳозлар чайиндиси, ҳайвонлардан олинган маҳсулотлар ва бошқалар) олинади.

Зарурият бўлган ҳолларда ҳар хил иммунитет реакциялари, тери аллергик синамалари, мойил ҳайвонларга экспериментал юктириш ва ҳоказолардан фойдаланилади.

Беморлар билан алоқадор бўлганлар (оилада, квартирада, коллективда) янги касалланганларни эртароқ аниқлаш мақсадида атрофлича синчковлик билан медицина назоратига олинади. Назорат характери ва муддати юқумли касаллик характериға боғлиқдир. Масалан, ич терлама ўчоғига тиббий ходимлар ҳар куни (25 кун давомида) қатнаб сўраб-суриштирадилар, ҳароратни ўлчайдилар, вирусли гепатит ўчоғига ҳафтада 1 марта (45 кун давомида) қатнайдилар. Ичбуруғ ўчоғида эса нажас характериға аҳамият берилади. Касаллик ўчоғида бактерия ташиб юрувчилар топилса, ҳамма мулоқотда бўлган шахслар бактерия ташиб юрувчиларни топиш учун микробиологик текширишдан ўтказилади.

Озиқ-овқат корхоналари ишчилари ва уларға тенглаштирилган ходимлар¹, болалар муассасаларига қатновчи болалар инфекция туриға қараб маълум муддатға ажратиб қўйилиши лозим. Вабо ва тоун юз берган тақдирда бемор билан мулоқотда бўлганларнинг ҳаммаси махсус ажратиб қўйилган изоляторларға жойлаштирилиши, кузатилиши, профилактик даволаниши лозим.

¹ Озиқ-овқат корхоналари ходимлари ва уларға тенглаштирилган шахсларға қуйидагилар киради: 1) озиқ-овқат корхоналари, умумий овқатланиш объектларида, озиқ-овқат маҳсулотлари савдосида ишловчилар, сут фермаси, сут кухняси, сут заводларида ишловчилар ва бошқалар, овқат маҳсулотларини бевосита қайта ишловчилар, сақловчилар, ташувчилар, сотувчилар ҳамда инвентарларни ва жиҳозларни ремонт қилиб берувчи ходимлар; 2) болалар ва даволаш муассасаларида кишиларни бевосита овқатлантириш билан шуғуланувчи ходимлар; 3) водопровод қурилмаларида ишловчилар ва сувни кўриқлаб, етказиб беришға масъул кишилар.

Бемор касалхонага ётқизилгунча бўлган хонада ёки уйида кундалик дезинфекция ўтказилади («Дезинфекция» га қаралсин). Госпитализация қилингандан сўнг ёки бемор уйида қолдирилган бўлса, у тузалгандан кейин якунловчи дезинфекция ўтказилади. Агар касаллик тирик ташиб юривчилар орқали (тошмали терламада, қайталама терламада — битлар, тоунда — бургалар) ўтса, инфекция ўчоғида дезинфекция, тоун, туляремия ўчоғида дератизация (кемирувчиларни қириб ташлаш) ўтказилади.

Юқумли касалликлар ўчоғида тиббий ходимлар санитария-оқартув ишларини олиб борадилар. Беморлар билан мулоқотда бўлган шахслар орасида олиб борилган суҳбатларда улар касалликнинг биринчи белгиларини, бундай ҳолларда нималар қилишлари кераклигини, ана шу касалликнинг олдини олиш (профилактикаси) учун қандай чоралар кўриш кераклигини гапириб берадилар.

Ўчоқни маълум жойдан нарига ўтказмаслик ва уни йўқ қилиб ташлаш учун специфик профилактика ўтказилади. Профилактик эмлаш кўрсатмага мувофиқ ҳамма аҳолига ёки бемор билан мулоқотда бўлганларнинг ўзига ўтказилади. Масалан, туляремия касаллигининг қайта тарқалиши хавфи туғилса, специфик иммунлаш аҳоли яшайдиган пунктнинг ҳамма аҳолисига баробар ўтказилади.

ТАКРОРЛАШ УЧУН САВОЛЛАР

1. Эпидемик жараён омилларини санаб ўтинг, унга қисқача таъриф беринг.
2. Кўзгатувчиларнинг бир организмдан иккинчисига ўтиши ва аралашуш фазаларини айтиб беринг.
3. Юқумли касаллик кўзгатувчилари ўтишида қандай асосий омиллар роль ўйнайди?
4. Инфекция манбаини зарарсизлантириш, уларнинг ўтиш йўлларини қирқиш учун қандай чоралар кўрилади?
5. Аҳолининг касаллик юқтирмаслик қобилиятини ошириш учун қандай чоралар қўллаш керак?
6. Юқумли касалликлар профилактикаси учун қандай вакциналар ишлатилади?
7. Вакцинани организмга юборишнинг қандай усуллари бор? Вакциналаш, ревакциналаш? Профилактик эмлаш ўтказилишига асосий монеликларни санаб чиқинг.
8. Эмлашни ким ва қаерда ўтказилади? Вакцина юборишдан сўнги асоратлар, сабабларини тушунтиринг.
9. Ўчоқда эпидемияга қарши қандай тадбирлар олиб борилади? Беморлар билан мулоқотда бўлганлар хусусида қандай чоралар ўтказилишини санаб беринг.

Дезинфекция турли объектларда ва ташки муҳитда юқумли касаллик кўзғатувчиларини йўқотиш (ёки четлатиш) усуллари ва воситаларини ўрганеди.

Ҳозирги вақтда дезинфекция тўғрисидаги тушунча уч бўлимни ўзига бирлаштиради: 1) дезинфекциянинг ўзи; 2) дезинсекция — юқумли касалликларни ташувчи бўғим-оёқлиларни йўқотиш, 3) дератизация — кемирувчиларни йўқотиш.

Инфекцияни ўтиш механизмига боғлиқ ҳолда фақат дезинфекция (нафас инфекцияларида); дезинфекция ва дезинсекция (ичак инекцияларида); дезинсекция (тошмали терлама, безгакда); дезинфекция, дезинсекция ва дератизация (тоунда) қўлланилади.

Дезинфекция билан бир қаторда стериллаш ҳам мавжуд. Стериллаш (инглизча *sterile* — наслсиз) — бирор муҳитда ёки предметда патоген ва нопатоген миробларни спора ташиб юрувчилари билан биргаликда бутунлай йўқ қилиб ташлашдир. Стериллаш — даволаш-профилактика ва бошқа муассасаларда хирургик, гинекологик, стоматологик ва бошқа асбобларни, аппаратларни, боғлов ва тикиш материалларини, ич кийимлар ва бошқаларни, микробиология амалиётида эса лаборатория идишлари, асбоблари ва ўстириш муҳитларини микроблардан тозалаш мақсадида қилинади.

Стериллашдан аввал ҳамма буюмлар дезинфекция қилинади ва «Биолот», «Астра», «Лотос», «Триас-А», пергидрол, дезоксон ва бошқа препаратлар эритмаси ёрдамида стериллашдан олдинги тозалашдан ўтказилади.

Дезинфекция бир неча усулларда ўтказилади. Шиша, металл буюмлар, иссиққа чидамли полимер материаллар, резина қайнатиш ёрдамида 30 минут давомида қайнатиш асбобларида, 20 минут давомида $110 \pm 2^\circ$ ҳароратда юқори босимда ишлайдиган буғ стерилизаторларда дезинфекция қилинади.

Аппарат, асбоблар ва ҳоказоларни стериллаш учун марказлаштирилган стериллаш хоналари ташкил қилинган.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Дезинфекциянинг ўзи икки хилга бўлинади: ўчоқли ва профилактик.

Ўчоқли дезинфекция оилада, болалар муассасасида ёки бошқа жойларда инфекция пайдо бўлганда ўтказилади. Ўчоқли дезинфекция ўтказилиш вақти ва мақсадига қараб

одатдаги (кундалик) ва якунловчи дезинфекцияларга бўлинади.

О д а т д а г и (кундалик) д е з и н ф е к ц и я — мунтазам амалга оширилиб юкумли касаллик билан оғриган бемор ёки инфекция ташиб юрувчининг маълум хона ичида бўлган даврининг бошидан охиригача олиб борилади. Одатдаги дезинфекциянинг мақсади инфекция тарқалиб кетишининг олдини олишдир.

Беморни касалхонага ётқизиш кечиктирилса ёки уйда қолдирилса, уни алоҳида хонага жойлаштирилиб, ётган каравоти кўчма парда билан тўсиб қўйилади. Юкумли касаллик билан ётган бемор хонасида энг зарур нарсаларгина қолдирилади. Бемор алоҳида сочик, идиш, тувак ёки судно билан таъминланган бўлиши керак. Ичак инфекциялари бўлганда бемор чиқиндилари (нажас, сийдик, қайт қилинган масса) куруқ хлорли оҳакка аралаштирилади (чиқиндининг $1/5$ ҳажмида) ёки 10—20% хлорли оҳак эритмаси ёки 5% ли хлорамин ёки лизол эритмаларининг икки марта кўп миқдордаги эритмаси қуйиб юборилади. Хона ичи 2—3 марта ҳўлланган латта билан тозаланadi ва шамоллатилади. Тозалаш 2% ли қайноқ совун-содали эритма ёки 0,2% ли хлорамин эритмаси ва ҳоказолар билан ҳўлланган латталар билан ўтказилади. Хлорамин эритмасининг концентрацияси қўзғотувчиларнинг дезинфекция воситаларига нисбатан сезувчанлигига боғлиқ. Бемор фойдаланган идишлар қайнашга бошлаган вақтдан бошлаб, 15 минут давомида қайнатилади. Дезинфекция беморни парвариш қилаётган шахс (батафсил йўл-йўриқ кўрсатилгач) ёки даволаш-профилактика муассасалари тиббий ходимлари томонидан ўтказилади.

Я к у н л о в ч и д е з и н ф е к ц и я қўзғотувчилари ташқи муҳитга чидамли юкумли касалликлар (ич терлама, вирусли гепатит, вабо, дифтерия, полиомиелит, тоун ва бошқалар) ўчоғида ўтказилади. Якунловчи дезинфекция паразитар терламада ва карантинли инфекцияларда беморни эвакуация қилиш билан бир вақтнинг ўзида, бошқа инфекция ўчоқларида бемор эвакуациясидан сўнг шаҳар жойларида 6 соатдан, қишлоқларда 12 соатдан кечиктирмай ўтказилади. Ичак инфекциялари ўчоғида бемор госпитализациясидан сўнг, агар бемор уйда қолдирилган бўлса, у тузалгандан ёки вафотидан сўнг дезинфекциядан ташқари дезинсекция (пашшаларни қириб йўқ қилиш) ўтказилади. Якунловчи дезинфекция беморга жавоб берилгандан сўнг, юкумли касалхонада (бўлимда), юкумли беморни болалар муассасаси ва ҳоказолардан чиқариб юборилгандан сўнг ҳам ўтказилади. Якунловчи дезинфекцияни санитария-эпи-

демиология станциясининг дезинфекция бўлими, дезинфекция станцияси ёки кишлоқ участка касалхонаси маълум тартибда бажаради.

Ўчоққа келгандан сўнг дезинфекция ишлари ҳажми белгиланади, шундан сўнг дезинфекция эритмаси тегишли концентрацияда (қўзғатувчиларнинг чидамлилигига қараб) бино ва маълум объектларни зарарсизлантириш учун тайёрланади. Ўчоқда пашшалар бўлса, эшик ва ойналарни ёлган ҳолда дезинсекция (пиретрум, дихлофос ва бошқалар) ўтказилади. Дезинсекция ўтказиб бўлингач, форточкалар очилади, камерада зарарсизлантириш учун буюмлар (кўрпа-ёстиқ, устки кийимлар, гиламлар ва юмшоқ ўйинчоқлар) танлаб олинади, қопчаларга солиниб, уларга тегишли хужжатлар тўлдирилади ва инфекция ўчоғидан олиб чиқилиб, дезинфекция қилишга киришилади. Дезинфекция куйидаги тартибда ўтказилади: йиғиштиришда ишлатиладиган инвентарь, бемор чиқиндилари, ифлос идишлар, овқат қолдиқлари, кийим-кечаклар, ўйинчоқлар, беморни парвариш буюмлари, мебель зарарсизлантирилади. Ҳамма объектлар зарарсизлантирилгандан сўнг инфекция турига қараб бемор ётган хона ва умумий фойдаланиш жойлари, пол ва деворлари дезинфекция эритмаси билан гидропульт ёрдамида ҳўлланади, сўнгра 30—50 минут ўтгач, дезинфекция эритмаларига ҳўлланган латталар билан артилади. Қўзғатувчиларининг чидамлилигига қараб индивидуал (шахсий) квартиралардаги жиҳозлар тиббий ходимларнинг алоҳида йўл-йўриқларидан сўнг аҳоли томонидан яқунловчи дезинфекция қилиниши мумкин. Яқунловчи дезинфекция сифати ва назоратини шаҳар дезинфекция станцияси ёки санитария-эпидемиология станцияларининг дезинфекция бўлими амалга оширади.

Профилактик дезинфекция юкумли касаллик бўлмаганда ҳам қилиниши керак. Профилактик дезинфекцияга даволаш-профилактика, болалар муассасалари ва умумий фойдаланиш жойларини 0,5% ли тозаланган хлорли оҳак эритмаси ёрдамида нам усулда кундалик тозалаш ҳамда сутни пастеризация қилиш, сувни хлорлаш, овқатланишдан олдин қўл ювиш ва бошқалар мисол бўла олади.

Дезинфекцияда механик, физик, кимёвий ва биологик усул ва воситалардан фойдаланилади.

Механик т о з а л а ш д а — кийим-кечакларни ювиш, қўл ювиш, полни супуриш ва ювиш, чангларни ҳўллаб артиш, пилесос қилиш ёрдамида чанг-ғубор билан бирга, қўзғатувчилар ҳам қисман чиқарилади.

Физик методлар ичида дезинфекция энг кўп қўлланилади, қайнатиш — кийим-кечаклар, идишлар, ичимлик

сув, озик-овқатлар, ўйинчоқлар, хирургик асбоблар, туфдонлар ва бошқаларни юқумсизлантиришнинг оддий усули сифатида қўлланилади. Қайнатиш вақтида 2% ли натрий гидрокарбонат (сода), совунли сода эритмаси билан 15 минут ва ундан ортиқроқ қайнатилса, унинг бактерицид кучи ортади. Қайнатиш вақти у ёки бу касаллик кўзгатувчисининг қайнатишга бўлган чидамлигига боғлиқ бўлади. Масалан, куйдирги касаллигида ифлосланган кийим-кечаклар, идишларнинг қайнатилиш вақти 60 минут. Ўлган кишилар ва ҳайвонлар мурдаси, ахлат, арзон материал, ишлатилган боғлов материали куйдириб ташланади.

Дезинфекция учун яна сув буғи ҳам ишлатилади. У тўқималар ичига кириб, микроблардан ташқари уларнинг спораларини ҳам йўқотиб ташлайди. Сув буғи махсус дезинфекцион камераларда ва автоклавда ишлатилади. Тўйинтирилган сув буғлари микробларга айниқса кучли таъсир кўрсатади.

70—80⁰С ҳароратда 30 минут давомида қиздириш (пастеризация қилиш) вегетатив формадаги микробларни ҳалокатга учратади, лекин споралардан тозаламайди.

Уй шароитларида нарсаларни икки томонлама иссиқ дазмол қилиш билан дезинфекция қилиш мумкин. Агар нарсаларга ҳўллаб дазмол урилса, янада фойдалироқ бўлади.

Даволаш-профилактика ва болалар муассасаларида, озик-овқат корхоналарида бинолардаги ҳавони зарарсизлантиришда ультрабинафша ва симобли-кварц лампаларидан фойдаланилади. Биноларда кишилар бўлганда соябонлар ёрдамида нурларни ҳавонинг қуйи ёки юқори қатламларига йўналтирилади.

Қуёшли кунларда унинг тик нурларидан фойдаланилади, улар кўпгина юқумли касалликлар кўзгатувчиларига ҳалокатли таъсир кўрсатади.

Дезинфекциянинг кимёвий усули — турли объектлар юзаси ва ичидаги, ташқи муҳит буюмларида ҳамда ҳар хил субстратлардаги (нажас, йиринг, балғам ва ҳоказо) кўзгатувчиларга нисбатан ҳар хил кимёвий моддалар қўлланиб, ҳалокатли таъсири билан ифодаланади.

Дезинфекция амалиётида дезинфекцияловчи кимёвий воситалардан кўпинча ўзида хлор сақловчи воситалар, фенол, кислоталар, ишқорлар, водород пероксид, формальдегид ва ҳоказолар қўлланилади.

Хлор сақлайдиган воситалар. Хлорли оҳак — кумоқ-кумоқ ок кукун бўлиб, унда хлорнинг ўткир хиди бўлади, сувда охиригача эримади. Актив хлор миқдори 36 дан 28% гача, лекин 25 дан кам бўлмаслиги

керак. Сақлаш вақтида хлор ўз активлигини бир оз йўқотади, шунинг учун усти яхшилаб беркитилиб, курук, қоронғи жойда сақланади. Тозаланган хлорли оҳак эритмаси концентрацияси зарарсизлантириладиган объект характерига ва қўзғатувчининг чидамлилигига қараб 0,2% дан 20% гача бўлади. Дастлабки 10% тозаланган хлорли оҳак эритмаси тайёрлаш учун 1 килограмм курук хлорли оҳакка 10 литргача ҳажмда совуқ сув қуйилади ва ёғоч таёқча билан аралаштирилади ва усти яхши беркитиладиган шиша ёки эмалли идишга қуйилиб тиндирилади. 1 суткадан сўнг тиндирилган эритма қалин матодан ўтказилиб, қолдиғи ташлаб юборилади. Тинитилган хлорли оҳак эритмаси албатта қорароқ тусдаги беркитиладиган идишларга солиниб, қўпи билан 6 кун сақланади.

Агар хлорли оҳакдаги актив хлор миқдори 25 процентдан кам бўлса (16% дан кам бўлмаса), ундан 10% ли тозаланган хлорли оҳак эритмаси тайёрлаш учун миқдорини қуйидаги формула ёрдамида топилади:

$$x = \frac{a \cdot 25}{b},$$

бунда x — талаб этиладиган хлорли оҳак миқдори; a — 10% эритма тайёрлаш учун ишлатиладиган 25% актив хлор сақлаган хлорли оҳак миқдори; b — хлорли оҳакдаги актив хлор проценти.

Курук хлорли оҳак, шунингдек ахлат (1 литрга 200 г порошок ҳисобида), сийдик (1 литрга 10 г ҳисобида) дезинфекциясида ишлатилади.

Саноатда оқловчи, ўтга чидамли оҳак ишлаб чиқарилади, уни курук жойда йиллаб сақлаш мумкин.

Х л о р а м и н (монохлорамин, дихлорамин) ўзида 24 дан 28,4% гача актив хлор сақлайди, сувда яхши эрийди. Хлораминнинг 0,2% дан 5% гача концентрациядаги эритмалари профилактик ва ўчоқли дезинфекцияда кенг қўлланилади. Сувдаги эритмаси бевосита дезинфекциядан олдин тайёрланади. Унинг активлиги 15 кунгача сақланади.

Дезинфекция амалиётида активлаштирилган эритмалар кенг қўлланилади. Активлаштирилган хлор препаратлари эритмалари хлорли оҳакка, гипохлорит кальцийга, хлораминга аммонийли бирикмалар — хлорид, сульфат, нитрат аммоний ва аммиак (10—20% концентрациядаги аммоний суви) қўшиш билан тайёрланади. Активлаштирилган хлор препаратлари эритмаларининг оддий эритмалардан фарқи шундаки, унда жадал кечувчи реакция оқибатида актив хлор тез ажралади ва у касаллик қўзғатувчиларигагина эмас, балки уларнинг спораларига ҳам нобуд қилувчи таъсир кўрсатади. Бу эса препаратларни кичик концентрацияларда оз миқдорда ишлатишга имкон беради.

С у л ь ф о х л о р а н т и н (иссиққа чидамли) — хлор ҳиди келадиган крем рангидаги кукун. 15,6% актив хлор сақлайди, қоронғу курук хонада 1 йилдан ортиқ активлигини йўқотмайди. Сульфохлорантин ўз активлиги бўйича хлораминдан 5—10 марта устунлик қилади. Уни 0,1—0,2% ли эритмалар кўринишида бактериал ва вирус этиологияли ичак ва томчи инфекциялари ўчоқларида кундалик ва якунловчи дезинфекция ўтказишда қўлланилади.

ДП-2 — хлор ҳиди келадиган оқ рангли кукун, 40% актив хлор сақлайди. Препаратни сақлаш муддати 3 йил. Сувли эритмаларини сутка мобайнида сақлаш мумкин. ДП-2

0,02—0,08% сувдаги эритмалар кўринишида қўлланилади. Препаратнинг 1 л ишчи эритма тайёрлаш учун зарур миқдори актив хлор миқдорига боғлиқ. Масалан, таркибида 40% актив хлор бўлганда 0,02% эритма тайёрлаш учун 1 л сувга 0,5 г препарат, 0,04% эритма тайёрлаш учун —1,0 г ва ҳоказо миқдорларда олинади. ДП-2 бактерия ва вирус этиологияли ичак, томчи инфекцияларида, замбуруғ касалликларида, куйдиргда, тоунда ва бошқаларда кундалик ва профилактик дезинфекция ўтказиш учун мўлжалланган.

ДП-2 препарати кўз ва юқори нафас йўлларидаги шиллик пардаларига ачиштирувчи таъсир кўрсатиши мумкин. Шунинг учун у билан ишлашда индивидуал ҳимоя чораларидан: халат, дуррача, қўлқоп, герметик кўзойнак, РУ—60М ёки РПГ-67 типидagi В маркали газ ниқоб патронли респиратордан фойдаланиш зарур.

Нейтрал кальций гипохлорит (НГК)— 50, 60, 70% актив хлор сақлаган I, II, III навли оқ рангли кукун. 1—5% эритмалар кўринишида одам яшамайдиган бинолар, ҳовлилардаги ускуналар ва шу кабиларни дезинфекция қилиш учун қўлланилади.

Кислород сақловчи препаратлар. Водород пероксид (пергидрол)—27,5—40% концентрацияда рангсиз тиниқ суюқлик ҳолида чиқарилади, ўз-ўзидан сув ва кислородга ажралади. 0,5—6% эритмалар сифатида ишлатилади. 3% ли суюқлик тайёрлашда 1 қисм пергидролга 9 қисм сув қўшилади, 6% эритмаси учун 2 қисм пергидрол ва 8 қисм сув олинади. Концентрланган водород пероксид куйдириши мумкин, шунинг учун у билан муҳофаза кийимида, кўзойнақда ва резина қўлқопда ишлаш керак.

Дезоксон-1—ўзига хос сирка ҳидига эга бўлган, рангсиз суюқлик. Сувда, спиртда ва бошқа эритувчиларда яхши эрийди. Бактерия ва вирус этиологиясига эга бўлган ичак ва ҳаво томчили инфекция ўчоқларида, даволаш-профилактика муассасаларида профилактик, одатдаги (кундалик) ва якунловчи дезинфекция учун унинг сувли эритмаси тайёрланган ҳамано ишлатилади, акс ҳолда актив таъсир этувчи моддаси йўқолади, медицинага хизмат қилувчи пластмасса, шиша, коррозияга чидамли металллардан тайёрланган буюмларни стериллашда қўлланилади. Ишчи эритмаси 0,05% дан 0,1% гача бўлади.

Фенол (кристалли карбол кислота) сувли эритма ҳолида (90 қисм фенол ва 10 қисм сув), яъни суюқ карбол кислотаси сифатида сақлаш қулай. 3—5% эритмаси клиник ва микробиология лабораторияларида зарарланган материалларни зарарсизлантиришда ишлатилади.

Лизол — кизил қўнғир рангли ёғсимон суюклик. Ўзида камида 47,5% эрувчи крезол, 50% га яқин яшил калийли совун ва сув сақлайди — заводда тайёрланади. 3—10% ли иссиқ сувли эритмаси ишлатилади.

Водород хлорид кислота юқумли касалликлар қўзғатувчилари ва уларнинг спораларига нобуд қилувчи таъсир кўрсатади. Куйдирги касаллигида тери пўстини зарарсизлантириш учун ишлатилади. Зарарсизлантириш учун кислота ва туз аралашмаси ишлатилиб, уни пикел, зарарсизлантириш усулини Эса пикелевание дейилади.

Азот (нитрат) кислота — 2% ли эритмаси соч-соқол учун ишлатиладиган чўткаларни зарарсизлантиришда қўлланилади, бунда у 2 соат давомида 40°C ҳароратда эритмага ботирилиб ушлаб турилади.

Ўювчи натрий (ёки каустик сода) сувда яхши эрийди. 1—10% ли иссиқ эритмаси куйдиргидан зарарсизлантириш учун озиқ-овқат корхоналари бинолари, омборхоналар ва ҳайвон маҳсулотлари сақланадиган ва қайта ишланадиган хоналарни зарарсизлантиришда ишлатилади.

Формалин формальдегиддан (40% эритмаси) заводда тайёрланади. У формалин буғи камераларида ва 2% ли формалин эритмаси ҳолида кимёвий толалар, приборлар ва шу каби нарсаларнинг дезинфекциясида ишлатилади.

Биологик усул микроб культураларини ўстиришда қўпроқ лаборатория шароитида қўлланилади. Масалан, кизамиқ қўзғатувчиларини овқатли муҳитда (казеин-қўмирли агар) ўстиришда ёш флора ўсишини тўхтатиш мақсадида пенициллин қўшилади.

ДЕЗИНСЕКЦИЯ

Бўғимоёқлиларга қарши курашиш тадбирларини икки гурпуга — профилактик ва қириб ташлаш хилларига ажратилади.

Профилактик дезинсекция чоралари бўғимоёқлилар қўпайишига ва уларнинг одам яшайдиган ва яшамайдиган биноларга кириб қолишига қарши қаратилган. Бўғимоёқлилар пайдо бўлиши ва қўпайишининг олдини олиш шахсий гигиена қоидаларига ҳамда тураржой гигиенасига риоя қилишдан иборат. Пашша, суварак ва ҳоказоларни ўзига жалб этувчи овқат маҳсулотларини тўғри сақлаш, овқат қолдиқларини, чиқинди ва ахлатларни ўз вақтида тўплаб, чиқариб ташлаш зарур. Юқорида кўрсатилган чораларни аҳолининг ўзи бажариши учун тегишли санитария оқартув ишларини олиб бориш керак. Бўғимоёқлилар (пашша, искабтопар, чивин, кана ва бошқалар) ни тураржойларга,

ишлаб чиқариш биноларига кириб қолишдан сақлаш учун тегишли қурилмалар ўрнатиш, тўғри планлаштириш ва жиҳозлаш, ойналарга тўр тутиш керак.

Қириб ташлаш чоралари бўғимоёқлиларни кўпайиб, чиқиш жойларида, учиб келиб одамлар атрофида, унинг таназида, биноларда, жиҳозларда ва турли нарсаларда йўқотишга қаратилган. Дезинсекциянинг қуйидаги усуллари фарқ қилинади: механик, физик, биологик ва кимёвий.

Механик дезинсекция усули пол ва деворларни сўпуриш, ҳовли майдончаларини йиғиштириш ва сўнгра ахлатларда ҳашаротларни қириб ташлашдан иборат бўлади. Бўғимоёқлилар бостириб келишидан сақланиш учун уларни қўрқитувчи воситалар, Павловский тўри ва ҳоказолар қўлланилади. Қанотли пашшаларни қириб ташлаш ёпишқоқ қоғозлар, хўракли пашша тутқичлар, қарсилдоқлар ёрдамида олиб борилади. Дезинсекциянинг механик усули бошқа усуллар билан биргаликда қўлланилади.

Физик усул қўллашда кўпроқ қимматсиз нарсалар, чиқиндиларни куйдириб ташлаш, қуруқ ёки намланган киздирилган ҳаво таъсири, сув буғлари, қайнатиш, кийимларни дазмоллаш ва бошқалар қўлланилади.

Биологик методлар асосан қишлоқ хўжалиги экинлари ва ўрмонлардаги ўсимликларнинг зараркунандаларини йўқотиш учун қўлланилади. Биологик воситаларга бўғимоёқлиларнинг касалликларини қўзғатувчи специфик сабабчилар — бактериялар, вируслар, замбуруғлар, оддий микроблар киради. Микроорганизмлар ишлаб чиқарадиган токсинлар асосида тайёрланадиган микробиологик «инсектицидлар» (дендробациллин, инсектин, токсобактерин, энтобактерин, турингин ва б.) кенг қўлланиляпти. Мамлакатимизда бактокумицид препарати топилган, у сув ҳавзаларига гектарига 0,5—2 кг ҳисобидан сепилганда чивин личинкаларини батамом қириб ташлайди. Препаратнинг қолдиқ таъсири 2 дан 10 суткагача давом қилади; у иссиққонли ҳайвонлар ва фойдали гидробионтлар учун кам токсинли. *Beauveria* туркумидаги замбуруғ спораларидан боверин препарати олиниб, ундан чивин личинкалари ва қишлоқ хўжалиги экинлари зараркунандаларини йўқотишда фойдаланилади. Бўғимоёқлилар учун патоген вируслар тадқиқ қилиняпти. Оддий микроблардан микроспоридия паразитлари энг кўп қўлланиляпти. Улар суварак, бурга, хонадон қандаласи, чивин, майда чивин, чигирткаларда паразит ҳолда яшайди.

Сув ҳавзаларида личинкахўрлар (гамбузия, йирткич балиқлар — ротан, амур чебаки, кул ранг голец) ва ўсимликхўр балиқлар (оқ амур, дўнгпешона ва б.) кўпайтири-

лади. Йиртқич балиқлар икра ва бошқа балиқ болаларини еб қўйиши мумкинлигини назарда тутиш лозим.

Генетик метод ҳашаротларни қисман ёки тўлиқ бепушт қилиб қўядиган физикавий (рентген нурланиши, кобальт —60 ёки цезий —139 гамма-нурланиши) ёки химиявий агентлар билан стериллаш йўли билан бўғимоёқлилар кўпайишини чегаралашдан иборат. Хемостериянтлар (диматиф, пашшалар учун ТЕОТЕФ, бисазир, чивинлар учун ТЕОТЕФ) хўрақларга қўшилади, юза сатҳларга, ғумбакларга сепилади ва ҳ. к. Суварак, бурга ва бошқа ҳашаротларни йўқотиш учун хемостериянтлар ишлаб чиқил-япти, бироқ ғоят заҳарли бўлганидан уларни қўлланиш қатор эҳтиёт чораларига риоя қилишни талаб этади.

Жинсий жалб этадиган моддалар — урғочи бўғимоёқ-лилар ажратадиган жинсий феромонлар ҳам қўлланилади. Ҳозирги вақтда феромонлар ҳашаротлар тутишда фойдала-ниладиган тузоқлардагина ишлатилиб келиняпти.

Кимёвий усулда ҳашаротларни йўқотиш учун ин-сектицидлар (лотинча *insectum* — ҳашарот), каналарни йўқотиш учун — акарицидлар (лотинча *acarina* — кана) ишлатилади. Бўғимоёқлилар личинкаларини йўқотиш учун қўлланиладиган кимёвий моддалар ларвицидлар (лотинча *larva* — личинка), тухумларини йўқотиш учун ишлатилади-ганлари овицидлар (лотинча *larva* — тухум дегани) деб аталади.

Инсектицидларни қўлланишнинг энг тарқалган форма-лари кукунсимон препаратлар (дустлар, гранулалар, нам-ланадиган кукунлар), эмульсияланадиган концентратлар, эритмалар, локлар, аэрозоллар, совун, шампун, тузоқлар ва бошқалар ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда тиббий дезинсекцияда: хлорорганик ва фосфорорганик бирикмалар, карбаматлар, пиретринлар ва синтетик пиретроидлар; бирикмаларнинг бошқа синфлари ва гуруҳларидан олинган моддалар қўлланилади.

Хлорорганик бирикмалар (ХОС) — контакт-ичак таъсири бўлган заҳарлар; биринчи навбатда бўғимоёқлиларнинг нерв системасига таъ-сир қилиб, фалажлайди, сўнгра ҳалокатга учратади.

Дилор (дигидрогептахлар) — кам токсинли сарғиш кристаллик модда, кумулятив хоссаларга эга, номланадиган кукунлар (80%) ва дустлар (10%) кўринишида чиқарилади.

ДДТ ва ГХЦГ токсинлиги ва кумулятив (йиғиладиган) хоссалари борлиги сабабли ҳозирги вақтда уларни қўлланиш ман қилинган.

Фосфорорганик бирикмалар (ФОС) — атроф муҳитда барқарорлиги кам, бироқ улар орасида иссиққонлилар учун юқори токсинли бўлган бирикмалар ҳам бор. Бу бирикмаларнинг кўп қисмида контакт ва ичак таъсири мавжуд, айримлари (ДДВФ, дибром) фумигантлар ҳисобланади.

Дифос (абат, темефос) — оқ кристаллик модда, намланувчан кукунлар (50%), эмульсияланадиган концентратлар (30—50%), гранула-

лар (10 %) кўринишида чиқарилади. Бурга, хонадон пашшаси, — қандала ва бошқаларни йўқотиш учун қўлланилади. Битлар, чивин личинкаларини йўқотиш учун шампунлар кўринишида ишлатилади (бир гектарга 20—40 г).

Д и а з и н о н (базудин) — мойсимон суюқлик, намланувчан кукунлар (40%), эмульсияланадиган концентратлар (60%), гранулалар (5—10%) ҳолида чиқарилади; таъсир доираси кенг; токсинлиги юқори.

Д Д В Ф (дихлофос) — рангсиз суюқлик, эмульсияланадиган концентратлар (50%) ва гранулалар (20%) кўринишида чиқарилади. Сувда эрувчанлиги —1%, керосинда —2,3%, токсинлиги юқори. Учиб юрадиган ҳашаротларни йўқотишда ишлатиладиган аэрозол баллонлар таркибига киради (дихлофос, неофос, нефрафос ва б.).

Д и б р о м (налед) — оқ кристаллик модда, эмульсия ҳосил қиладиган концентратлар (50%) ҳолида чиқарилади, сувараклар, пашшалар, қандалаларга қарши курашда ишлатилади.

К а р б о ф о с — рангсиз ёки сарғимтир суюқлик, эмульсия ҳосил қиладиган концентратлар (30—50%), дустлар (40%) кўринишида чиқарилади, кучли специфик ҳиди бор, сувда эрувчан (150 мг/л), токсинлиги ўртача. Қўш қанотли ҳашаротлар ва иксод каналарни йўқотиш учун қўлланилади (1% ли эмульсияси; 1 м² га 2—5 л).

М е т и л а ц е т о ф о с — рангсиз суюқлик, дустлар (5%) ҳолида чиқарилади. Суваракларни йўқотиш учун қўлланилади, 5% ли шампунлар, совун, мазлар таркибига киради, битлар, сиркалар ва личинкаларини йўқотиш учун мўлжалланган.

С у л ь ф и д о ф о с — рангсиз мой, эмульсия ҳосил қиладиган концентратлар кўринишида чиқарилади, токсинлиги ўртача, кумулятив хоссалари бор, личинкалар ва қанотланган қон сўрувчи ҳашаротлар, сувараклар, битларга қарши курашда ишлатилади.

Т р и х л о р м е т а ф о с - 3 в а **т р о л л е н** — эмульсия ҳосил қиладиган концентратлар ҳолида чиқарилади, иккала препарат пашша личинкалари, қандалалар, сувараклар, қанотланган қон сўрувчилар, иксод каналарга қарши курашиш учун қўлланилади (0,1—0,2% ли сувли эмульсияси; 1 м² га 50—100 мл).

Х л о р о ф о с — ҳидсиз кристаллик оқ модда. Техник хлорофос — оқимтир каттик модда, сувда 20°С ҳароратда 15% гача эрийди. 5—10% дуст, 1—4% сувли эритма, суспензия, овқатли хўрақлар, аэрозоллар, «мухомор» қоғоз ва бошқалар кўринишида фойдаланилади. Қолдиқ таъсир давомлиги 7 дан 30 кунгача.

Пашшалар, қандалалар, бургалар, сувараклар ва бошқа ҳашаротлар ва каналарга қарши курашда қўлланилади; бўғимоёқлилар тухумларига ҳалокатли таъсир кўрсатади.

Карбаматлар — карбамил кислота унумлари: дикрезил, байгон, фикам диоксакарб, севин ва б. Айрим карбаматларни қўлланиш чегараланган. Фикам кўпинча суварак, чумоли, қандала, бурга, пашша ва бошқа ҳашаротларни йўқотиш учун қўлланилади. Фикам билан артилган юзалар инсектицид активлигини бир неча ҳафтадан бир неча ойларгача сақлаб қолади. 20 ва 80% намланадиган кукунлар ҳолида чиқарилади.

Пиретринлар ва синтетик пиретроидлар. Синтетик пиретроидлар (неопинамин, перметрин, декаметрин ва б.) бўғимоёқлилар учун кучли таъсир кўрсатадиган нейротроп заҳарлар ҳисобланади, иссиққонли ҳайвонлар учун кам токсинли.

Неопинамин — 1% дуст (неопин ва неопинат), аэрозоллар кўринишида чиқариладиган оқ кристаллик модда. Хонадон қандаласи, пашша, суваракларни йўқотиш учун қўлланилади.

Декаметрин — оқ кристаллик модда, намланадиган порошок (2,5%), эмульсияланадиган концентрат, аэрозол баллонлар тўлдиргичи кўринишида чиқарилади. Артилган юзаларда ўз активлигини бир неча ой

мобайнида сақлаб қолади, таъсир доираси кенглиги билан ажралиб туради.

Перметрин — сарғиш-жигар ранг ёпишқок суюқлик, намланадиган кукун (25%), эмульсияланадиган концентратлар (25%) ва аэрозоллар кўринишида чиқарилади. Артилган юзалардаги қолдиқ таъсири 6 ойгача сақланади, пашшалар ва суваракларни йўқотиш учун қўлланилади.

Тиббий дезинсекция амалиётида бошқа химиявий бирикмалардан бура, борат кислота (сувараклар, сарик ва хонадон чумолиларини йўқотиш учун), бутадиион (битларни йўқотиш учун), керосин (бургалар, қандалаларни йўқотиш учун) қўлланилади.

Инсектицид активлигини кучайтириш мақсадида уларга синергистлар қўшилади. Сезам мойи, пиперонил-бутаксид ва бошқалар пиретроидларнинг синергистлари ҳисобланади.

Одамларни қон сўрувчи бўғимоёқлилар (газандалар, каналар, бургалар, искабтопарлар, чивинлар) ҳужумидан индивидуал ҳимоя қилиш учун чўчитадиган препаратлар — репеллентлар ва механик воситалар — ҳимоя кийимбош, тўр, пашшахона ва бошқалар қўлланилади.

Репеллентлар (ДЭТА-20, ДЭТА-30¹, ДМФ ва б.) терига ДЭТА лосьонлари; ДЭТА кремлари, РЕДЕТ кўринишида суртилади; кийимбош, пашшахоналарга ДЭТА, ДМФ ва бошқа препаратлар сақлаган аэрозол баллонлардан («Тайя», «Ретофезол», «Рефтамид ва б.) сепилади.

Кийимлар, тўрлар ва бошқа буюмларга репеллентнинг 20% сувли эмульсияси ҳам ишлатилади. Бунинг учун сирланган идишлардан фойдаланиб, буюмлар 10—15 минутага солиб қўйилади.

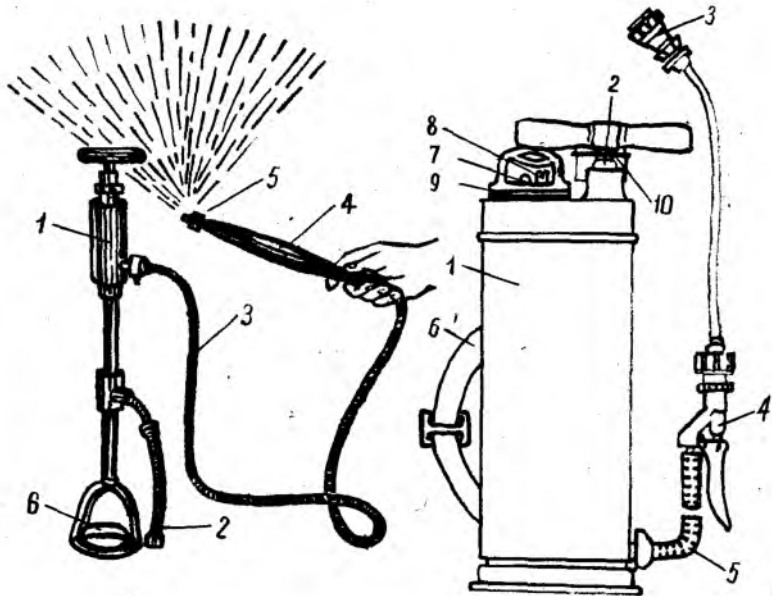
Сувли эмульсияси 1 м² матога 20 г репеллент ҳисобидан тайёрланади.

Дезинфекцион аппаратлар. Ишлов бериладиган юзаларга дезинфекция ва дезинсекция қиладиган сувли эритмалар ва суспензияларни тушириш учун гидропультлар, автомакслар, дезинфал, чанг ютгич, дастаки чанглатгич, латтадан фойдаланилади.

Очиқ табиатдаги катта майдонлар, майдони ва ҳажми катта ёпиқ бинолар, ҳовлидаги санитария мосламаларини дезинфекция қилиш учун гидравлик, пневматик ва пневмогидравлик пуркагичлари бўлган механизациялашган пуркагич аппаратлардан фойдаланилади. Улар электр двигателлар ёки ичдан ёнар двигателлар билан жиҳозланган.

Конструкцияси бўйича гидропультлар поршенли ва дастали турларга бўлинади. Поршенли гидропульт таъсир принципига кўра, дезинфекция қиладиган эритмани челакдан сўриб оладиган ва ҳайдаб берадиган дастаки насосдан иборат. Суюқликни тортиб олиш учун гидропульт эритмали челакка туширилади.

¹ Рақам концентрация фоизини кўрсатади.



7- расм. Дастанли гидропулыт.

1- корпуси; 2- сўриб оладиган ичаги; 3- ҳаво ҳайдовчи ичаги; 4- штангаси; 5- форсунка; 6- оёк учун таянчи.

8- расм. Автомакс.

1- корпуси; 2- насоси; 3- пуркагичи; 4- ишга солиш механизми; 5- ичаги; 6- елка учун тасмаси; 7- чиқарувчи клапани; 8- вентили; 9- ҳоққоғи; 10— манометри.

Эритма тортиб олинаётганда бевосита гидропулыт корпусига қабул қиладиган тўр орқали тушади. Найчанинг эркин учига пуркагич ўрнатилган бўлиб, у орқали дезинфекцияловчи эритма ҳаво босими остида пуркатади. Ҳавони дастаки усул билан ҳайдалади.

Дастанли гидропулыт (7-расм) поршенли туридан шу билан фарқ қиладики, поршенли штанга ўрнига дастаси бўлиб, дезинфекция қиладиган эритма шу мослама орқали тортиб олинади ва ҳайдалади.

Автомакс (8-расм) 7—8 литр ҳажмдаги металл ёки пластмасса резервуар, ҳаво насоси ва шланг, учига форсунка ўрнатилган ичи бўш штангадан иборат бўлади. Автомакс массаси дезинфекцион суюқликдан ташқари 7 килограмм. Автомакс кўчма аппарат бўлиб, елкага осиладиган тасма ёрдамида дезинфектор орқасига ўрнатилади.

Дезинфекция ва дезинсекция эритмалари билан ҳўлланган латталар билан сирланган мебелни артиб бўлмайти, чунки у бузилади. Уни «Полироль» билан артилади.

Ич кийимлар, устки кийимлар, кўрпа-тўшаклар, жунли буюмлар, қимматли китоблар, юмшоқ ўйинчоқлар ва бошқаларни дезинсекция ва дезинфекция қилиш учун дезинфекцион камералардан фойдаланилади.

Дезинфекцион камералар даволаш-профилактика ва эпидемияга қарши санитария муассасаларига, шаҳар ҳаммомларига, қишлоқ врачлик учатскаларига, саноат корхоналарига ўрнатилиб, саноат хом ашёсини ва ярим фабрикатларни зарарсизлантириш учун ишлатилади.

Дезинфекцион камералар дезинфекция воситаларига қараб қуйидаги типларга бўлинади:

1) иссиқ ҳаво камералари (С-1) — дезинфекция воситаси бўлиб иссиқ ҳаво хизмат қилади ва нарсаларга 90—93°С да ишлов берилади;

2) буғ камералари (Крупин камералари) — тўйинган сув буғлари 100°С ҳароратда нормал босимда ҳамда тўйинган сув буғлари 100°С дан юқори ҳароратда, яъни орттирилган босимда ишлатилади.

3) буғ-формалинли камералар (ДДА) буғли ҳаво-формалин аралашмасидан фойдаланилади. Камерада ҳарорат 58—59° ёки 49—51°С да сақлаб турилади. Шунинг учун бундай камераларда юқори ҳароратда бузиладиган буюмларга (теридан қилинган, жунли ва ҳоказолар) ишлов берилади;

4) газли камералар — газсимон кимёвий моддалар (хлорпикрин, цианплав, бромли метил, олтингугурт ва ҳоказо) ишлатилади.

Иссиқ ҳаволи ва газли камералар кўпроқ дезинсекция, бошқалари эса дезинфекция ва дезинсекция учун ишлатилади. Дезинфекция камераларининг стационар ва кўчма турлари бўлади.

ТАКРОРЛАШ УЧУН ТОПШИРИҚЛАР

1. Асосий дезинфекцион воситалар. Қуйидаги формада жадвал тузинг:

Препаратнинг номи ва қисқача таърифи	Дезинфекция амалиётида ишлатиладиган эритма концентрацияси, %
Мисол. Хлорамин (монохлорамин, дихлорамин) ўзида 24 дан 28,4% гача актив хлор сақлайди.	2—5

2. Асосий дезинсекция воситалари. Қуйидаги формада жадвал тузинг:

Препаратнинг номи ва қисқача таърифи	Дезинсекцияда қўлланувчи эритмалар концентрацияси, эмульсиялар, дуслар, %
--------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

3. Дезинфекцион камералар. Қуйидаги формада жадвал тузинг:

Дезинфекцион камера тип	Таъсир этувчи агенти ва ҳарорат шароити	Улардан қайси бири дезинфекция ва дезинсекцияда, қайсилари фақат дезинсекцияда ишлатилади.
-------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

ДЕРАТИЗАЦИЯ

Кемирувчилар тоун, туляремия, лептоспироз, геморрагик иситма, лейшаманиоз ва ҳоказо касалликларнинг инфекцион манбаи ҳисобланади. Эпидемик нуқтаи назардан уй сичқонлари, чўл сичқон, кулранг ва қора каламушлар, кичик юмронқозик, суғур, катта кумсичқон, сув каламуш ва ҳоказолар айниқса хавфли ҳисобланади.

Кемирувчиларга қарши курашда профилактик ва қиргин чоралари қўлланилади.

Профилактик чораларга озиқ-овқат маҳсулотлари, уларнинг қолдиқларини кемирувчилар туша олмайдиган жойларда тўғри сақлаш, уй-жой, омборлар, базалар ва бошқа иншоотлар қурилишида кемирувчилар кира олмайдиган техник чора-тадбирлар қўлланиш киради.

Кемирувчиларни **қириб йўқотишда** механик, кимёвий ва биологик методлардан фойдаланилади.

Механик метод ўзи мустақил ёки кимёвий, биологик методлар билан биргаликда қўлланилади. Кемирувчиларни йўқотишда қармоқлардан, пружинали қопконлардан, сичқон тузоқларидан, ўзи ушлаб қолувчи бочкалардан ва бошқалардан фойдаланилади.

Кимёвий методда нафас йўллари ва ичак йўллари таъсир этувчи захарли моддалар ишлатилади. Нафас йўллари таъсир этувчи захарли моддалар вагонлар, складлар, кемалар ҳамда дала шароитида уяларга ишлов беришда ишлатилади. 1 куб метр бинога ишлов беришда 60—100 грамм сульфид ангидрид, 45 грамм хлорпикрин, 700 грамм карбонат ангидрид ишлатилади, экспозиция вақти 2 соатдан 12 соатгача. Ичакларни захарловчи моддаларни эса тузоқни захарлаб қўйишда

ишлатилади. Тузоқ сифатида эса нон ушоги, бўтқа, хамир, қайнатилган сабзавот, дон, ун ва бошқалар ишлатилади. Кемирувчиларни жалб қилиш учун тузоққа кунгабоқар мойи, гўшт ёки балиқ қиймаси, шакар қўшилади.

Заҳарланган тузоқлар тайёрлашда ҳамда уялар ва сувни чанглатишда крисид, зоокумарин, дифенацид, ратиндан, пивалилиндандион, барий сульфат, рух фосфид, тиосемикарбазид, маргимуш препаратлари ва ҳоказолар қўлланади.

Инсон ва ҳайвонлар учун кўпроқ хавфлиси рух фосфид ва маргимуш препаратлари, камроқ хавфлиси крисид, зоокумариндир. 1 килограмм тузоқ учун ишлатиладиган заҳарли модда миқдори унинг қандай заҳарлигига, қайси шароитда қўлланишига ва қандай кемирувчиларга қарши ишлатилишига боғлиқдир. Масалан, зоокумарин, тиосемикарбазид, рух-фосфид 50 грамм миқдорда қўшилади.

Заҳарланган тузоқлар алоҳида жиҳозланган ва ажратиб қўйилган биналарда, алоҳида тайёргарликдан ўтган шахслар томонидан тайёрланади.

Биологик метод кемирувчиларни қириб ташлашда бактериологик культуралар ва кемирувчиларнинг табиий душманларидан — мушук, итлар, йиртқич ҳайвонлар (сассиқ кўзан, тулки) ва ёввойи қушлар (бургут, бойўғли ва ҳоказо) дан фойдаланилади.

Ҳозирги вақтда бактериал культурадан Исаченко (каламуш тифи культураси) ва Мережковский (сичқон тифи культураси) кенг қўлланилади. Бактериал культуралар (қуруқ ва суюқ ҳолда) озик тузоқлари сифатида ишлатилади. Бактериал культураларни кемирувчиларни қириш мақсадида даволаш муассасаларида, озик-овқат корхоналарида, умумий овқатланиш муассасаларининг озик-овқат маҳсулотлари сақланадиган жойларида қўллаб бўлмайди.

АЙРИМ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ДЕЗИНФЕКЦИЯСИ

Ичак инфекциялари. Ич терлама, паратифлар, сальмонеллезлар, бактериал ичбуруғ, гастроэнтерит, колит, иерсиниоз, сохта сил, эшерихиоз, вирусли гепатит А, полиомиелит ва бошқа энтеровирус инфекциялари ўчоқларида албатта яқунловчи дезинфекция ўтказилади.

Ич терлама, паратиф, сальмонеллезлар, ичбуруғ, гастроэнтерит ва колит, токсик диспепсия, эшерихиоз ва вабо ўчоқларидаги яқунловчи дезинфекцияда куйидаги объектлар зарарсизлантирилиши керак:

Бемор ажратмалари (нажас, сийдик, кусук массаси) кўмилиб, қуруқ хлорли оҳак билан ёки қуруқ, оқ-

ловчи, юқори ҳароратга чидамли оҳак ёки НГК билан 1:2 нисбатда (бир қисм препаратга 2 қисм ажралма) аралаштирилади ва 30 минут ушлаб турилади; ажралма билан дезинфекция моддасининг 1:5 нисбатида эса 60 минут ушланади; ДХК дан фойдаланганда (100 г/кг ҳисобида) 2 соат ушланади, сўнгра канализацияга оқизилади. Агар ажралма намлиги кам бўлса, унга 1:4 нисбатда сув қўшилади. Ажралмалар идишлари (тунги туваклар, судно, челақ, бак ва ҳоказолар) куйидаги эритмалардан бирига солинади: а) 3% ли хлорамин эритмаси, 3% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси, 3% ли тиниқлаштирилган оқловчи, юқори ҳароратга чидамли оҳак эритмаси, 0,5% ли активлаштирилган хлорамин эритмаси, 1,5% ли НГК эритмасида 30 минут; б) 0,3% ли НГК нинг натрийли (калийли) эритмаси, 1% ли тиниқлаштирилган оқловчи, температурага чидамли оҳак эритмасида, 1% ли хлорамин эритмасида, 1% ли хлордезин эритмасида — 1 соат; в) 0,1% ли сульфохлорантин эритмасида 2 соат ушланади; зарарсизлантирилгандан сўнг сувда ювиб ташланади.

Бемор бўлган х о н а ва умумий фойдаланиш жойлари (пол, бемор каравоти турган томондаги девор ва 1,5 метр балангликдаги санузелда) гидропульт ёрдамида 250—300 мл/м² ҳисобида дезинфекцияловчи эритма сепилади ёки дезинфекцияловчи эритма билан ҳўлланган латта билан артилади; 1% ли хлорамин эритмаси, 1% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, 1% ли тиндирилган юқори ҳароратга чидамли оқловчи оҳак эритмаси; 1% ли хлордезин эритмаси, 0,2% ли сульфохлорантин эритмаси, 1% ли дезам эритмаси қўлланилганда 1 соатдан сўнг ёки 3% ли хлорамин эритмаси (0,5% ли активлаштирилган хлорамин), 3% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси, 3% ли оқловчи юқори ҳароратга чидамли оҳак эритмаси, 3% ли дихлор — 1 эритмаси, 1% ли ИГК НГК эритмаси ишлатилганда 30 минутдан сўнг йиғиштириш мумкин.

Пардозланган мебель «Полироль», пардозловчи мой, вазелин мойи ва бошқалар билан ҳўлланган латтада артилади.

Санитария узеллар эшиклари, девори, поли, унитазларига юқорида кўрсатилган эритмалардан бири 500 мл/м² ҳисобидан сепилади ва 30 минутдан сўнг дезинфекцияловчи эритмага ҳўлланган латта билан артилади. Ҳовлидаги санузел юзасига куруқ хлорли оҳак 0,5 кг/м² ҳисобида сепилади, девори, поли ва бошқаларга 10% ли хлорли оҳак эритмаси ёки оқловчи юқори ҳароратга чидамли оҳак эритмаси, 5% ли НГК эритмаси ва ҳоказолар сепилади.

И д и ш л а р (чой ва ошхона идишлари) 1% ли натрий

гидрокарбонат эритмасида қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут қайнатилади ёки идишлар овқат қолдиқларидан бўшатилиб, қуйидаги эритмалардан бирига 60 минут солиб қўйилади: 0,5% ли хлорамин эритмаси, 0,5% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси, 0,1% ли гидрохлорид кальций эритмаси, 0,5% ли водород пероксид эритмаси, 1% ли дихлор эритмаси ва ҳоказо. 1 комплект идишларга (2 та лycopча, қошиқ, вилка, пичок, пиёла, тақсимча) 2 литр эритма ишлатилиб, эритма идишлар устини қоплаб туриши керак; идишлар зарарсизлантирилгандан сўнг иссиқ сув билан ювилади.

Овқат қолдиқлари қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут давомида қайнатилиб, унга куруқ хлорли оҳак, юқори ҳароратга чидамли куруқ оқловчи оҳак, НГК 1:5 нисбатида сепилиб, аралаштирилади ва 30 минут ушлаб турилади.

Бемор ич кийимлари, кўрпа, ёстиқ ва сочиқлари ажралмалар билан ифлосланган бўлса, дезинфекцияловчи эритмада ювилиб, қуйидаги эритмалардан бирига солиб қўйилади: 0,5% ли хлорамин эритмаси 0,5% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси, 3% ли лизол эритмаси, 0,1% ли кальция гипохлорит эритмаси, 0,3% ли калий (натрий) тузи эритмаси ва ҳоказо; ёки 1% ли сода-совунли эритмада қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут қайнатилади. Бемор ич кийимлари кўзга кўринган ифлосланиш доғлари бўлмаса, 1% ли сода-совунли эритмада қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут қайнатилади ёки дезинфекцияловчи эритмаларга солиб қўйилади.

Ўйинчоқлар (резина, металл, пластмасса ва ёғочдан) натрий гидрокарбонатнинг 2% ли эритмасида ёки ҳар қандай ювиш воситалари эритмасида (пластмассалисидан ташқари) қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут қайнатилади ёки қуйидаги эритмалардан бирига 30 минут солиб қўйилади: 0,5% ли хлорамин эритмаси, 0,5% тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, 0,1% ли сульфохлорантин эритмаси ва бошқалар, шундан сўнг сувда чайилади.

Ёстиқ, матрац, кўрпа-тўшак, устки кийимлар, гилам, юмшоқ ўйинчоқлар буғ-ҳаволи ёки формалин буғли камераларда дезинфекция қилинади ёки дезинфекция эритмаларида ҳўлланган чўтка билан тозаланади.

Вирусли гепатит А, полиомиелит ва бошқа энтеровирус инфекциялари ўчоқларида бемор ажратмалари, уларнинг идишлари, бемор ётган хона, турмуш жиҳозлари, санузеллар бошқа ичак инфекцияларидаги каби якунловчи дезинфекция вақтида зарарсизлантирилади. Қолган объектлар қуйидаги йўллар билан зарарсизлантирилади:

— идишлар (чой ва ошхона идишлари) 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида қайнаш вақтидан бошлаб, 15 минут давомида қайнатилади ёки овқат колдикларидан тозаланиб, қуйидаги эритмалардан бирига солиб қўйилади: а) 0,5% ли активлаштирилган хлорамин эритмаси, 3% ли хлорамин эритмаси, 3% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, 3% ли тиндирилган юқори ҳароратга чидамли оҳак эритмаси, 1% ли НГК эритмаси, 0,04% ли ДП-2 эритмаси 1,4% ли водород пероксид эритмасига —1 соат; б) 1% ли хлорамин эритмаси, 1% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, 1% ли сульфохлорантиннинг тиндирилган эритмасига —2 соат солиб қўйилади;

— бемор кийимлари (устки кийимлар, кўрпатўшак жилдлари, чойшаблар, рўмолчалар, сочиқлар) қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут давомида қар қандай кир ювиш воситалари эритмасида ёки 2% ли совун-содали эритмада қайнатилади ёки 30 минут давомида қуйидаги эритмалардан бирига солиб ивитиб қўйилади: 0,5% ли активлаштирилган хлорамин эритмасида, 3% ли хлорамин эритмасида, 3% ли иссиқ (50°C ли) водород пероксид билан 0,5% кир ювиш воситалари эритмасида, 0,04% ДП-2 эритмасида 2 соат. Ифлосланган кийим-кечаклар юқорида кўрсатилган эритмалардан бирида ювилади, сўнгра ивитиб қўйилади ёки қайнатилади;

— ўйинчоқлар (резина, пластмасса ва ёғочдан) натрий гидрокарбонатнинг 2% ли эритмасида қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут давомида қайнатилади ёки 30 минут давомида қуйидаги эритмалардан бирига ботириб қўйилади; 3% ли хлорамин эритмаси, 0,5% ли активлаштирилган хлорамин эритмаси, 3% ли хлорамин эритмаси, 0,5% ли активлаштирилган хлорамин эритмаси, 3% ли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси, 1% ли НГК эритмаси, 1 соатга 0,04% ДП-2 эритмасига ботириб қўйилади.

Бемор парваришида ишлатиладиган буюмлар (грелка, муз учун идиш, беморлар тагига қўйиладиган резина доиралар) дезинфекция эритмасига ҳўлланган латта билан артилади ёки совун-соданинг 2% ли эритмасида қайнатилади, кейин иссиқ сув билан чайилади. Тагга солинадиган клеёнкалар, клеёнкали кўкракпешлар кийим-кечак солинадиган эритмалардан бирига солиниб, сўнгра иссиқ сув билан чайилади.

Ёстик, матрац, кўрпа-тўшак, устки кийимлар, гиламлар, ўйинчоқлар ҳаво-буғли ёки буғли-формалин эритмаларида, камераларда дезинфекция қилинади.

Кундалик дезинфекцияни қар куни ўтказилади: пол ва рўзғор буюмлари дезинфекция қилувчи эритмаларидан би-

рида ҳўллаб олинган латта билан артилади. Бемор ажратмалари, кийим-кечак ва бошқалар якунловчи дезинфекциядаги усулда зарарсизлантирилади.

Нафас йўллари инфекциялари. Дифтерия, менингококк инфекциялари ва орнитоз (пситтакоз) ўчоқларида албатта қуйидаги объектларда якунловчи дезинфекция ўтказилади:

— идишлар (чой ва ошхона идишлари — овқат қолдиқларисиз) 2% ли натрий гидрокарбонатда қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут давомида қайнатилади ёки 1 соат давомида юқорида айтиб ўтилган дезинфекция қилувчи эритмалардан бирига солиб қўйилади;

Ўйинчоқлар пластмаса, резина, ёғоч ва металлдан ясалган ўйинчоқлар 2% ли натрий гидрокарбонатда қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут давомида қайнатилади ёки қуйидаги дезинфекцияловчи эритмалардан бирига 1 соат давомида солиб қўйилади: 1% ли хлорамин эритмасига, 1% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмасига, 0,5% ли кальций гипохлорит эритмасига, 0,2% ли сульфохлорантин эритмасига ёки 0,1% ли активлаштирилган хлорамин эритмасига 15 минут солиб қўйилади;

— бемор кийим-кечаклари (дастрўмол, сочик, ички кийимлар, кўрпа-ёстиқ ва бошқалар) бемор ажратмалари билан ифлосланмаган бўлса, 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида 15 минут давомида қайнатилади ва ёки 1 соат давомида қуйидаги дезинфекцияловчи эритмалардан бирига солиб қўйилади: 1% ли хлорамин эритмасига, 0,5% ли гипохлорит кальций эритмасига, 0,1% ли сульфохлорантин эритмасига ёки 15 минут давомида 0,1% ли активлаштирилган хлорамин эритмасига солиб қўйилади.

Бемор ажратмалари билан ифлосланган кийим-кечаклар 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида қайнаган вақтидан бошлаб 15 минут давомида қайнатилади ёки 2 соат давомида юқорида кўрсатилган дезинфекцияловчи эритмалардан бирига солиб ивитиб қўйилади ва кейинчалик одатдагича ювилади. Дезинфекцияловчи эритма миқдори 1 килограмм кийим-кечакка 4 литр ҳисобида олинади.

Бемор бўлган хона, ундаги жиҳозлар, умумий фойдаланиш жойларига гидропульт ёки автомакс ёрдамида қуйидаги эритмалар сепилади: 0,5% ли хлорамин эритмаси, 0,5% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси, 2% ли водород пероксид эритмаси, 5% ли ювиш воситаларидан бири эритмаси билан, 0,1% ли сульфохлорантин эритмаси. Бино деворларининг мойли бўёқлар билан бўялган қисми ва уй жиҳозлари дезинфекцияловчи эритмаларга ҳўлланган латталар билан артилади. Пардозланган мебеллар «Полироль» ёрдамида ҳўлланган латта билан артилади.

Дезинфекцияловчи эритмаларнинг сарфланиш миқдори 1 метр квадрат майдонга 0,5 литр.

Л а т т а , йиғиштириш материаллари 2% ли натрий гидрокарбонатда қайнаш вақтидан бошлаб 15 минут давомида қайнатилади ёки 2 соат давомида дезинфекцияловчи эритмалардан бирига солиб қўйилади.

Ётоқ анжомлари, устки кийимлар, юмшоқ ўйинчоқлар, бемор китоблари параформалин камераларида инструкция бўйича зарарсизлантирилади.

Кундалик дезинфекцияда томчи инфекцияси ўчоқларида биноларни тозалаш қуйидаги эритмалардан бири билан ҳўлланган латталар ёрдамида олиб борилади: 0,5% ли хлорамин эритмаси, 0,1% ли сульфохлорантин эритмаси ва бошқалар. Ошхона ва чой идишлари, ўйинчоқлар 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида қайнатилади ёки дезинфекцияловчи эритмалардан бирига солиб қўйилади («Якунловчи дезинфекция» га қаранг).

Ташқи қоплам инфекциялари. Куйдирги ўчоғида якунловчи дезинфекция бемор госпитализация қилингандан ёки бемор вафотидан сўнг, бемор бўлган хона ичида қолган жиҳоз ва предметларга инфекция тушганлигига шубҳа туғилган вақтда ёки инфекция юккан бўлса, ёки куйдирги билан оғриган ҳайвонлар маҳсулотлари сақланган хоналарда ўтказилади. Зарарсизлантириш қуйидаги объектларда ўтказилади:

— хоналар (поли, девори, шип) ичидаги жиҳозларга қуйидаги дезинфекцияловчи эритмалардан бирини 30 минут оралиғида 2 марта сепилади: 5% ли тиниқлаштирилган хлорли оҳак эритмаси ёки НГК, 4% ли активлаштирилган хлорли оҳак эритмаси ёки хлорамин, 2% ли активлаштирилган НГК эритмаси, 5% ли формальдегиднинг иссиқ (50—60°C ли) эритмасига 5% ли кир совуни қўшилган эритма, 6% ли водород пероксид эритмаси билан 0,5% ювиш воситаларидан бири эритмаси аралашмаси;

— и ф л о с л а н г а н к и й и м л а р , беморлар парваришида қатнашганларнинг махсус кийимлари 2% ли натрий гидрокарбонатда 1 соат қайнатилади ёки 0,1% ли сульфохлорантин эритмасида 1 соат-у 30 минут, 1,2% ДП-2 эритмасида 30 минут ивитиб қўйилади.

— устки к и й и м л а р , матрац, кўрпа-ёстик, каравот олдидаги гиламча буғли ёки формалин буғи камераларида инструкция бўйича зарарсизлантирилади;

— бемор и д и ш л а р и 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида 1 соат давомида қайнатилади ёки 1% ли активлашган хлорамин эритмасида ёки 6% ли водород пероксид билан 0,5% ли ювиш воситалари («Новость», «Про-

гресс») нинг 50°C даги эритмаси аралашмасига солиб қўйилади;

— овқат қолдиқлари 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида 1 соат давомида қайнатилади ёки курук хлорли оҳак билан 200 г/литр (1:5) ҳисобида аралаштирилиб 4 соатга қолдирилади.

Бемор ажратмалари курук хлорли оҳакка 200 г/литр (1:5) аралаштирилади. Тунги туваклар, сийдикдонлар, тагга қўйиладиган суднолар, туфдонлар чиқиндилардан тозалангач, 20% ли тиниклаштирилган хлорли оҳак эритмасига ёки 15% ли НГК эритмасига 1 соат давомида солиб қўйилади. Бемор чиқиндилари НГК билан 100 г/литр (1:10) ҳисобида аралаштирилиб, 4 соатга қолдирилади, сўнгра умумий канализацияга оқизиб юборилади.

Боғлаш материаллари, ахлат, қимматсиз предметлар ёқиб юборилади.

Тоун ўчоғида якунловчи дезинфекцияни дезинфекция бригадаси ёки санитария-эпидемиология станцияси бош врачлари бошчилигида тоунга қарши I типдаги махсус кийимни кийиб ўтказадилар.

Ўчоқнинг бутун хоналарига, уй жиҳозларига 3% ли хлорамин эритмаси ёки 10% ли лизол (60°C да) эритмаси мўл қилиб сепилади. 1 соат ўтказилиб, дезинсекция ва дератизация, 4 соат ўтказиб қайта дезинфекция ўтказилади ва хона 3—4 кунгача беркитиб қўйилади.

ТАКРОРЛАШ УЧУН ТОПШИРИҚ

1. Ичак инфекцияларида дезинфекция методлари ва воситалари Қуйидаги формада жадвал тузинг:

Дезинфекция объектлари	Якунловчи дезинфекцияда зарарсизлантириш методлари ва воситалари
Мисол. Бемор ажратмалари (нажас, сийдик, қусук массаси)	Курук хлорли оҳак ёки курук окловчи иссиққа чидамли оҳак ёки НГК 1:2 нисбатда аралаштирилади. Экспозиция вақти 30 минут

2. Ҳаво-томчи инфекцияларидаги дезинфекция воситалари ва методлари. Юқорида кўрсатилган формада жадвал тузинг.

СССР ДА САНИТАРИЯ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХИЗМАТИНИНГ ВАЗИФАЛАРИ

Санитария-эпидемиологик хизмат бизнинг мамлакатимизда соғлиқни сақлаш органлари системасига киради. Бу хизматга СССР соғлиқни сақлаш министрининг санитария-эпидемиология масалалари бўйича ўринбосари ҳисобланмиш СССР Бош давлат санитария вақари бошчилиқ қилади. Унга Бош санитария-эпидемиология бошқармаси бўйсунди. Шундай бошқариш системаси иттифоқдош ва автоном республикаларда ҳам қабул қилинган. Жойларда санитария хизматининг асосий муассасаси бўлиб, иттифоқдош ва автоном республикалар, ўлкалар, областлар, округлар, шаҳарлар, районлар (районларга бўлинган шаҳарларда), қишлоқ районлари санитария-эпидемиология станциялари ҳисобланади. Бундан ташқари, тармоқларга қарашли санитария-эпидемиология станциялари (темирўл, сув транспорти ва ҳоказо) мавжуд. Санитария-эпидемиология станциялари, санитария-гигиеник, эпидемиологик ва дезинфекция бўлимларидан ташкил топган.

Ўз иш ҳажмига қараб санитария-эпидемиология станцияларида (область, шаҳар, район станцияларида) бошқа махсус бўлимлар ҳам ташкил қилиниши мумкин: ўта хавфли инфекциялар бўлими, вирусологик, паразитологик бўлимлар ҳамда ихтисослашган санитария бўлимлари — саноат, озиқ-овқат, мактаб ва коммунал санитарияси бўлимлари ва ҳоказолар.

Санитария-эпидемиология станциялари вазифаларига қуйидагилар киради:

1) ташқи табиий муҳит (сув манбалари, тупроқ, атмосфера ҳавоси) ифлосланишининг олдини олиш учун меҳнат шароитлари, ўқув, дам олиш ва турмуш шароитларини соғломлаштириш, шунингдек, касалликларни қамайтириш ва олдини олиш бўйича санитария-эпидемиология ва санитария-гигиеник чоралар ўтказилиши устидан давлат санитария назоратини олиб бориш;

2) маълум территория санитария ҳолатини, юқумли ва касбга доир касалликларни ўрганиш, тегишли тадбирлар ишлаб чиқиш ва уларни ҳуқуқ доираси чегарасида қўллаш;

3) хизмат қилинадиган территорияда санитария-эпидемиологик беҳатарликни таъминлаш.

Санитария-эпидемиология станцияларида етакчи бўлимлардан бири эпидемиология бўлими бўлиб, у эпидемиологик ўчоқларни текшириш, ҳисобга олиш, юқумли касалликлар авж олишини, уларнинг олдини олиш чораларини белгилай-

ди, текшириш натижаларини статистик ўрганади, юкумли касалликлар тарқалишини ва эпидемияга қарши чора-тадбирлар таъсирчанлигини ва ҳоказоларни ўрганади. Бундан ташқари, эпидемияга қарши бўлим юкумли касалликлар профилактикасининг комплекс планини тузади, юкумли касалликларни аниқлаш, инфекция ўчоқларида эпидемияга қарши чора-тадбирлар ўтказиш, стационар ва болалар муассасаларида эпидемияга қарши режимга риоя қилиш, юкумли касаллик билан оғриган беморларни қабул қилиш ва чиқариш қоидаларига риоя қилиниши ва мактаб-гача болалар муассасаларига қабул қилиниши устидан назорат олиб боради, даволаш-профилактика муассасаларини бактерия ва вирусли препаратлар билан таъминлайди, уларни сақлаш ва ишлатиш устидан назорат олиб боради, санитария активи ёрдамида аҳоли ўртасида санитария оқартув ишларини ва ҳоказоларни олиб боради. Зарурат бўлган ҳолларда эпидемиологлар ёки уларнинг ёрдамчилари лаборатория текширишини олиб борадилар.

Юкумли касалликларга қарши курашда СССР МФА Н. Ф. Гамалея номидаги эпидемиология ва микробиология институти, СССР МФА Д. И. Ивановский номидаги вирусология институти, Е. И. Марциновский номидаги медицина паразитологияси ва тропик медицина институти Бутуниттифоқ дезинфекция ва стериллаш институти, Марказий эпидемиология институти, медицина институтлари ва малака ошириш институтларининг эпидемиология, микробиология ва юкумли касалликлар кафедралари ҳамда иттифоқдош республикаларнинг тегишли илмий-текшириш институтлари илмий-текшириш ва методик марказлар ҳисобланади. Юқорида санаб ўтилган ҳамма илмий-текшириш институтлари ва кафедралар маҳаллий соғлиқни сақлаш органларига кундалик эпидемияга қарши чора-тадбирлар ўтказишда, ўчоқларни текшириш ва уларни йўқотишда, юкумли касалликлар авж олишининг олдини олишда, санитария-эпидемиология станцияларини вакцина, зардоб ва гамма-глобулинлар билан таъминлаш масалаларида ёрдам беради. Бундан ташқари, илмий-текшириш институтлари эпидемиология, микробиология ва бошқа ёндош фанлар бўйича назариялар кашф этиб, уларга асосланган ҳолда юкумли касалликларни маълум республика, ўлка, областларда тарқалишининг ўзига хос хусусиятларини ўрганадилар, бу эпидемияга қарши кураш чораларини мақсадга мувофиқ режалаштириш учун хизмат қилади.

СССР территориясига карантин ва бошқа юкумли касалликлар кириб келиши ва тарқалишининг санитария муҳофазаси «СССР территориясига карантин ва бошқа

юкумли касалликлар кириб келишининг санитария муҳофазаси Қоидалари»га асосланиб амалга оширилади. Қоидаларда XXII Халқаро соғлиқни сақлаш ассамблеяси 1969 йил 25 июлда қабул қилган ва кейинчалик 1973 йилда XXVI Халқаро соғлиқни сақлаш ассамблеясида қўшимчалар киритилган «Халқаро тиббий-санитария Қоидалари» талаблари ҳисобга олинган.

СССР территорияси санитария муҳофазаси Совет Иттифоқи территориясига ва бошқа давлатларга карантин ва бошқа юкумли касалликларнинг кириб келишининг олдини олишга қаратилган, мабодо пайдо бўлганда уларни йўқотиб юбориш чораларини амалга оширувчи умумдавлат чора-тадбирлари амалга оширилади. Карантин инфекцияларга тоун, вабо, чин чечак ва сариқ иситма киради. Чин чечак 1982 йилдан буён бутун дунё бўйлаб тугатилган.

СССР территориясида санитария муҳофазаси ва карантин чораларини СССР Соғлиқни сақлаш министрлиги бошқаради. У совет гражданининг чет элга чиқишларида ва бошқа мамлакатлардан келадиган шахслар учун муҳим бўлган эмлаш рўйхатини белгилайдилар ҳамда санитария-карантин чоралари ҳажмини аниқлаб, ана шу масалалар бўйича ҳамма министрликлар ва идораларга хабарномалар тарқатадилар.

Карантин ва бошқа юкумли касалликларга қарши курашда санитария-карантин чоралари халқаро денгиз ва дарё портларида, аэропортларда, халқаро автомобиль йўлларида СССР Соғлиқни сақлаш министрлиги системасининг соғлиқни сақлаш муассасалари томонидан олиб борилади. Бевосита санитария-карантин чораларини халқаро денгиз ва дарё портларида, санитария-карантин бўлимлари, халқаро аэропорт ва автомобиль йўлларида санитария-карантин пунктлари амалга оширади.

Чегара темирйўл станцияларида санитария-карантин чораларини йўллар министрлигига қарашли соғлиқни сақлаш муассасалари — санитария-контроль пунктлари олиб боради.

Чегарани кесиб ўтган санитария-карантин бўлимлари (СКБ), санитария-карантин ва санитария-контроль пунктлари (СКП) қуйидагиларни олиб боради:

1) келган ва кетаётган (совет) транспорт воситаларини, экипажлар, пассажирлар ва юкларни тиббий кўриқдан ўткази;

2) санитария ҳужжатларининг борлигини ва уларнинг тўғри тўлғазилганлигини текширади (эмлаш тўғрисида халқаро гувоҳнома, денгиз санитария декларацияси, самолёт асосий декларациясининг санитария қисми, дератиза-

дия бўйича хужжат, дератизациядан озод қилинганлик гуғрисида гувоҳнома);

3) карантин касалликлар билан оғриганларни ҳамда ажратиб қўйишга ёки тиббий кузатувга муҳтож кишиларни аниқлаш;

4) транспорт воситалари, юк ва багажларни (кўрсатмалар бўйича) дезинфекция, дератизация ва дезинсекция қилишни ташкил этиш.

СССР территориясига карантин ва бошқа юқумли касалликлар кириб келишининг муҳофазаси бўйича қоидаларда тоун, вабо, сариқ иситма кириб келишининг олдини оладиган махсус чора-тадбирлар кўзда тутилган. Шунингдек, геморрагик иситма, тошмали ва қайталама терлама, безгак, куйдирги, бруцеллез, оқсим, манка, миелоидоз, кутуриш ва пситтакоз каби касалликларнинг пайдо бўлиши ва тарқалишида хориждан инфекция кириб келишининг олдини олиш билан боғлиқ профилактика чоралари кўзда тутилган.

ЮКУМЛИ ЖАРАЁН ҲАҚИДА ТУШУНЧА

ЮКУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ КЕЧИШИ

Инсон организмнинг касалликлари ичида патоген кўзғатувчилар пайдо қиладиган касалликлар алоҳида ўрин тутади. XIX аср ўрталарида бу касалликлар юқумли (лотинча *infiure* — юқтириш) деган ном олган.

Бошқа касалликлардан фарқ қилиб, улар қуйидаги хarakterли хусусиятга эга: тирик кўзғатувчисининг специфиглиги; улар касал кишилар ёки ҳайвонлардан соғлом одамга ўтиши мумкин; айрим шароитларда касаллик кенг тарқалиши (эпидемик) мумкин; шу касалликка хос белгилар билан циклик клиник кечиш хусусиятига эга; касалликдан сўнг иммунитет қолади; касаллик кўзғатувчисига нисбатан аллергия пайдо бўлади; айрим юқумли касалликлардан клиник соғайишдан кейин кўзғатувчини ташиб юриш хусусияти сақланиб қолади.

Юқумли касалликлар микроблар (бактериялар, вируслар, риккетсиялар), спирохеталар, патоген замбуруғлар, ҳайвон паразитлари (бир ҳужайрали жониворлар, гельминтлар, бўғимоёқлилар) дан пайдо бўлади. Ҳар бир юқумли касаллик ўзига хос специфик кўзғатувчига эга. Бундан ташқари, жуда кўп патоген микроблар қулай шароит бўлганда айрим орган ёки тўқимада кўпроқ тўпланиш ва кўпайиш хусусиятига эга бўлади. Худди ана шунга мувофиқ кўпгина юқумли касалликларда айрим орган ва тўқималар томонидан ўзига хос белгилари биринчи ўринга чиқади. Масалан, ичбуруғ касаллигида йиринг ва қон аралаш ич кетиш қайд қилинади, у йўғон ичак шиллик қаватининг яллиғланиши билан боғлиқ бўлади, қизамиқ ва гриппда эса нафас йўллариининг катарал яллиғланиши рўй беради.

Кўзғатувчининг организмга кирган жойи инфекциянинг кириш дарвозаси дейилади. Айрим юқумли касалликларда (ичбуруғ, вабо) кўзғатувчи фақат биргина кириш дарвозаси орқали организмга тушса, бошқаларида (бруцеллез, туляремия, тоун) эса бир неча кириш дарвозаси бўлади.

Кўзғатувчи организмга тушгач, кириш дарвозасида кўпайиши, у ерда патологик жараён ҳосил қилиши ёки тур-

ли йўллар билан: лимфа оқими орқали (лимфоген йўл), қон оқими орқали (гематоген йўл), нерв толалари бўйлаб организмга тарқалиши мумкин. Қўзғатувчилар кўпайган жойларидан қон оқимига тушади ва унда иситма даврининг бошидан охиригача айланиб юради. Бактерияларнинг қон оқимига тушиб тарқалиши — бактериемия, вируслар тушиши — вирусемия, микроб токсинлари тушиши (дифтерия, қоқшол, ботулизмда қонга тушиб тарқалиши) токсемия дейилади.

Токсинлар 2 хил — экзо- ва эндотоксинлар бўлади. Ботулизм, қоқшол, дифтерия қўзғатувчилари экзотоксинлар ишлаб чиқариб, улар маълум орган ва тўқималарга танлаб таъсир қилади. Микроб ҳужайралари емирилганда ҳосил бўладиган эндотоксинлар бирмунча кам спецификликка эга бўлади.

Беморлар ва ташиб юрувчилар организмдан қўзғатувчилар турли йўллар билан — нажас, сийдик, шиллик, балғам ва ҳоказолар орқали ажралиб чиқади.

Инфекцион жараённинг кечиши микроорганизмларнинг хоссаларига (патогенлиги, вирулентлиги, инвазивлиги, токсигенлиги) ва макроорганизмга микроорганизмлар тушишидан, кўпайишидан ва яшашидан ҳимоя қиладиган макроорганизм омилларига (носпецифик ва специфик) боғлиқ. Инфекцион жараённинг кечиши шунингдек ташқи муҳит шароитларига боғлиқ, бу қўзғатувчиларга ҳам, макроорганизм реактивлигига ҳам таъсир кўрсатади.

Юқумли касалликлар учун касаллик белгиларининг авжланиши ва пасайиши билан характерланувчи ривожланишнинг ўзига хос кетма-кетлиги, яъни циклик кечиш характерлидир. Юқумли касалликларнинг қуйидаги даврлари фарқ қилинади: инкубацион (яширин), касаллик бошланишидан дарак берувчи давр, касаллик белгилари намоён бўлган давр ва тузалиш (реконвалесценция) даври.

Патоген қўзғатувчилар тушган даврдан то организмда касалликнинг дастлабки белгилари пайдо бўлгунга қадар ушбу юқумли касалликка хос маълум муддат ўтади ва бу даврда клиник белгилар бўлмайди. Бу касалликнинг яширин — инкубацион даври бўлиб, қўзғатувчи организмда кўпаяди ва организм бўйлаб тарқалади. Яширин давр ҳар хил муддатли — бир неча соатдан (грипп, овқат токсик инфекцияси ва ҳоказоларда), бир неча кун (тоун, вабо, ич терламада), бир неча ҳафта (юқумли гепатит А да), бир неча ой (кутуриш, юқумли гепатит Б) ва ҳатто бир неча йил (мохов касаллигида) бўлиши мумкин.

Инкубацион даврдан сўнг продромал давр — касалликнинг дастлабки белгилари пайдо бўлиш даври бошланиб, у бир неча соатдан бир неча кунгача давом этади. Бунда касалликнинг дастлабки белгилари: бош оғриғи, ҳолсизлик, ҳароратнинг биров кўтарилиши, катарал ҳолат, меъда-ичак йўллари фаолиятининг бузилиши ва ҳоказолар аниқланади. Ана шу юқоридаги клиник белгиларга қараб касалликка ҳали аниқ диагноз қўйиб бўлмайди.

Касалликнинг асосий белгилари кўринадиган давр бир неча кундан (қизамиқ, грипп) бир неча ҳафтагача (ич терлама, бруцеллёз ва б.) давом этади. Бу давр қуйидаги фазаларга бўлинади: клиник симптомлар кўпайиб бориш даври; касалликнинг авж олган даври (шу касалликка хос симптомлар пайдо бўлиши); ҳамма касаллик клиник белгиларининг йўқолиш даври.

Клиник симптомлар аста-секин 4—5 кун мобайнида (лизис) сўна бориши ёки тез тугаши мумкин, бунда тана ҳарорати бир неча соат ёки 1—2 кун мобайнида пасаяди (кризис).

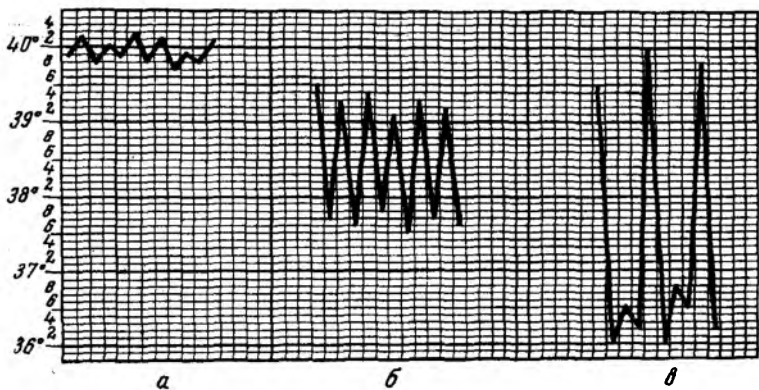
Аксарият касалликнинг клиник белгилари сўнаётган фазада унинг қўзиши кузатилади.

Ривожланган (авжланган) даврдан сўнг т у з а л и ш — реконвалесценция даври бошланади. Унинг муддати организм иммунологик реактивлигига, касалликнинг клиник формаларига, қандай кечилишига, даволаш таъсирчанлигига ва бошқа бир неча сабабларга боғлиқ бўлади. Тузалиш тўлиқ ёки қолдиқ кўринишлари сақланганда нотўлиқ бўлиши мумкин.

Айрим юқумли касалликлар учун касаллик рецидиви (қайталаниши) характерли бўлиб, унда 5—20 кундан сўнг касалликнинг ҳамма белгилари қисқарган кўринишда қайталади. Сил, бруцеллёз, ичбуруғ ва ҳоказо касалликларнинг сурункали кечилш формаларига ўтиши кузатилиб, йиллаб давом этади.

Юқумли касалликларда кўпинча ҳарактерли асоратлар: масалан, скарлатинада отит, лимфаденит, нефрит, ич терламада ичак тешилиши — перфорация, ичакдан қон кетиш асоратлари ва ҳоказолар. Битта қўзғатувчи келтириб чиқарган юқумли касаллик моноинфекция, бир вақтда бир неча қўзғатувчи юзага келтиргани — микстинфекция (аралаш инфекция) дейилади. Юқумли касаллик оқибатида организм қаршилиги (резистентлиги) камайиши оқибатида янги, масалан, стафилакокклар қўзғатган касаллик кўшилиши мумкин.

Ана шу қўзғатувчининг ўзидан қайта зарарланиш оқибатида (скарлатинада) қайта касалланиш — реинфекция



9- расм. Температура эгри чизиги типлари.

а — доимий иситма; б — ремиттирловчи иситма; в — интермиттирловчи иситма.

дейилади. Агар реинфекция соғайишга қадар пайдо бўлганда уни ўша кўзгатувчининг бошқа тури кўзгатган суперинфекция (дизентерия, безгак ва бошқалар) дейилади.

Юқумли касалликлар семиотикаси. Юқумли касалликлар кўринишлари хилма-хил, лекин уларнинг кўпчилиги учун бир қатор умумий клиник белгилар хосдир. Деярли ҳамма юқумли касалликлар учун иситма муҳим белги бўлиб ҳисобланади. У бактериял ва тўқима токсинли моддалари таъсирида терморегуляция жараёни бузилиши оқибатида юзага келади. Ҳарорат кўтарилишининг қуйидаги хиллари фарқ қилинади: субфебрил — 37° дан $37,9^{\circ}\text{C}$ гача, ўртача — 38° дан 39°C гача, юқори — 39° дан $39,5^{\circ}\text{C}$ гача, гиперфебрил — 40° дан юқори ва субнормал ҳарорат — 36°C дан паст.

Узоқ вақтгача иситмалаш билан ўтадиган касалликларда ҳарорат эгри чизигининг бир неча асосий турлари фарқ қилинади (9-расм): доимий иситма — эрталабки ва кечки ҳарорат 1°C атрофида ўзгариб туради; ремиттирловчи (пасайиб борувчи) — эрталаб ва кечки ҳарорат фарқи 1°C дан ортик, кўпинча у $2\text{—}2,5^{\circ}\text{C}$ га етади; интермиттирловчи (тўхтаб-тўхтаб тутувчи) иситма иситмасиз кунлар билан алмашилиб туради; тўлқинсимон — ҳароратнинг бир неча кун ёки бир неча ҳафта дам кўтарилиб, дам пасайиб, тўлқинсимон ўзгариши; қайталама — ҳарорат кўтарилиши 4—7 кун давом этиб, ҳарорат бир неча кун нормагача пасайгандан сўнг унинг яна кўтарилиши қайталанади.

Кўпгина юқумли касалликларда тери ва кўзга кўринадиган шиллик пардаларда ўзгаришлар кузатилади. Тери ушлаб кўрилганда қуруқ ёки терлаган бўлади. Юқумли касаллик билан оғриган беморлар терисида ҳар хил характердаги тошмалар — экзантема топилиши мумкин.

Розеолали тошма — катталиги буғдой донидан нўхотгача бўлган қизғиш рангдаги алоҳида-алоҳида доғлар бўлиб, босиб кўрилганда йўқолади, лекин босилгандан кейин 2—3 секунд ўтгач, яна пайдо бўлади.

Розеола майда қон томирларининг кенгайиши туфайли келиб чиқади.

Петехия — майда нуқтасимон қўнғир-қизғиш д.ч бўлиб, у босилганда йўқолмайди, чунки терига қон кўйилиши (геморрагия) туфайли пайдо бўлади.

Пўрсилдоқ терининг юза қавати экссудацияси оқибатида зардоб касаллигида ва эшакемда пайдо бўлади.

Эритема — пушти ранг ёки қизил доғ бўлиб, тери юзасидан кўтарилиб туради.

Папула — қизил рангли тугунча бўлиб, тери юзасидан кўтарилиб туради, у экссудация ва хужайра элементлари инфильтрацияси (тарқалиши) оқибатида юзага келади.

Везикула — сероз (тиник) суюқлик билан тўлган пуфакча.

Пустула — атрофи қизил ҳошия билан чегараланган йирингли суюқлик билан тўлган пуфакча.

Айрим касалликларда тошмалар ўрнида вақтинчалик доғлар қолиши мумкин. Қизамиқ, скарлатина касалликларида тошмалар ўрнида терининг устки қавати жонсизланганлиги туфайли терининг пўст ташлаши кузатилади.

Полиморф тошмалар — бир неча хилдаги тошмалардан ташкил топади, масалан, сувчечакда папула, везикула, пўстлоқлар шулар қаторига киради.

Шиллик қаватлардаги тошмалар гиперемия билан бирга бўлса, у энантема дейилади.

Тошмалар характери, жойланиши ва пайдо бўлиш вақти айрим юқумли касалликлар учун типик бўлади. Масалан, скарлатина касаллигида кўп сонли майда донали тошмалар касаллик бошланган биринчи кун охирида юзага келиб, иккинчи куни бемор баданининг ҳамма юзаси тошма билан қопланади. Тошмали терламада эса касалликнинг 4—5-кунлари розеолалар, кейинчалик розеолапетехияли тошмалар тошади ва ҳоказо.

Юқумли касалликларда юрак-томирлар системасида гипотония (ич терлама, тошмали терлама ва бошқаларда) ва майда қон томирлари шикастланиши — капиллярлар де-

вори ўтказувчанлигининг бузилиши кузатилади. Организм интоксикацияси оқибатида, масалан, бўғма, скарлатина ва бошқа касалликларда юрак мушакларининг шикастланиши кузатилади.

Қонда кўпинча лейкопения ва нисбий лимфоцитоз вирус инфекциясида, риккетсиозларда, бактериал инфекцияда, гипохром анемия ва ҳоказоларда кузатилади.

Кўпгина юкумли касалликларда талоқ, жигар ва лимфа тугунлари катталашади. Меъда-ичак йўлидаги ўзгаришлар — иштаҳа йўқолиши, кўнгил айнаши, қусиш, ичак функциялари бузилиши (ич кетиши, ич қотиши, ичаклар дам бўлиши ва ҳоказо) ҳам характерли бўлади.

Деярли ҳамма юкумли касалликларда патологик жаранга марказий нерв системаси қўшилиб кетади ва уйқу бузилиши, лоқайдлик ёки кўзғалувчанлик ошиши, ҳар хил соҳадаги бош оғриғи, эс-хушнинг хиралашиб туриши, алаҳсираш, галлюцинация, менингеал синдром, парез, фалажланиш ва ҳоказолар билан намоён бўлади.

Юкумли касалликлар диагностикасининг асосий методлари. Юкумли касалликлар кечишининг асосий характерли хусусиятлари бўлишига қарамай, улар диагностикаси айниқса касалликнинг дастлабки кунларида кўпгина қийинчилик тугдиради. Диагностик методларни биргаликда қўллаш тўғри диагноз қўйишга имконият яратади. К а с а л л и к ривожланиши а н а м н е з и (касаллик тарихи) ва уни беморни текшириш билан таққослаб кўриш касалликнинг кўринишини қайта тиклаб, юкумли касалликларни аниқлашда катта аҳамиятга эга бўлади. Касаллик анамнезини аниқлашда касалликни аста-секин ёки бирданга ўткир характерда бошланганини аниқлаш, тошмалар тошиш вақти, қусиш бўлганлигини билиш, ахлат характери, яъни ич кетиш ёки қотиш кабиларни билиш зарур.

Э п и д е м и о л о г и к а н а м н е з тўплашга ҳам катта аҳамият берилади. Бунда беморлар, инфекция ташиб юрувчилар ёки касалланган ҳайвонлар билан алоқадорлик, улар бўлган жойларда касаллик юқтириш эҳтимоли, бемор касби, иш ва турмуш шароитлари, аввал юкумли касалликлар билан оғриб ўтганлиги, эҳтиёт эмлашлар қилинганлиги кабиларни аниқлаш катта аҳамиятга эга.

Беморни объектив клиник текшириб кўриш айрим касалликлар учун характерли бўлган бир неча белгилар (симптомлар) ни аниқлашга ёрдам беради. Беморларни табиий ёруғликда текшириш яхшироқ. Чунки тери ва шиллик қаватларнинг сариқ ранги, цианоз, тошмалар ва ҳоказолар яхши кўзга ташланади. Бемор териси яхшилаб кўздан кечирилиши керак. Шунинг учун бемор тўлик ечинтириб

текширилади. Териди тошмалар бўлса, унинг характерли элементлари аниқланади, уларнинг қичиши ёки қичишмаслиги ва ҳоказолар текширилади. Беморларнинг оғиз бўшлиғи, томоқ, ҳалқум ва тили кўздан кечирилади. Нафас олиш, юрак-томир системаси; меъда-ичак системаси ва лимфа тугунлари перкуссия, аускультация, пальпация усуллари билан текширилади. Беморнинг асаб системаси ва психикаси ҳам албатта текширилади.

Юқумли касалликларда уларнинг диагнозига қараб қон, орқа мия суюқлиги, балғам, нажас, сийдик, қусиш массаси, дуоденал суюқлик ва ҳоказолар клиник лаборатория текширувларидан ўтказилади. Бир неча юқумли касалликларда қон ўзгаришлари, айниқса, лейкоцитлар ва СОЭ ўзгариши характерли бўлади. Масалан, ич терламада нисбий лимфоцитоз бўлган лейкопения кузатилади, тошмали терламада — нейтрофил лейкоцитоз бўлади.

Диагностикада рентгеноскопия, рентгенография, ректороманоскопия, электрокардиография ва ҳоказо қўшимча методлар ҳам ёрдам беради.

Юқумли касалликлар диагностикасида специфика лаборатория текширишлари катта аҳамиятга эга бўлади. Лаборатория текширишлари учун касаллик характери, формаси ва даврига қараб қон, қусуқ массаси, ахлат, сийдик, орқа мия суюқлиги, яралар ажратмалари, пустиула, везикула ичидаги нарсалар, органлар пунктатлари ва биоптатлари, шиллик пардалар ювиндиси, мурда материаллари ва ҳоказолар материал сифатида келтирилиши мумкин. Бактериологик лабораторияга юбориладиган материал алоҳида йўланма билан материал жўнатаётган муассаса номи, текшириладиган одамнинг фамилияси, исми, ёши, адреси, касал бўлган куни, диагнози; материал олинган кун ва аниқ соатни, материал олиб жўнатган кишининг фамилияси кўрсатилади. Карантин инфекциялар (тоун, вабо, сариқ иситма) билан оғриган беморлардан ёки шунга шубҳа қилинганлардан олинган материаллар лабораторияга алоҳида инструкцияларда кўрсатилган қоидаларга риоя қилинган ҳолда жўнатилади. Текшириш материаллари солинган усти маҳкам беркитилган пробирка ва флаконлар пахтага ўраб жойлаштирилади. Қуритилган суртмалар Петри чашкасига жойлаштирилиб, қаттиқ қоғоз билан ўралади ва «суртма фиксация қилинмаган» деган ёзуви бўлади.

Текширишга тааллуқли материал темир қутига жойлаштирилади, уни боғлаб пломба қўйилади ва сургуч ёрдами муҳр босилади. Қути копкасига «Усти, эҳтиёт бўлинг» деган сўзлар ёзилади ва махсус транспортда чопар билан бирга жўнатилади.

Специфик лаборатория текширувлари бактериоскопик, бактериологик, вирусологик, вирусоскопик, серологик текширишлари ҳамда лаборатория ҳайвонларида биологик динаб кўриш ва тери-аллергик реакцияларни ўз ичига олади.

Бир неча юқумли касалликларда касаллик қўзғатувчиси, қон, сийдик, орқа мия суюқлиги, везикула, пустиула, яра, бубон ва ҳоказолар ичидаги нарсаларни бактериоскопик текшириш қўлланилади: қонни бактериоскопик текшириш қўлланилади: қонни бактериоскопик текшириш безгак, қайталама терлама, лептоспироз касалликларида; сийдик — лептоспирозда; ахлат — амёбияда; орқа мия суюқлиги — менингитларда; везикула, пустиула ичидаги нарсалар — куйдиргида ва ҳоказо.

Балғам, нажас, ҳалқум ажралмаларини бевосита микроскопик текшириш кам қўлланилади, чунки уларда қўзғатувчилар кам бўлиб, уларни топиш қийин. Бундан ташқари, ўзининг морфологик кўриниши билан ўхшаш бўлган сапрофит микроблар кўплаб учраб, диагностикага ҳалақит беради.

Бактериологик метод ёрдамида текшириш қондан ич терлама, А ва В паратиф, сальмонеллез, тоун ва ҳоказоларнинг қўзғатувчиларини ажратишда, орқа мия суюқлигидан — менингит, сийдикдан ич терлама, лептоспироз, ахлатдан — ичак инфекцияларини, ҳалқум, бурун шиллигидан — дефтерия ва кўкйўтал, лимфа тугунлари пунктатларидан — тоун ва туляремия қўзғатувчиларини топишда қўлланилади.

Бактериоскопик ва бактериологик методлар аниқ диагноз қўйиш имконини беради, чунки улар ёрдамида касаллик қўзғатувчиларини топиш мумкин. Бактериоскопик йўл билан қўзғатувчилар касалликнинг 1-куни, зарурат туғилган ҳолларда анализ учун материал жўнатилгандан сўнг бир неча соат ичида лабораториядан жавоб олиш имкони бўлади. Бактериологик текширишда дастлабки, тахминий жавобни лабораториядан бир суткадан, аниқ, яқуний жавобни эса 2—4 кундан сўнг, бруцеллез, лептоспироз ва ҳоказоларда 8 кундан бир неча ҳафтагача муддатда олинади. Лабораториядан олинган жавоб вақти қўзғатувчиларнинг озикли муҳитда ўсиш вақтига қараб белгиланади.

Вирусологик текшириш бирмунча мураккаб ва кўп меҳнат талаб қиладиган бўлади, чунки вируслар фақат тўқима культурасида ёки товуқ эмбрионида ўсади. Бактериологик ва вирусологик текширишлар юқумли касалликларга боғлиқ равишда тўлиқ, тезлаштирилган, экспресс бўлиши мумкин.

Серологик реакциялар ичида — агглютинация реакцияси ич терлама ва паратифларда (Видал реакцияси), бруцеллёзда (Райт реакцияси), тошмали терламада (рикетсийлар агглютинацияси — РАР) ва туляремияда кенг қўлланилади. Улар антиген билан антитело муносабатига асосланган. Маълум антиген ёрдамида бемор қони зардобидан антителони ёки зардобдаги маълум антитело ёрдамида бемордан олинган материалда антиген борлигини аниқлаш мумкин. Ҳозирги вақтда ана шу касалликларда бирмунча сезувчан пассив ёки билвосита гемагглютинация (РНГА) реакцияси қўйилади. Бу эса ўз юзасида специфик антиген сақлаган эритроцитларнинг бемор зардоби билан агглютинация қилинишига асосланган.

Комплементни боғлаш реакцияси (РСК) тошмали терлама, бруцеллёз, мавсумий энцефалит ва бошқа касалликлар диагностикасида қўлланилади. Вирус касалликларида РСК билан бир қаторда гемагглютинация реакциясининг кечиктирилиши ва нейтралланишидан фойдаланилади.

Юқумли касалликлар диагностикасида антителоларни иммунофлюоресценция қилиш (РИФ) реакциясига асосланган экспресс метод кенг қўлланилмоқда, бу эса антиген — антитело комплексининг специфик шуълаланишига асосланган.

Специфик шуълаланиш ҳосил қилиш учун бемордан текшириш учун олинган материалга махсус шуълаланувчи зардоб билан қайта ишлов берилади.

Асосан вирусли ва паразитар касалликларни специфик диагностикаси учун энзим нишонланган антителоларнинг (РЭМА) тезлашган реакцияси қўлланилади. Серологик диагностикада антителоларнинг иммун глобулинларнинг муайян синфларига мансублигини (Jg A, Zg M, Zg G ва б.) аниқлаш муҳим ҳисобланади, бу эмланган одамлари — ташувчилардан (ич терлама), бирламчи касалликни иккиламчи касалликдан, сурункали ва хроник формаларга ўтишни (вирусли гепатит В) фарқ қилиш имконини беради.

Ҳайвонларда биологик синаб кўриш кўпинча тоун, туляремия, манқа, лептоспироз касалликлари диагностикасида қўлланилади.

Тери алергик синамалари (реакциялари) бруцеллёзда (Бюрне реакцияси), туляремияда (тулярин билан), орнитозда (орнитоз диагностикаси билан) ва бошқаларда ўтказилади.

Тери алергик реакциялари организмга қайта антиген (микроблар, уларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари) тушиши оқибатида пайдо бўладиган сезувчанликнинг ошиши реакциясига (сенсibiliзацияга) асосланган.

Аллергик тери реакциялари тери устига, тери ичига билакнинг учдан бир ички юзасига қўйилади. Натижаси 48 соатдан сўнг, шубҳали реакция бўлса, 72 соатдан кейин ҳисобга олинади. Аллерген юборилган жойда шу касалликка хос ўлчамда қизариш ва шиш пайдо бўлса, реакция мусбат ҳисобланади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛХОНАЛАР ВА БЎЛИМЛАРИНИНГ ТУЗИЛИШИ ВАЗИФАСИ ВА ИШ ТАРТИБИ

Юқумли касалхоналар ва уларнинг бўлимлари юқумли касаллик билан оғриганларни атрофдагилар учун юқумли даврида ажратиб қўйиш, уларга диагноз қўйиб даволаш учун хизмат қилади.

Юқумли касалхона (бўлим) даволаш-диагностика, ташкилий-методик ва маъмурий-хўжалик қисмларидан ташкил топган.

Даволаш-диагностика қисми қуйидаги бўлимлардан ташкил топган: ихтисослашган бўлимлар, қабулхона бўлими (диагностика бўлими), интенсив терапия ва реанимация бўлими, хирургик, рентген-диагностика ва физиотерапевтик бўлимлари, клиник, бактериологик, серологик, вирусологик ва биохимиявий лабораториялар, марказлаштирилган стерилизация, патологик-анатомик бўлим билан ўликхона. Йирик юқумли касалхоналарда (400 ўриндан ортиқ) махсус реанимация бўлимлари ташкил қилинади.

Ташкилий-методик бўлим иши поликлиникаларнинг юқумли касаллик кабинетлари билан биргаликда беморларни ўз вақтида аниқлаш, шифохонага жойлаштириш, даволаш, реконвалесцентларни кузатиб бориш, профилактик чоралар қўллашдан иборат.

Юқумли касалхоналар маъмурий-хўжалик қисми идора, сут кухняси билан биргаликдаги ошхона, дезинфекция камераси, инфекция тушган оқликларни ювиш учун кирхона, омборхона ва ёрдамчи хўжалик хоналаридан, гараж, санитария-техник жиҳозлар хоналари ва ҳоказолардан иборат. Юқумли касалхона бўлмаган жойларда ихтисослашган ёрдам ва даволаш ишларини шаҳар ва район оддий касалхоналарининг юқумли бўлимлари олиб боради.

Юқумли касалхонага (ёки бўлимга) қабул қилинадиган беморлар қабулхона бўлиmidан ўтадилар. Уларга алоҳида биркитилган ходимлар хизмат кўрсатади. Қабулхона бўлими бир неча қабул боксларидан ташкил топган. Ҳар бир бокс алоҳида кириш ва шлюзга эга. Бу бокс хизматчилар бўладиган коридор, кўздан кечириш хонаси, ечингириш хонаси, душ билан ваннахона, кийиниш хонасидан иборат (10-расм).



10- расм. Инфекцион касалхонанинг қабулхона бўлими (бир нечта бокс-лари бор).

Беморларни қабул қилиш индивидуал ҳолда ўтказилади. Ҳар бир қабул қилиш бокси алоҳида инфекцияга мўлжалланган бўлади (ичак инфекциялари бўлган беморларни қабул қилиш бокси, скарлатинали беморлар бокси ва ҳоказо).

Қабул бўлимида қуйидаги чоралар ўтказилишини таъминлаш керак: диагнозни аниқлаш, ҳужжатлар тўлдириш, даволашни тайинлаш, лаборатория текширишига материал олиш, беморни санитария ишловидан ўтказиш, беморни олиб келган транспортни дезинфекция қилиш (0,5-1% хлорамин эритмаси билан). Беморни санитария ишловидан ўтказилгандан кейин тегишли бўлимга жўнатилади, бемор бўлган боксда дезинфекция ўтказилади.

Аралаш юқумли касалликлар билан оғриган, шубҳали диагноз билан қабул қилинган беморларни ёки юқумли касаллиги бўлган беморлар билан бирга бўлганларни боксларга, улар учун ажратилган махсус палаталарга ёки Мельцер типидagi боксларга ажратиб ётқизилади. Мельцер бокси алоҳида кириш йўли, шлюз ва хизматчилар хонаси билан тутуштирувчи бокс олди йўлидан иборат. Ҳар бир бокс алоҳида санузел, ванна ва санитария ишлови ўтказиш учун зарур жиҳозлар билан таъминланади. Мельцер боксида беморлар соғайгунига қадар, карантин охиригача ёки диагнози аниқлангунча бўладилар.

Касалхона ичи инфекциясини профилактика қилиш мақсадида инфекция бўлимларини алоҳида ажратилган биноларда — павильонларда жойлаштирилади. Ана шундай бўлимларнинг ҳар бири алоҳида инфекцияни қабул қилади. Юқумли касалхоналар ёки бўлимлар икки-уч қаватли биноларга жойлаштирилган бўлса, унда ҳаво-томчили инфекция билан оғриган беморларни юқори қаватга жойлаштирилади. Ҳар бир бўлимда ўрта ҳисобда 20—40 койка

(ўрин) бўлади. Зарурият туғилганда уни иккита алоҳида секцияга ажратиб қўйиш имконияти бўлиши керак. Ҳар бир ана шундай секцияда бир ўринли ва икки ўринли палаталар бўлиб, оғир аҳволдаги беморлар шуларга ётқизи-лиши керак, шунингдек икки бокс, беморларни ўтказиш ва ходимларни ўтказиш жойи (пропускник), буфетхона, тоза ва ифлосланган кийим-кечаклар сақланадиган хона, врачлар, ўрта ва кичик медицина ходимлари учун хоналар, судноларни ювиш учун алоҳида хона, беморлар ва ходим-лар учун алоҳида санузел бўлади. Кичик ёшдаги болалар учун мўлжалланган бўлимдан ўринлар 10—20 тадан ош-маслиги керак. Шунда ҳам уни икки қисмга — ярим бокс-ларга ажратиш ёки ойнали тўсиқлар ўрнатиш имконияти яратилиши керак. Касалликнинг оғир-енгиллиги, унинг ривожланиш даврларига қараб, беморларни маълум гуруҳ-ларга ажратиб жойлаштирилади ва шу тариқа инфекция-нинг кесишма ҳолда ўтиши камайтирилган бўлади.

Юқумли касаллик бўлимларидаги режим. Юқумли касалликлар бўлимининг ҳар бир палатасида ўринлар сони 4 тадан ошмаслиги керак. Айниқса, болалар касал-хонаси палаталарига шундай талаб қўйилади. Палата май-дони ҳар бир бемор учун 6—7 м², ўринлар оралиғи эса 1,5 метрдан кам бўлмаслиги керак.

Палаталарда тортиб олувчи вентилятор ўрнатилмаган бўлса, уларни фрамуга ёки форточкани очиб қўйиш ёрда-мида шамоллатилади. Қишда уларни ҳар икки соатда 10—15 минутга очиб қўйилса, ёзда сутка давомида доимий очик қолдирилади.

Мунтазам шамоллатишдан ташқари, ультрабинафша нур тарқатадиган симоб-кварц лампасидан фойдаланиш тав-сия қилинади. Нурлантириш бир кунда 3 марта ўткази-лади (40 минутдан).

Палаталар ҳўлланган латта ёрдамида артиб йиғиш-тирилади. Бунда 0,5% ли хлорли оҳак ёки хлорамин эрит-маси ишлатилади. Ҳожатхона, ундаги стулчак ва унитаз-лар доим тоза сақланиб, кунига камида 4 марта 0,5% ли тинитилган хлорли оҳак эритмаси билан ювилади (ифлос-ланганда эса ўша заҳоти ювилади).

Ҳамма идишлар ҳар гал овқатланишдан сўнг 2% ли натрий гидрокарбонат эритмасида 15—30 минут қайнати-лади ёки микроорганизмларнинг чидамлилигига кўра хло-рамин эритмасида ёки тинитилган хлорли оҳак эритма-сида дезинфекция қилиниб, сўнгра ювиб қайноқ сув билан чайилади. Овқат қолдиқларига овқатнинг 1/5 ҳажми ҳисобидан қуруқ хлорли оҳак сепилади.

Болалар юкумли касалхоналарида (бўлимларида) болаларга ўйнаш учун резина ёки целлулоиддан ясалган ўйинчоқлар берилади, чунки улар осонликча дезинфекция қилинади. Медицина ходимлари беморларнинг шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишларини кузатиб борадилар.

Беморлар ёнига қариндошлари киритилмайди, оғир аҳволдаги беморлар ва кўкрак ёшидаги болалар бундан мустасно (бўлим мудири рухсати билан). Озиқ-овқатлардан беморларга печенье, мермелад ва ҳоказолар, шунингдек, мевалар олиб келинишига рухсат берилади.

Ҳар белгиланган палатага хизмат қилиш учун бир неча ҳамшира пости ташкил қилинади, улар билан бемор ўриндиғи ўртасида ёруғлик сигнализацияси ўрнатилган бўлади. Оғир аҳволдаги беморлар учун кеча-кундуз индивидуал медицина ҳамшираси кузатуви ташкил қилинади.

Юкумли касалликдан тузалганларни касалхонадан клиник кўрсатмаларга, яъни ҳарорат нормага тушганига ва даволаш курси тамом бўлганига неча кун ўтганлиги ҳамда инфекция ташиб юрувчиликка лаборатория текширишлари натижаларига мувофиқ чиқарилади.

Касалхонадан чиқарилаётган бемор гигиеник ванна қабул қилади ёки душда ювинади, сўнгра тоза ва дезинфекция қилинган кийимлар кияди.

Беморга жавоб берилгач хонада якунловчи дезинфекция ўтказилади. Беморнинг кир кийим-кечаклари алоҳида халтачада кирхонага юборилади, ўрин-кўрпалари эса параформалинли камерага жўнатилади. Бемор ётган хона, тутилган анжомларга микробларнинг кучига қараб хлорамин эритмасида қайта ишлов берилади.

Реконвалесцентлар қўлига касаллик тарихидан олинган кўчирма берилади, унда касалликнинг кечиши, даволаш, текшириш натижалари ва ҳоказолар кўрсатилган бўлади. Ана шу кўчирмани почта орқали даволаш-профилактика муассасасига ҳам жўнатиш мумкин. Бундан ташқари, реконвалесцентларни уйига жўнатишда яқин 2—3 ҳафта учун кун тартиби, парҳез тўғрисида маслаҳатлар берилади.

Ходимлар учун қўлланиладиган санитария-гигиена тадбирлари. Юкумли касалхоналар ёки бўлимларда ишлайдиган ходимлар устки кийимларини сақлаш учун гардероб, иш кийими учун эса индивидуал шкаф берилади. Хизмат қилувчи ходим махсус кийимда юради, унинг тозаллигини сақлайди, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилади. Тирноқлар калта қилиб қирқилади. Қўллар эса кўпинча иссиқ сувда «Гигиена» совунида чўтка билан ювилади.

Беморлардан текшириш учун қон, сийдик, нажас, қусук

массаси, орқа мия суюқлиги олинганда ва лабораторияга олиб келинганда улар ходимларга ва бошқа беморларга юқиб қолмаслиги шарт.

Беморни кўздан кечириб, парвариш қилиб бўлгач, даволаш ва диагностик чоралар қўлланиб бўлингандан кейин қўлни 0,5% ли хлорамин суюқлиги ёки «Гигиена» совуни билан ювилади.

Беморга овқат тайёрловчи, тарқатувчи, дори-дармон берувчилар ўртасида микроб ташиб юрувчилар бор-йўқлигини аниқлаш учун уларни медицина кўригидан ўтказиб, сўнгра ишга қабул қилинади. Кейинчалик ҳар 6 ойда гинекологик ва ҳар 3 ойда 1 марта терапевт ва венеролог текширувидан ўтказилади. Агар хизматчи ходимлардан бирортаси касал бўлиб қолса, уни дарҳол ажратиб, соғаймагунча бўлимга қўйилмайди, зарурат туғилганда эса микроб ташиб юрувчиликка қайта манфий анализ олингунга қадар ишга қўйилмайди.

Касалхона ичи (нозокомиал) инфекциялари профилактикаси. Касалхона ичи юқумли касаллиги деб, шу инфекция учун хос инкубацион даврдан узоқ давом қилган муддатдан сўнг (бемор қабул қилинган кунидан бошлаб) ёки уйига жавоб берилгандан кейин инкубацион даврдан қисқа муддат ичида пайдо бўлган касалликка айтилади.

Касалхонадан ташқари юқиш ҳолларига беморни госпитализация қилгунча юққан касалликлар кириб, бемор касалликнинг яширин даврида касалхонага тушади (инфекция олиб келиш). Касалхона ичи юқумли касалликлари ичида тез-тез учраб туриши жиҳатидан ҳаво-томчи инфекциялари: грипп, ўткир респиратор касалликлар, сувчечак, қизилча, эпидемик паротит, скарлатина, қизамиқ ва ҳоказоларни кўрсатиб ўтиш мумкин.

Касалхона ичи инфекциясининг манбаи бўлиб, касалхонага ётқизиладиганда юқумли касаллиги аниқланмай қолган ва инкубация даврида тушган беморлар ҳисобланади.

Даволаш-профилактика муассасаларида ишловчи врачлар стационарга йўлланма беришдан аввал беморни атрофлича текшириб, ундан оғриб ўтган юқумли касалликларини аниқлашлари, квартира, уй, болалар муассасаларида беморлар билан контактда бўлган-бўлмаганлигини билиб олишлари керак. Бу маълумотларнинг ҳаммаси госпитализация қилиш учун берилган йўлланмага ёзилади.

Қабулхона бўлимида беморни атрофлича кўздан кечириб, қўйилган диагнознинг тўғрилиги ва аралаш инфекция бор-йўқлиги текширилади, тўлиқ эпидемиологик анамнез тўпланиб, бемор ёки инфекция ташиб юрувчилар билан контактда бўлган-бўлмаганлиги аниқланади.

Касалхона ичи инфекцияси пайдо бўлганда унинг тарқалиб кетмаслиги учун эпидемияга қарши чоралар қўлланилади, зарурат туғилса, карантин эълон қилинади. Карантин даврида бўлимга аввал ана шу касаллик билан оғриб ўтганларгина қабул қилинади.

Касалхона ичи инфекцияси билан оғриган биринчи бемор бўлимдан боксга ёки изоляторга ёки аралаш бўлимга ўтказилади. Сўнгра палата, бемор фойдаланган бутун анжом ва асбоблар дезинфекция қилинади.

Бемор билан контактда бўлган шахслар максимал инкубацион (яширин) даврнинг бошидан охиригача кузатиб борилади. Касаллик турига қараб ташувчиликка текшириш ўтказилади, профилактик даволанади, гамма-глобулин юборилади ва ҳоказо. Касаллик аниқланган тақдирда шошилиш равишда санитария-эпидемиология станциясига маълумот берилади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ПАРВАРИШИ ВА УЛАРНИНГ ОВҚАТЛАНИШИ

Беморларни тўғри парвариш қилиш даволаш-профилактика чоралар комплексига катта роль ўйнайди ва тезроқ соғайиб кетишга имкон беради. Оғир ётган беморларни ва болаларни даволашда парвариш қилиш алоҳида аҳамият касб этади. Инфекцион бўлим ходимларининг меҳрибончилиги беморда тузалиб кетишга ва меҳнат фаолиятига қайтишга ишонч ҳосил қилади, уйқуни ва кайфиятни яхшилайти.

Ходимлар бемор танаси ва кўрпа-тўшагининг тозаланишига аҳамият берадилар. Ҳафтада камида бир марта беморларни чўмилтирадилар, агар беморлар оғир аҳволда бўлсалар, ҳар куни ҳўлланган сочиқ билан уларнинг баданларини артиб қўядилар. Бемор ич кийимлари ва кўрпа-тўшак анжомларини ҳафтада бир марта, зарурат туғилганда эса зудлик билан алмаштиради. Улар ҳар куни эрталаб беморларнинг юз-қўлларини ювадилар. Оғир аҳволдаги беморлар ва ёш болалар юз-қўлини илиқ сув билан ювадилар.

Аҳволи оғир бўлган беморларда ётоқ яралар ҳосил бўлиб қолмаслиги учун улар бадани босилиб турадиган жойлар (курак, думғаза, товонлари) ўсимлик мойи ёки камфорали спирт билан артилади, кўпинча беморларнинг ўриндаги ҳолати ўзгартириб қўйилади, зарурат туғилганда резина доиралар ишлатилади.

Муваффақиятли даволаш учун беморлар аҳволини синчиклаб назорат қилиб боришнинг аҳамияти катта.

Бемор ҳарорати кунига икки марта (эрталаб соат 7 да ва кеч соат 18 да) албатта ўлчаб борилади. Олинган маълумотлар касаллик тарихига ва температура варағига ёзиб борилади. Температура эгри чизиғи характери катта диагностика аҳамиятга эга бўлиб, унинг тез кўтарилиб, тез тушиши бирор бир асорат юзага келаётганлигидан ёки касаллик кечиши ўзгараётганлигидан далолат беради.

Умумий интоксикация ҳодисаларида (каттиқ бош оғриғи, алаҳсираш, юқори ҳарорат) бемор пешонасига муз парчаси солинган резина халтачани 20 минутга қўйилиб орада 25—30 минут танаффуслар қилинади. Уйқусизликда эса уйқудан бир соат олдин уйқу дориси берилади. Юрак-томирлар системаси пульси тезлиги, ритми ва тўлиқлигига, нафас органлари ҳолатига (ҳар минутдаги нафас олиши частотасига, унинг умумий характерига, йўтал бор-йўқлигига, балғам ажралишига ва ҳоказоларга), ҳазм қилиш органларига (ичаклар дам бўлишига, ич қотиш, ич кетиш, қусиш ва ҳоказоларга), сийдик ажралишига (сийдик ажралиш тезлигига, сийдик рангига) аҳамият берилади.

Беморлар овқатланишига катта аҳамият берилади. Беморлар ва реконвалесцентлар бир кунда камида 4 марта овқат ейишлари (нонушта, пешинлик, тушлик, кечки овқат), овқат қатъий белгиланган соатларда берилиши керак. Таомлар тўла сифатли, яъни уларда барча зарур бўлган озика моддалари, тузлар, витаминлар, шунингдек, етарли каллорияли бўлмоғи лозим. Беморларга янги сабзавот, мева, резавор-мевалар, мева шарбатлари берилади.

Парҳез тайинлашда касаллик патогенези ва кечиш хусусиятлари ҳисобга олинади. Масалан, ич терламада ичакда ярали жараён борлиги туфайли механик эҳтиёт-лайдиган 4 рақамли парҳез буюрилади. Овқат суюқ ва суюқроқ ҳолатда бўлиши лозим. Гўшт бульони, суюқ овқат, кисель, қоқ қуритилган нон, творог, кефир, буғда пишган котлет кўринишидаги қайнатилган гўшт, кнелъ, фрикаделька, қайнатилган балиқ, эзилтириб пиширилган бўтқа, мева шарбатлари рухсат этилади. Шигеллезда, ич терламадан соғайиш даврида, иситмалаётган беморларга 2 рақамли парҳез тавсия қилинади. Ҳамма таомлар эзилтирилган ва майдаланган кўринишда тайёрланади. Беморнинг истак-хоҳишини ва иштаҳасини ҳисобга олиш, овқатининг хушқўрим бўлишига аҳамият бериш лозим.

Беморларга етарли миқдорда суюқлик бериб туришнинг аҳамияти катта, бу касаллик қўзғатувчиларининг ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг организмдан чиқиб кетишига ёрдам беради. Беморларга лимонли чой, морс, резавор-мева ва куруқ мева шарбатлари берилади.

ИНФЕКЦИОН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Инфекцион беморларни даволаш комплекс, специфик, патогенетик томондан асосланган, ҳар кимнинг ўзига хос, касалликнинг кечиши ва даврига боғлиқ бўлиши керак.

Махсус терапия юқумли касалликлар қўзғатувчиларини ва улар фаолиятидаги маҳсулотларни йўқотиш ёки уларни юқумсизлантириш, организм қаршилик кўрсатиш реакциясини кучайтиришга қаратилган бўлиб, у даволаш натижасида ҳал этувчи роль ўйнайди. Ана шу мақсадда химиявий терапия, серотерапия, иммун терапия ўтказиш кўрсатилган.

Химиотерапия. Инфекцион беморларга даво қилиш учун қўзғатувчиларга специфик таъсир этадиган химиявий моддалардан фойдаланилади. Уларга синтетик ва ўсимликлардан олинadиган препаратлар, шунингдек, антибиотиклар киради.

Химиявий моддалар организмга тушар экан, микроорганизмларнинг қўпайишини ва ҳаёт фаолиятини тўхтатиб қўяди. Кейинчалик организмнинг қўзғатувчилардан ҳалос бўлиши организм ҳимоя механизмлари орқали таъминланади.

Сульфаниламид препаратлардан таъсири узайтирилган синтез қилинган препаратлар (сульфапиридазин, сульфадиметоксин ва б.) қўлланилади, шунингдек, норсульфазол, сульфадимезин, дисульфурмин ва бошқалар кўпроқ қўлланилади. Бу препаратларни чегараланган ҳолда қўлланиш уларга чидамли микроорганизмлар пайдо бўлиши, уларнинг меъда шиллиқ пардасига нохуш таъсири (кўнгил айниши, қусиш, меъда секрецияси пасайиши); аллергия тошмалар пайдо бўлиши; буйракларда тошлар ҳосил бўлиши билан боғлиқ. Кейинги ҳолни ишқорий ичимликларни мўл ичишни тайинлаш йўли билан бартараф этиш мумкин.

8- оксихинолин унумлари (хинозол, 5 — НОК) антипаразитар, антибактериал ва замбуруғларга қарши активликка эга. Улар нормал ичак флорасини йўқотмайди, бироқ уларни узоқ вақт қўлланиш периферик невритлар, кўрув нервнинг зарарланиши каби ҳолатларни келтириб чиқариши мумкин.

Ичак инфекцияси ва бошқа инфекцияларни даволаш учун нитрофуран унумлари (фуразолин, фурадонин, фурацилин, фуразолидон, фурагин ва б.) қўлланилади.

Антибиотиклар муваффақият билан қўлланилади. Уларни инфекция беморларни даволашда ишлатиш тўғрисида касаллик муддатлари қисқаради, асоратлар камроқ пайдо бўлади, деталлик пасаяди. Антибиотиклар тайинлаш-

да қўзғатувчиларнинг турини ва уларнинг шу антибиотикка сезувчанлигини, организмга киритиш дозаси ва юбориш усулини (перорал, мушак орасига, венага), даволаш давомлилиги ва унинг организм учун токсинлигини ҳисобга олиш муҳим. Антибиотиклар қўлланиши натижасида тезда терапевтик натижага эришилади. 1—2, камроқ 3 кун ўтгандан кейин бемор аҳволи яхшиланади, тана ҳарорати пасаяди. Аҳволи яхшиланмаган тақдирда бирмунча таъсирчан антибиотик танлаш тўғрисидаги масалани ҳал қилиш зарур.

Маълумки, левомицетин кенг таъсир доирасига эга ва ичак гуруҳидаги инфекциялар касалликлар (ич терлама, паратифлар А ва В, сальмонеллез, дизентерия ва б.), риккетсиозлар, спирохетозлар ва бошқаларни даволашда самаралидир.

Пенициллин гуруҳидаги антибиотиклар (бензилпенициллин тузлари, бициллин ва б.) менингококк инфекцияси, куйдирги ва бошқаларни даволашда юкори таъсирчан.

Тетрациклинлар (тетрациклин ва диоксициклин гидрохлоридлари, рондомицин ва б.) нинг таъсир доираси кенг, риккетсиозлар, ичак инфекциялари ва бошқаларни даволашда самарали.

Стрептомицин гуруҳидаги препаратлар тоун, туляремия ва бошқаларни даволашда фойдали.

Асоратлари. Аллергик реакциялар препарат қўлланиш давомлилиги ва дозасидан қатъи назар кузатилади. Улар кўпинча шиллик пардаларда катарал ўзгаришлар, шиш, геморрагик васкулит, шок реакцияси (хушдан кетиш, артериал босим тушиб кетиши, нафас бузилиши ва б.) кўринишида юзага чиқади. Стрептомицин билан узоқ даволашда токсинли таъсир натижасида баъзан эшитув нерви, вестибуляр аппарат зарарланиши қайд қилинади.

Эндотоксик реакциялар антибиотикларнинг зарбали дозалари қабул қилингандан сўнг пайдо бўлади ва микроорганизмларнинг нобуд бўлиши ва эндотоксин ажралиши билан боғлиқ.

Дисбактериоз аксарият левомицетин, тетрациклин препаратлари билан даволашда нормал ичак микрофлорасининг йўқолиши ва аутоинфекция пайдо бўлиши, антибиотикларга чидамли стафилококк штаммлари, *Candida* туридаги ачитқисимон замбуруғлар кўпайиши натижасида қайд қилинади. Витаминлар биосинтези, айниқса В гуруҳидаги витаминлар биосинтези бузилади.

Инфекцион беморларни антибактериал даволашнинг камчиликларига, шунингдек, қўзғатувчиларнинг у ёки бу

препаратга резистентлиги (чидамлилиги) пайдо бўлишини киритиш мумкин.

Асоратларнинг олдини олиш мақсадида препарат тайинлашдан олдин батафсил анамнез йиғиш, десенсибилизация қиладиган даволаш, (димедрол, супрастин, диазолин, дипразин, пипольфен ва б.) етарли миқдорда витаминлар (С, В, РР, Р гуруҳидаги ва б.) тайинлаш зарур. Эндотоксикознинг олдини олиш мақсадида антибиотикларни зарбали дозаларда тайинламаслик керак. Зарурат бўлганда дезинтоксикацион препаратлар: гемодез, глюкоза, тузли эритмалардан фойдаланилади. Дисбактериознинг олдини олиш учун нистатин, ичакнинг нормал микрофлорасидан олинadиган препаратлар ичишга тайинланади.

Серотерапия — эмланган ҳайвон ёки одамлар зардоби билан даволаш методидир. Юқумли касалликларни даволашда антитоксик (ўзида антитоксин сақловчи) ва антибактериал (ўзида бактерицид антителолар сақловчи) зардоблар қўлланилади. Специфик экзотоксин билан гипериммунлаш йўли билан отлардан баъзан ҳўкиз ва бошқа ҳайвонлардан олинган зардоб ҳисобланади. Антитоксик зардоблар бўғма, скарлатина, ботулизм, қоқшол, газли гангрена ва бошқаларни даволашда қўлланилади. Зардобни имкони борича эртароқ, то токсинлар орган ва тўқималарда қайтмас ўзгаришларга сабаб бўлмасдан туриб юбориш зрур. Антитоксин зардоблар халқаро бирликлар (ХБ) ларда дозаланadi. Зардоб дозалари касалликнинг оғир-енгиллигига қараб, мушак орасига ёки венага юборилади.

Антибактериал зардоблар ҳайвонларни бактериал вакцина билан гипериммунлаш йўли билан тайёрланади. Уларни миллилитрларда дозалаб, касалланиш оғир-енгиллигига қараб 50—100—150 мл миқдорда юборилади.

Асоратлари. Ҳайвонлар зардоби юборилганда (гетерологик ўзгача) баъзан ҳар хил реакциялар зардоб юборилгандан кейин бирдан юзага келадиган, эрта — 4—6 — кунига келиб ва бирмунча кечроқ — иккинчи ҳафтада ва ундан ҳам кечроқ юзага келадиган реакциялар билан давом этади. Бирданига рўй берадиган асоратлар ўзига хос анафилактик шок сифатида юзага келиб, у артериал босимнинг тушиб кетиши, коллапс, нафас бўғилиши, талваса тутиши, тана ҳароратининг пасайиб кетиши, ихтиёрсиз сийдик ва нажаснинг чиқиб кетиши; носпецифик иситма реакциялари билан эт увишиши, юз гиперемияси, терига тошма тошиши; маҳаллий реакция (инъекция қилинган жойда бирданига ёки бир неча соатдан сўнг

кизариш, шиш, камроқ некроз пайдо бўлиши) билан намоён бўлиши мумкин.

Зардоб касаллиги ривожланиши ҳисобланган эрта ва кечки реакциялар кўпинча зардобни кўп миқдорда қўллаганда, айниқса, такрор-такрор қўллаганда пайдо бўлади. 1—12 кундан сўнг беморда эритема ёки эшак еми сифатида, айниқса у укол қилинган жойда тошмалар тошади, юзда шиш, ич кетиш, бўғимлар шиши ва оғриғи, лимфа тугунлари катталашуви, тана ҳароратининг кўтарилиши белгилари пайдо бўлади. Зардоб касаллиги бир неча кундан 3 ҳафтагача давом этади. Даволаш учун пипольфен, димедрол, кальций глюконат тайинланади.

Анафилактик шокни профилактика қилиш мақсадида зардоб юборишдан олдин Безредко методи бўйича тери ости синамасини қилиш йўли билан организмнинг индивидуал сезувчанлигини аниқлаш зарур. Бунинг учун 1:100 нисбатда суюлтирилган от зардобини тери орасига 0,1 мл миқдорда юборилади. Шундан 20 минут ўтгач папула диаметри 0,9 см дан ошмаса ва қизиллик чегараланган бўлса, синама манфий саналади. Манфий тери ости синамасида суюлтирилмаган зардобни тери остига 0,1 мл миқдорда юборилади. 30 мин.— 1 соат ўтгач реакция бўлмаганда зардобнинг ҳамма дозасини мушаклар орасига ёки венага юборилади. Тери ости синамаси мусбат бўлганда ёки анафилактик реакция пайдо бўлган тақдирда зардобни фақат жуда муҳим клиник кўрсатмалар бўлгандагина юборилади. Аввалига суюлтирилган зардобдан (суюлтирилмаган) 20 минутлик танаффус билан 0,5, 2 ва 5 мл миқдорда 3 марта инъекция қилинади ва реакция бўлмаган тақдирда 30 минут ўтгач қолган дозанинг ҳаммаси юборилади. Одам зардобини (гомологик) юбориш деярли ҳеч қачон анафилаксия ва зардоб касаллигига сабаб бўлмайди.

Аллергик асоратларни профилактика қилиш учун қуйидагиларни аниқлаш зарур: беморга илгари зардоб юборилганми, унда аллергия касалликлар (бронхиал астма, эшакем, экзема ва б.) бор-йўқлиги аниқланади. Анафилактик шок белгилари пайдо бўлганда зардоб юборишни тўхтатиш, беморни эса оёқларини баландроқ ҳолатда кўтариб ётқизиш қўйиш зарур. Венага норадреналин ёки эфедрин ёки мезатон, бронхлар спазмида — атропин, глюкокортикостероидлар юборилади. Юқумли касалларни даволаш учун и м м у н г л о б у л и н л а р кенг қўлланилади, гамма-глобулин ва полиглобулинлар шулар жумласидан. Гаммаглобулинлар ва полиглобулинлар эмланган донорлар (гомологик) ёки ҳайвонлар (гетерологик) қонидан олинган зардобдан тайёрланади. Гомологик гамма-глобулин ёки

полиглобулин юборилгандан кейин организмда кўшимча реакциялар пайдо бўлмайди. Гетерологик гамма-глобулинлар ва полиглобулинларни тери остига қилинадиган синамадан сўнг юбориш зарур. Бунинг учун елканинг букиладиган сатҳига тери остига 100 нисбатда суюлтирилган 0,1 мл гамма-глобулин юборилади. Синама манфий бўлиб чиққанда 20 минутдан кейин тери остига препаратнинг суюлтирилган (1:100 нисбатда) 0,1 мл миқдори ва 1 соат ўтгач — бутун дозани мушак орасига юборилади. Гамма-глобулинлар даволаш ва профилактика мақсадида грипп, кўкйўтал, кизамик, мавсумий энцефалит, куйдирги, лептоспироз, стафилоккок инфекциялари ва ҳоказоларда қўлланилади. Беморларни зардоб ва иммунглобулинлар билан даволаш кўпинча кимёвий терапевтик препаратларни қўллаш билан кўшиб олиб борилади.

Иммун терапия. Инфекцион беморларни даволаш учун иммун системага таъсир қиладиган методлардан фойдаланилади. Специфик ва носпецифик иммун терапия фарк қилинади. Иммун стимуляция учун вакциналар, антигенлар, анатоксинлар, пирогенлар (биологик препаратлар) ва пиримидин унумлари, левомизол, полимерлар (химиявий бирикмалар) ишлатилади. Бемордан ажратилган қўзғатувчилардан тайёрланган аутовакциналар энг таъсирчан. Вакцинотерапия антибиотиклар билан бирга, аксарият касалликнинг ўткир белгилари сўнаётган даврда, у сурункали ва хроник кечганда (туляремия, бруцеллёз, дизентерия) ўтказилади. Даволаш мақсадида вакциналар венага, мушаклар орасига, тери остига, тери орасига юборилади. Вакциналар билан даволашга монелик қиладиган ҳоллар юрак-томирлар системаси, буйрак, жигар зараланишлари ҳисобланади.

Патогенетик терапия дезинтоксикацион ёки инфузион-дезинтоксикацион терапия (касалликнинг клиник формасига боғлиқ ҳолда) ва глюкокортикоид терапия ўтказиш йўли билан интоксикацияни тугатишга қаратилган кенг даволаш тадбирлари доирасини: сув-туз мувозанатини гидратацион терапия ўтказиш, юрак-томирлар ва нерв системалари функциясини нормаллаштириш йўли билан тиклаш, шунингдек рағбатлантирувчи терапия ўтказиш йўли билан организмнинг заифлашган функцияларини ошириш; дисбактериознинг олдини олишни ўз ичига олади.

Дезинтоксикацион терапия — инфекциян касалликларнинг енгил ва ўртача оғирликдаги формаларида тайинланади. Бунда беморга мўл-кўл суюқликлар — шарбатлар: компот, минерал сув, қайнатилган сув, иссиқ чой бериш кифоя қилинади.

Ифодаланган интоксикация бор беморларга и н ф у з и о н - д е з и н т о к с и к а ц и о н терапия буюрилади, у микроорганизмлар токсинлари ва издан чиққан алмашинув махсулотларининг организмдан чиқиб кетишига ва нейтраллашга қаратилган бўлади. Бу мақсадларда венага юбориладиган гемодез (неокомпенсан) қўлланилади, артериал босим бирданига тушиб кетганда полиглюкин ёки реополиглюкин, қон плазмаси, 10% ли альбумин эритмаси ва бошқаларни юборган маъқул. Шунингдек, 5% ли глюкоза, натрий хлориднинг изотоник эритмаси, «Квартасоль», «Трисоль» ва бошқалар ҳам юборилади. Эритмалар биринкетин рухсат этилган аралашмалар ёки меъёрига етгунига қадар томчи ҳолида томчилаб; инъекцион-токсик шокда полиглюкин ва реополиглюкин пульс пайдо бўлгунига қадар жилдирашиб, сўнгра томчилаб юборилади.

Токсикоз даражасига қараб 500 мл дан 1000 мл гача ва бундан ортиқ суюқлик юборилади.

Дори юборилаётган суюқлик миқдори, бемор вазни ва диурезни қатъий назорат қилган ҳолда суткасига 2—3 марта такрор-такрор юбориб турилади. Диурез организмдан ортиқча суюқликнинг чиқиб кетишини таъмин этиши зарур.

И н ф е к ц и о н - т о к с и к шок ва ўткир буйрак усти беши етишмовчилигида (менингококк инфекцияси, грипп, геморрагик иситма, полиомиелит, ич терлама ва тошмали терлама, сальмонеллез, ичбуруғ, бўғма, вабо, тоун ва б. қ.) беморларга глюкокортикоид терапия тайинланади.

Глюкокортикоидларни (преднизолон, дексаметазон триамцинолон, гидрокортисон, кортизон ва б. қ.) катта дозаларда тайинлашиб, яхшиси, венага юборган маъқул. Масалан, преднизолоннинг бир суткалик дозаси 120—130 мг ва бундан ортиқроқ бўлиб, бемор шок ҳолатидан чиқариб олингач, препаратнинг суткалик дозаси 2—4 марта камайтиради ва артериал босим назоратида мушак орасига ёки оғиз орқали юборилади.

Юқумли ичак касалликларида тўхтовсиз қусиш, ич кетиш оқибатида организмнинг сувсизланиши (дегидратацияси) ҳолати ва шунга мувофиқ айланиб юрувчи қон ҳажмининг камайиши (гиповолемиа), гиповолемик шок билан давом этадиган сув-туз балансини тиклашга қаратилган гидратацион терапия ўтказилади.

Юбориладиган туз эритмалари миқдори, уларнинг таркиби ва юбориш усули дегидратациянинг ривожланиш тезлигига, даражасига ва сув-туз баланси бузилишлари характерига боғлиқ бўлади.

Дегидратациянинг 4 даражаси фарқ қилинади.

Дегидратациянинг I даражаси. Беморлар тана вазнининг 1—3 фоизига тўғри келадиган суюқлик йўқотадилар. Уларда ўртамиёна чанқоқлик ва шиллик пардаларининг қуриши, озгина кувватсизлик, нажаснинг сувсимон ёки бўтқасимон бўлиши ва унинг суткада 3—10 мартагача бўлиши, камдан-кам қусиш қайд қилинади.

II даражали дегидратация. Беморлар тана вазнининг 4—6 фоизига тенг суюқлик йўқотадилар. Ич кетиш кучайиб сувсимон, гуруч қайнатмасига ўхшаш бўлади. Суткасида 10—20 мартагача ич келиши, тез-тез қусиш (5—10 марта) кузатилади. Чанқаш, тери ва шиллик пардаларининг қуриши, лаблар, қўл ва оёқ панжаларининг кўкимтир рангга кириши, қаттиқ ҳолсизлик қайд этилади. Болдир, панжа товон мушакларининг томир тортишиши, қон қуюлишининг белгилари, гипотония, тахикардия, олигурия кузатилади.

III даражали дегидратация. Беморлар ўз тана вазнининг 7—9 фоизига тенг келадиган суюқлик йўқотадилар. Ич кетиши тезлашади, кўпаяди, беҳисоб даражага боради. Бемор қусиши, мушаклари тортишади, тери ва шиллик пардалари қуруқ бўлади, «Кир ювувчилар қўли» симптоми, ифодаланган гипотония, олигурия ёки ҳатто анурия ҳам кузатилади.

IV даражали дегидратация (энг оғир алгид формаси). Бемор ўз вазнининг 10 фоизигача ва бундан ортиқ ҳажмда суюқлик йўқотади.

Касаллик кўпинча бирдан бошланади. Тўхтовсиз ич кетиш ва қусиш касаллик бошланишида тўхтайдди. Ҳарорат $35—35,5^{\circ}\text{C}$ га тушиб қолади, периферик пульс ва артериал босим йўқолади, анурия, афония юзага келади. Тери қопламлари цианози кучаяди, талваса тутади, юз кўринишлари жиддийлашади, кўзлар, лунжлар ботиб кирган бўлади.

Дегидратациянинг I ва II даражасида бемор меъдаси зонд ёрдамида ювилиб, қуйидаги эритмалардан бири оз-оз миқдорда ичирилади: глюкоза-тузли «Оралит» эритмаси (3,5 г натрий хлорид, 2,5 г натрий гидрокарбонат, 1,5 г калий хлорид ва 20 г глюкоза extempore 1 л ичимлик сувида эритилади). «Трисоль» (4 г натрий гидрокарбонат, 5 г натрий хлорид, 1 г калий хлорид), «Квартасоль» (2,6 г натрий ацетат, 1 г натрий гидрокарбонат, 6,2 г натрий хлорид, 0,3 г калий хлорид), глюкоза ёки ширин чой қўшилган Рингер-Локк эритмаси ичирилади.

Бордию, бемор қусаверса, суюқлик назогастрал зонд орқали юборилади.

II—III ва айниқса IV даражали дегидратацияда касал-

ларга 38—40°С гача иситилган кўп ионли буфер эритмалари венага юборилади. Тузли эритмалардан венага юбориш учун кўпроқ «Трисоль», «Квартасоль», «Ацесоль» (2 г натрий ацетат, 5 г натрий хлорид; 1 г калий хлорид), «Хлосоль» (3,6 г натрий ацетат, 4,75 г натрий хлорид, 1,5 г калий хлорид), Лактосоль (3,3 г натрий лактат, 4,75 г натрий хлорид, 1,5 г калий хлорид) ва б. қ. қўлланилади.

Беморларга икки босқичда даво қилинади: бирламчи гидратация (даволаниш бошлангунга қадар йўқотилган суюқлик ўрнини босиш) ва компенсатор гидратация (даволаш жараёнида йўқотилган суюқлик ўрнини тиклаш) қилинади.

Дегидратациянинг II—III даражасида суюқликни оқим билан 100 мл/мин гача тезликда юборилади. Дегидратациянинг IV даражасида ва гиповолемик шок ривожланганда юқорида кўрсатилган эритмалардан бирини аста-секин оқим билан 100—200 мл/мин тезликда 1—1,5 соат давомида 5—7 литргача юборилади. Беморни оғир аҳволдан кутқариб олингач, даволашнинг иккинчи босқичига — даволаш жараёнида йўқотилган суюқлик ўрнини тўлдиришга ўтилади. Эритма томчи усули билан минутига 100—150 томчидан аста-секин 60 томчига тушириб, сўнгра минутига 20—10 томчи миқдорида юбориб турилади. Инфузия терапияси бемор аҳволининг яхшиланишига ва сув-туз алмашинуви нормаллашувига қараб тўхтатилади. Зарурият туғилганда глюкоза-тузли эритмалар оз-оздан, тез-тез ичиб туриш учун тайинланади.

Кўп миқдорда эритмалар юборишда организмда умумий реакция (эт увишиши, тана ҳароратининг кўтарилиши) пайдо бўлса, эритмалар юбориб турилади, юборилаётган эритмага эса, промедол ва димедрол ёки пипольфен эритмалари аралашмалари муайян концентрацияларда қўшиб қўйилади.

Тузли эритмаларнинг айниқса катта дозаларда юборилиши, сув-туз алмашинуви, қон ва диурез доим лаборатория текшируви назорати остида олиб борилади.

Стимулловчи терапия органларнинг заифлашган функцияларини ва организм системаларини кучайтиришга ва нормага келтиришга қаратилган. Юрак-томир системаси фаолиятининг бузилишлари касаллик қўзғатувчилари токсинларининг юрак мушакларига ва қон томирларига таъсир кўрсатиши, организм сувсизланганда эса қон қуюқлашуви, гемоциркуляция ва гемостазнинг издан чиқиши натижасида юзага чиқади. Токсинлар таъсир қилганда кордиамин, кофеин, эфедрин, норадреналин ва б. қ. тайинланади.

В и т а м и н л а р б и л а н д а в о л а ш. Витаминлар касаллик бошланганидан белгиланади, улар касаллик чўзилиб кетганда, сурункасига кечганда, асоратлар бўлганда, айниқса кўп ишлатилади. Витаминлар гормон ва ферментлар билан биргаликда алмашинув жараёнларининг биокатализатори ҳисобланади, В₁ витамини нерв системаси баъзи бузилишларининг тикланишига, А, С, В₁ витаминлари эса антибиотикларнинг токсик таъсирини камайтиришга ёрдам беради, С, В₁, РР ва Р витаминлари яллиғланишга қарши ва дезинтоксикацион таъсир кўрсатади, Р витамини томирлар ёрилишини ва ўтказувчанлигини камайтиради, К витамини қон ивишига ёрдам беради ва ҳ. к.

Инфекцион касалликнинг келиб чиқишига қараб, тегишли витаминлар комплекси тайинланади, буларнинг дозалари нормадан 3—4 баравар кўпроқ реконвалесценция даврида — 2—3 марта ошиқ бўлиши зарур. Витаминлар ичиш ва венага глюкоза эритмалари билан бирга юбориш учун тайинланади (С витамини 5% ли аскорбин кислота, В₁—5% ли эритма ҳолида).

Қ о н қ у й и ш организм реактивлигига нерв-рефлектор таъсир кўрсатади, организмнинг инфекцияларга қаршилиқ кўрсатиш кучини қувватлайди, қон оққанда эса гемостатик ва ўринбосарлик ролини ўйнайди. Касалликлар чўзилиб кетганда ва сурункасига кечганда, асоратлар юзага келганда (ич терлама, скарлатина) қон қуйилади. Даволаш курсига 3—4 кун оралатиб 2—3 марта қон қуйиш тайинланади.

Қон ўрнига ампулаларда қуруқ ҳолда чиқариладиган плазмани қуйса бўлади. Уни ишлатишдан олдин икки марта дистилланган сувда эритилади. Плазма болаларда ичбуруғ чўзилиб кетганда, сурункали кечганда ва бошқа инфекцияларда 50—100 мл дозада венага юборилади.

Шунингдек, аутогемотерапия, полиглобулин, интерферон (вирусли инфекцияларда) ҳам қўлланилади. Лейкоцитларнинг фагоцитар активлигини, специфик иммунитет ҳосил бўлишини кучайтирувчи, шиллиқ пардалар тикланишини тезлаштирувчи препаратлар (пентоксил 0,2 г дан кунига 3 марта, метилурацил 0,5—1 г дан кунига 3 маҳал ва б. қ.) тайинланади.

С и м п т о м а т и к терапия организм интоксикацияси натижасида пайдо бўладиган айрим симптомларни бартираф этишга қаратилган, масалач, бош оғриғида фенацетин билан бирга амидопирин, уйқусизликда — уйқу дорилари ва б. қ. тайинланади.

ҚАЙТАРИШ УЧУН САВОЛЛАР

1. Инфекцион касалликнинг ривожланиш даврларини санаб ўтинг ва уларни қисқача таърифлаб беринг.

2. Инфекцион касалликлар учун қандай асосий симптомлар характерли бўлади?

3. Инфекцион касалликларга диагноз қўйишда қандай серологик реакциялар қўлланилади?

4. Инфекцион касалхоналар ва бўлимлар режими хусусиятларини санаб беринг.

5. Юқумли касаллик билан оғриган беморларга қилинадиган парварिश хусусиятларини санаб беринг.

6. Касалхона ичи инфекциялари (озокомиал) нинг олдини олиш учун қандай профилактик чора-тадбирлар қўрилади?

7. Юқумли касалликлар юқишининг қайси бирини касалхонадан ташқарида юққан ва қайси бирини касалхона ичида юққан касалликларга киритасиз?

8. Юқумли касалликлар касалхонасининг болалар бўлимида (ичак инфекциялари бор беморларни ажратиб қўйиш учун бўлим) касалхонага тушган вақтининг 5-кунига бола сувчечак билан оғриди. Бу касалхона ичидаги ёки касалхонадан ташқари инфекциями?

9. Ичак инфекциялари бўлимига тушган вақтнинг 24-куни бола эпидемик паротит билан оғриди. Бу касалхона ичидаги инфекциями ёки касалхонадан ташқаридаги инфекциями?

10. Инфекцион касалларни даволашнинг асосий принципларини айтиб беринг.

11. Инфекцион беморларни специфик даволаш методларини санаб ўтинг, ҳар бир методга қисқача таъриф беринг.

12. Патогенетик даволашнинг асосий турларини санаб ўтинг, ҳар бир методга қисқача таъриф беринг.

13. Инфекцион касалларнинг овқатланиш хусусиятлари нималардан иборат?

ХУСУСИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

ИЧ ТЕРЛАМА (TYPHUS ABDOMINALIS)

Этиологияси. Қўзғатувчи ичак бактериялари оиласига мансуб бўлиб, сальмонеллалар авлодига киради. Ҳаракатчан, фақат одам учун патоген ҳисобланади. У ташқи муҳитга анча чидамли бўлади: оқиб турган сувда 5—10 кун, кўлмак сувда — бир неча ойгача; музда бутун киш давомида; мева ва сабзавотларда — 5—10 кун, бошқа маҳсулотларда — 2 ҳафтадан 8 ҳафтагача; атрофдаги буюмларда — бир неча соатдан бир ойгача ва бундан кўпроқ тирик қолади. Қуёш нурларининг бевосита тик таъсирида қуритилганда қўзғатувчилар тез, қайнатилганда — шу заҳоти ҳалок бўлади. 3% ли лизол ва 3% ли хлорамин эритмалари ич терлама таёқчаларини 2—3 минут мобайнида ўлдиради.

Эпидемиологияси. Бемор киши ёки бактерия ташувчи инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Касалликнинг энгил ва билинмайдиган формалари билан оғриган беморлар айниқса хавфли бўлади, чунки улар ишлаб туради, жамоат жойларида бўлиб, инфекцияни тарқатиб юради. Ич терлама касаллигида беморлар касалликнинг биринчи ҳафтасидан бошлаб атрофдагилар учун юқумли ҳисобланади, лекин энг катта хавф касалликнинг 2—3-ҳафтасида бўлади, бунда қўзғатувчилар нажас ва сийдик билан бирга жуда кўп микдорда ажралади.

Хроник ташувчилик ич терлама инфекциясининг хроник формасидан иборат. Бунда қўзғатувчилар макрофаглар системаси хужайраларида — формалар ҳолида сақланади, булар муайян шароитларда бактерияларнинг дастлабки формаларига айланиши (реверсирланиши) ва клиник симптомларсиз иккиламчи ўчоқлар ривожланган ҳолда бактериемияга сабаб бўлиши мумкин.

Касалликнинг 1-ҳафтасидан бошлаб талайгина беморлар организмда специфик иммунитет аста-секин шаклланиб боради, у организмнинг қўзғатувчилардан халос бўлишига ва интоксикациянинг барҳам топишига ёрдам беради.

Кейинчалик термик обработка қилинмаган, айниқса, тайёр овқат маҳсулотлари билан ишлайдиган хроник та-

шувчилар инфекцияни тарқатишда етакчи роль ўйнайди. Хроник ташувчилар фақат инфекция манбаи сифатидагина эмас, балки касаллик ва эпидемик инфекцияларнинг айрим ҳолларига сабаб бўладиган ич терлама инфекция сақловчилари сифатида ҳам хавфлидир.

Соғлом (транзитор) инфекция ташувчиларнинг хроник ташувчиларга қараганда эпидемиологик аҳамияти камдир, чунки улар қўзғатувчиларини қисқа вақт ва оз миқдорда ажратади.

Ў т к а з и ш м е х а н и з м и. Фекал-орал юктириш механизми ич терлама учун хосдир. Қўзғатувчилар бемор ёки инфекция ташиб юрувчилар организмдан нажас ва сийдик билан ажралади, соғлом одам организмга улар сув ва озиқа маҳсулотлари орқали тушади. Сув, озиқа маҳсулотлари, ифлосланган қўллар, турмуш буюмлари (идиш-товок, ўйинчоқлар, кўрпа-ёстик, сочиқ, тагга тутиладиган туваклар ва б. қ.), пашшалар қўзғатувчиларни юктириш омиллари бўлиб хизмат қилади.

Қўзғатувчиларни юктириш омилларига қараб инфекциянинг сув ва озиқа маҳсулотлари орқали, турмуш-контактли тарқалиш йўллари фарқ қилинади. Инфекция сув йўли орқали юққанда касалланганлар сони сув таъминоти манбаининг қайси бири (водопровод, дарё, қудук, ҳовуз) зарарланганига боғлиқ бўлади.

Ич терламанинг сув орқали юз берадиган эпидемиялари қуйидаги турларга: 1) ўткир, вақт-вақти билан пайдо бўладиган ва нисбатан қисқа муддат давом этадиган; 2) сурункали, бир неча ой, ҳатто бир неча йил давом этадиган турларга ажратиш мумкин.

Сув манбаларига алоқадор бўлган сув эпидемияларининг водопровод, дарё, қудук, булок, ҳовуз, ариқ орқали юқиш турлари бўлади.

Хавфли, сув орқали юз берадиган эпидемиялар водопроводдан фойдаланиш қоидаларига амал қилмаслик ёки у авария бўлиши оқибатларида пайдо бўлади. У касалликнинг тўсатдан бошланиши ва сув ифлосланиши сабабларини йўқотиш туфайли касалликнинг нисбатан тезда тугатилиши билан характерланади.

Сув орқали юз берадиган хроник эпидемиялар водопровод тармоғининг айрим қисмларига ифлосланган юза сувларнинг шимилиб кириши ёки текшириш қудуклари, колонкалари ва бошқа йўл билан сувнинг ифлосланиши оқибатида пайдо бўлади.

Водопровод сувининг ана шу механизм ёрдамида ифлосланиши сабабли касалланиш узоқ вақт давомида юкори даражада сақланиб туради.

Инфекция озиқа маҳсулотлари орқали тарқалганда сут ва сут маҳсулотлари, термик қайта ишланмайдиган тайёр таомлар (дирилдоқ, яхна овқат, салатлар, винегретлар ва б. қ.) асосий роль ўйнайди. Бундан ташқари, қўзғатувчилар ана шу овқат маҳсулотларида кўпайиш учун қўлай муҳитга эга бўлади. Озиқа маҳсулотлари орқали тарқалувчи эпидемия касаллик авжланиб кетишига сабаб бўлган маҳсулот хусусиятига ва кўпчилик томонидан унинг қай даражада истеъмол қилишига боғлиқ. Бу эпидемиялар қисқа муддатли бўлади, чунки овқат маҳсулотлари аҳоли ўртасида қисқа вақтда сотиб юборилади.

Контакт-турмуш йўли билан инфекция тарқалишида қўзғатувчи бемордан ёки инфекция ташувчилардан соғлом одамга бевосита ифлосланган қўл ёки ифлосланган кундалик турмушда ишлатиладиган буюмлар орқали ўтади. Бунда санитария-гигиена шарт-шароитларининг қониқарсиз бўлиши, бемор ёки атрофидагиларнинг санитария маданияти паст бўлиши инфекция ташувчи қўзғатувчиларнинг тарқалишига ёрдам беради.

Санитария-гигиена шароитлари ноқўлай бўлганда, аҳоли яшайдиган жойлар яхшилаб йиғиштириб тозаланмаганда, пашшалар ич терламанинг тарқалиб кетишига ёрдам беради.

Ич терлама учун унинг ҳамма ерда тарқалиши хос бўлмаса-да, лекин касалланиш ҳеч қачон пандемия характерига эга бўлмаган. Бу ич терламанинг инкубацион даври узоқ давом этиши билан характерланиши ва беморлар қўзғатувчиларни 2—3- ҳафтада ҳаммадан кўра кўп ажратиши (бунда улар асосан касалхонага ётқизилган бўлади) билан изоҳланади. Бундан ташқари, қўзғатувчиларнинг сув ва овқат маҳсулотлари орқали ҳамма ерда тарқалиши учун шароитлар бўлмаслигининг аҳамияти бор.

Сўнгги йилларда ич терлама билан касалланиш асосан спорадик ҳоллар ёки катта бўлмаган локал авж олиш кўринишида қайд қилинади. Касалликларнинг энг кўп сони ёз-куз даврига тўғри келади.

Инфекция ўчоқларида бўлган шахсларнинг кўп қисми касалланмаса-да, ич терламага мойиллик умумий деб ҳисобланади. Касаллик бошдан кечирилгандан кейин озми-кўпми мустаҳкам иммунитет вужудга келиб, у йил сайин заифлашиб боради.

Патогенези. Қўзғатувчилар организмга оғиз орқали тушади. Меъдада унинг ҳимоя функцияси етарли бўлганда, қўзғатувчилар тамомила нобуд бўлади ва касаллик ривожланмайди. Меъданинг ҳимоя функцияси пасайганда ва қўзғатувчилар организмга етарли миқдорда тушганида

улар ингичка ичакнинг қуйи бўлакчасига етиб, у ерда лимфатик тузилмалар ҳисобланган группавий лимфатик ва солитар фолликулаларга ўрнашиб олиб, регионар (мезентериал) лимфа тугунларига ўтади ва кўпаяди. Инкубацион давр охирида қўзғатувчилар мезентериал лимфа тугунларидан қон оқимига тушиб, бактериемияга сабаб бўлади, бутун организм бўйлаб тарқалади ва талоқ тўқимасида, жигар, суяк илиги, лимфа тугунларида йиғилади. Микроорганизмлар ҳалок бўлганда эндотоксин ажралиб чиқиб, организм интоксикациясига сабаб бўлади. Эндотоксиннинг марказий нерв системасига таъсири Status typhosus ҳолида (эс-хушнинг хиралашуви, тормозланиш, уйқусизлик билан алмашинадиган уйқучанлик, бош оғриғи ва б. қ.) намоён бўлади.

Организмнинг қўзғатувчилардан ҳалос бўлиши жигар, ичак безлари, ичак, буйрак кучли ишлаганда содир бўлади; қонда специфик антителолар ҳосил бўлади. Жигардан қўзғатувчилар ўт билан бирга ичак бўшлиғига тушади ва қисман организмдан чиқариб юборилади. Қолган микро-организмлар иккинчи марта ингичка ичак пастки бўлимнинг сенсibiliзацияси бўлиб ўтган группавий лимфатик ва солитар фолликулаларга тушади, бу некротли аллергик яллиғланиш реакцияларининг пайдо бўлишига ва яралар ҳосил бўлишига сабаб бўлади (11-расм).

Нерв системаси симпатик бўлимнинг зарарланиши метеоризмга (қорин шишуви), ич кетиши, брадикардия пайдо бўлишига олиб келади; артериал босимнинг пазайиши қайд қилинади ва б. қ.

Эндотоксин кўмик (суяк илиги) ҳам шикастланади, бу лейкопенияга сабаб бўлади.

Клиникаси. Инкубацион давр 7 кундан 25 кунгача, аксари 14 кун давом этади. Касаллик продромадан (дарак берувчи даврдан) бошланади. Аста-секин умумий ҳолсизлик, лоҳаслик, эт увишуви, бош оғриғи пайдо бўлади, иштаҳа йўқолади. Бу давр бир неча соатдан 2 суткагача давом этади, сўнгра касаллик симптомлари зўрайиб боради. Бемор аҳволи оғирлашади, ҳолсизлик кучаяди, адинамия, атрофдагиларга бефарқ қараш ҳоллари, бош оғриғи пайдо бўлади, уйқусизлик ҳам кўшилади. Ҳолсизлик беморни ётишга мажбур қилиб қўяди. Ҳарорат босқичма-босқич кўтарила боради ва хасталикнинг 4—5-кунига келиб, 39—40°C га етади, сўнгра бир неча вақт ўзгармай туради, шундан кейин касаллик тўлқинсимон тарзда (Боткин типиди) кечиши кузатилади.

Специфик даво қилинмаганда тана ҳарорати 2—3 ҳафта юқориликча қолади, шундан кейин аста-секин

(литик тарзда) пасайиб бориб, 4—5-хафта охирида асли ҳолига қайтади.

Бемор кўздан кечирилганда тери қопламларининг ва кўзга кўринадиган шиллиқ қаватлари рангининг оқарганлиги қайд этилади, тил йўғонлашган, четларида тиш излари қолади, устини оқ караш бойлаган, тил четлари ва учини караш бойламаган ва қип-қизил рангда бўлади. Хасталик оғир кечганда тил куруқ бўлади, унинг юзасида ёриқлар ҳосил бўлади, оқ карашга қон қўшилади, шу сабабли жигарранг тусига киради.

Кўп миқдорда газ тўпланиши туфайли қорин шишади. Ич келмаслик, баъзан ич кетиш кузатилади. 1-хафта охирида талоқ, кейинроқ жигар ҳам катталашади. Пульс тана ҳароратига тўғри келмайди (нисбий брадикардия), артериал босим пасаяди.

Касаллик авж олганда, ҳарорат секин-аста кўтарилиб боришида 5—7-кунига келиб нерв системаси бузилишларининг симптомлари зўрайиб боради. Бемор атрофдагиларга бефарқ бўлади, алахсирайди, бош оғриғи, уйқусизлик ва метеоризм аломатлари кучаяди. Касаллик оғир кечганда ступор ривожланиб, у сопорга (карахтликка) айланиши мумкин.

8—9-кундан бошлаб қоринда, кўкрак ва орқада очқизғиш доғлар — розеолёз тошма пайдо бўлади (12-расм). Розеолалар 4—5 кун сақланади, бундан кейин янги жойда янги тошма пайдо бўлади (кўшимча тошма тошиши). Хасталикнинг оғир формаларида тошма геморрагик характерда бўлиши мумкин.

Қисқа муддатли ўртача лейкоцитоздан сўнг нисбий лимфоцитозли (40—60 фоиз) лейкопения, анэозинофилия ва тромбоцитопения кузатилади, СОЭ ўрта меъёрда ошган бўлади. Касаллик авж олганда оғир кечганда бронхопневмония, ярали ангина ривожланиши мумкин, сийдикда оқсил ва цилиндрлар пайдо бўлади. Сийдик миқдори камаяди. Бактериурия ҳисобига сийдик чиқариш йўлларида пиелит ва цистит каби ўзгаришлар бўлади.

Касалликнинг клиник кўринишлари сўна бошлаган даврда интоксикация камаяди, ҳарорат аста-секин тушади, уйқусизлик йўқолади, иштаҳа яхшиланади, тил карашдан ҳоли бўлади, кўп-кўп сийдик ажралади. Ҳарорат нормага тушганидан кейин реконвалесценция даври бошланади.

Ич терламада рецидивлар бўлиши эҳтимол. Бир неча иситмасиз кунлардан сўнг тана ҳарорати яна кўтарила бошлайди, териға тошма тошади ва ҳ. к.; одатда хасталик бирмунча енгил формада ва қисқа муддат кечади.

Асорат қолдирмаган ич терлама касаллигининг оғир-

енгиллигига қараб енгил, ўртача оғир ва оғир формалари фарқ қилинади. Касаллик кечишида бир қанча ўзгаришлар учраб туради; касаллик бирдан тана ҳарорати кўтарилиши, меъда-ичак йўллариининг бузилишлари ва ҳоказолар билан бошланиши мумкин; касалликнинг енгил, бошқача формаларда ва абортив формалари кузатилиши мумкин.

Ич терламанинг абортив формаси, одатда, барча характерли симптомлар билан кечади, лекин хасталик ҳароратнинг бирданига тушиб кетиши ва тезликда соғайиш билан тугалланади. Иситмалаш даври 5—7 кун давом этади.

Атипик ҳолларда касаллик қисқа муддатли иситмалаш даври (6—9 кун) билан кечади, бунда клиник симптомлар онда-сонда юзага келиб, уни беморлар юриб ўтказадилар (амбулатория формалари).

Асоратлари. Ич терламанинг енгил формаларида ҳам оғир асоратлар ривожланиши мумкин, шу сабабли бемор ўзини яхши ҳис этишидан қатъи назар, ўрин-кўрпа қилиб ётиши зарур. Энг хатарли асоратлар қуйидагилардир: ичакдан қон кетиши ва ичак тешилиши, булар аксари хасталикнинг 2—3-хафтасида юзага келиб, ингичка ичакда кузатиладиган яра жараёнлари билан боғланган бўлади; инфекциян-токсик шок.

Ичакдан кам қон кетиши мумкин. Қон мўл-кўл кетганда, бемор ранги оқаради, тана ҳарорати тушиб кетади, тез-тез томир уради, артериал босим бирданига пасайиб кетади, юз ҳолати жиддийлашади. Оғир ҳолларда коллаптоид ҳолат ривожланади.

Ичакнинг бўшалиш муддатларига қараб, ахлатдаги қон ўзгармайди ёки у қорамойсимон характерда бўлади (мелена).

Яра аксари 3—4-ҳафтага келиб тешилади ва бемор ҳаёти учун хавф туғдиради. Яра тешилишига метеоризм, кучайган перистальтика, йўтал, қалтис ҳаракатлар, дағал овқат сабаб бўлади. Қоринда бирданига қаттиқ оғриқ бўлиши ҳамавақт ҳам қайд қилинмайди. Шу муносабат билан қоринда оғриқнинг оз бўлса-да, пайдо бўлиши медицина ходимларининг диққатини жалб этиши керак. Қорин аввал ичига тортилган бўлади, кейин шишади, олдинги қорин пардаси таранглашади, пульс тезлашади, периферик қонда лейкоцитлар сони кўпаяди. Бунга қусиш ва ҳикичоқ қўшилади. Беморни фақат операция қилиб қутқариш мумкин, у перфорациядан кейин дастлабки 6 соат ичида қилинади.

Инфекцион-токсик шок ривожланганда тана ҳарорати кескин пасаяди, терлаш кучаяди, артериал босим тушиб

кетади, тахикардия, кейинчалик анурияга айланадиган олигурия пайдо бўлади.

Бошқа асоратлар: зотилжам, паротит, холецистит, миокардит, пиелоцистит, тромбофлебитлар, нерв система-сининг менингоэнцефалитлар ҳолидаги бузилишлар ҳам кузатилиши эҳтимол.

Диагнози. Диагностика касалликнинг клиник манзарасига, эпидемиологик анамнез маълумотларига ва лаборатория текширувлари натижаларига асосланади.

Бактериологик текширув лаборатория диагностикасининг асосий методи бўлиб хизмат қилади. Лабораторияга қон, нажас, сийдик, сафро (дуоденал суюқлик) жўнатилади.

Қонни экиш — гемокультура методи диагностиканинг энг эрта, тез ва аниқ методи бўлиб ҳисобланади. Бунинг учун стерилланган шприц ёрдамида билак венасидан 10—20 мл қон олиниб, бемор ётган ўринда Раппопорт муҳитидаги флаконга ёки 1:10 нисбатдаги 10—20% ўт (сафро) бульёнига экилади. Муҳити бор флакон 37°С ли термостатга жойлаштирилиб, Эндо ва Плоскиревларнинг қаттиқ муҳитларига олиб 1,2 ва 7 кундан кейин қайта экилади. Қон экиб кўришнинг энг кўп ижобий натижалари касалликнинг биринчи кунлари, антибиотиклар бериб даволашдан олдин олинади.

Эрта диагноз қўйишда РИФ қўлланилади, қонда кўзгатувчиларни экиб бўлингандан кейин 1—1,5 соат ўтгач, кўзгатувчиларни аниқлашга имкон беради, лекин микроорганизмларни классик гемокультура методи билан ажратиб, диагнозни тасдиқлашни истисно қилмайди.

Нажас ва сийдикни экиб кўриш чекланган диагностик аҳамиятга эга, чунки ижобий натижалар кўпинча хасталикнинг 2- ҳафтасидан олинади. Экиб кўриш касалликнинг биринчи кундан бошланади. Нажас олиш учун дезинфекцияланган тувакни иссиқ сув билан чайилади, 3—5 г нажас 30% ли глицерин аралашмаси солинган пробиркага олинади ва лабораторияга жўнатилади. У ерда дифференцияловчи муҳитларга (Эндо, Плоскирев ва б. қ.) ва яна бирорта бойитилган муҳитга экилади.

Сийдикни стерилланган катетер ёрдамида йиққан маъқул. Бундай имконият бўлмаса, сийдик чиқариш йўлининг ташқи тешиги натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан ювилиб, сийдикнинг биринчи порцияси тўкиб ташланади, кейин эса 20—50 мл сийдик стерилланган идишга йиғиб олинади. Лабораторияда сийдик центрифуга қилинади ёки тиндириб қўйилади ва чўкмаси экиш учун олинади.

Бактерия ташувчиликни аниқлаш учун дуоденал суюқ-

ликни тана ҳарорати тушганидан сўнг камида 5—10 кун ўтказиб текшириш тавсия этилади. Ўт дуоденал зонд ёрдамида наҳорда стерил пробиркаларга А, В ва С порцияларида алоҳида-алоҳида тўпланади.

Серологик текшириш методлари диагнозни тасдиқлашга ёрдам беради. Видаль реакцияси билан бир қаторда эритроцитар диастикуми (О-, Н-, Vi- антигенлари) бор билвосита гемагглютинация реакциясидан ҳам фойдаланилади. Видаль реакциясини қўйиш учун хасталикнинг 8—9- кунда стерил пробиркага бармоқдан ёки билак венасидан қон олиниб, лабораторияга жўнатилади. О-, Н-, Vi- антигенлари билан қилинувчи РПГА, Видаль реакциясига қараганда бир қадар специфик бўлиб, анти-телоларни касалликнинг 4—6- кундаёқ аниқлаш имконини беради. Реакция 1:200 ва бундан ортиқ титрларда мусбат бўлиб ҳисобланади. Хавфли бактерия ташувчиларни сурункали бактерия ташувчилардан, шунингдек, эмланган ташувчилардан ажратиш учун цистеин билан РПГА реакциясидан фойдаланилади. Реакция ҳозир танилган бешта синф (Ig, А, Ig, М, IQ, Tq D, Iq E) га мансуб бўлган иммунглобулинлардан бактерия ташувчиликни серологик текширишда IqQ — антителоларининг энг катта диагностик аҳамияти борлигидан иборат, бу антителолар зардобни цистеин билан обработка қилинганда парчаланиб кетмайди (цистеинга чидамли бўлади).

Даволаш. Даволашда левомецетин қўлланилади, унинг дозаси тана ҳарорати нормал бўлгунига қадар икки кун мобайнида суткасига 4 маҳал берилиб, 0,5 дан 0,75 г гача ўзгариб туради, кейин эса яна 8—10 кун давомида суткасига 3 марта 0,5 г дан бериб борилади. Левомецетин овқатдан 20—30 минут олдин ичиш учун тайинланади. Бемор қайт қилганида натрий сукцинат левомецетини суткасига 3 маҳал 1,0 г дан мушак орасига ёки венага юбориш учун тайинланади.

Шунингдек, ампициллин ҳам таъсирчан восита ҳисобланади, у 14 кун давомида 1 г дан суткасига 4 марта бериб турилади. Қўзғатувчилар антибиотикларга чидамли бўлганда бактрим (бисептол) суткасига 2 марта 2—3 таблеткадан ёки нитрофуран препаратлари 0,15—0,2 г дан суткасига 4 марта берилади.

Антибиотиклар билан даволаш вакцинотерапия билан бирга олиб борилади, бу — рецидивлар сонини камайтиради ва бактерия ташувчиликнинг шаклланишига тўсқинлик қилади. Vi- антигени билан даволаш энг самарали ҳисобланади, уни тери остига 1 г дан 8—10 кун оралатиб 2 марта касалликнинг ҳар қандай босқичида юборилади. Касаллик

оғир кечганда организм интоксикациясини камайтириш мақсадида, шунингдек томчилаб 5% ли глюкоза эритмаси (500—800 мл), «Трисоль», гемодезни (400 мл) кокарбок-силаза ва аскорбин кислота билан бирга юбориш тайинланади. Эрталаб 1—2 кун давомида ичиш учун 0,04 г дан фурасемид ва В₁, В₆, В₁₂ рутин витаминлари тайин қилинади. Касаллик ўртача оғирликда кечганда юрак-томир препаратлари берилади.

Ичаклар тешилиб кетганда зудлик билан операция қилиш талаб қилинади. Ичакдан қон кетганда бемор албатта ўрин-кўрпа қилиб ётиши зарур. Бемор қорнига муз солинган пуфак қўйилади. Гемостатик дозаларда (75—100 мл) тегишли группа қони қўйилади; 0,01 г дан викасол суткасига 2 марта; венага 5—10 мл 10%ли кальций хлорид юборилади. Мўл-кўл қон кетганда 1—2 литр қон, кўп ионли эритмалар («Трисоль», «Ацесоль» ва б. қ.), коллоид эритмалари (полиглюкин, желатиноль ва б. қ.) қўйилади. Дастлабки 10—12 соат давомида ахлат нормал ҳолга келгунга қадар сув-чай парҳези, сўнгра 5%ли сутда тайёрланган манний бўтқаси, мева киселлари берилади.

Беморлар касалликнинг оғир-енгиллигидан қатъи назар, ётиш режимига сўзсиз риоя қилишлари керак. Фақат тана ҳарорати нормаллашганининг 7—8- кунда ўтиришга рухсат берилади. 10—11- кунлари монеликлар бўлмаса, бемор ўриндан туриши ва аста-секин юра бошлаши мумкин. Касалликдан тузалганларни тана ҳарорати нормал бўлиб қолгандан кейин 21- кун, аҳволига қараб, стационардан чиқарилади. Антибиотиклар қабул қилмаган беморларни тана ҳарорати нормал бўлиб қолгандан кейин 14- кун стационардан чиқарилади.

Беморларга тўғри ташкил этилган парвариш катта аҳамиятга эга. Оғиз бўшлиғини, қулоқ, бурун, терини тоза тутиш лозим. Дарди оғир беморлар оғиз бўшлиғини 2% ли борат кислота билан хўлланган дока билан тозаланади, қуриб қолган лабларга вазелин мойи суртиб турилади. Оғир касални ўпка димланиши ва ётоқ яралар пайдо бўлишига йўл қўймаслик учун бир ёнбошидан иккинчи ёнбошига ағдариб туриш лозим. Ич келмай қолганда тозаловчи клизмалар, ичаклар қабзиятида газ чиқарувчи найлар қўйилади. Беморлар шикоятларига диққат билан қулоқ солиш, пульс тезлиги ва характерини кузатиш асоратлар пайдо бўлишини ўз вақтида аниқлашга ёрдам беради.

Овқат осон ҳазм бўладиган, витаминларга бой ва етарли-ча каллорияли бўлиши зарур; 4-сонли парҳез, касал тузалиб борган сари — 2-сонли парҳез тавсия қилинади. Метеоризм пайдо бўлишига имкон берадиган овқат берилишига йўл қўймаслик лозим.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Санитария-гигиена чоралари: сув таъминотиغا, водопровод қурилмалари ва ишлашига, овқат маҳсулотлари ишлаб чиқарадиган корхоналарга ва уларни сотиш устидан санитария назорати ўрнатиш, мунтазам равишда пашшаларга қарши курашиш асосий аҳамиятга эга. Аҳоли яшайдиган жойларнинг ўз вақтида тозалаб турилишига қараш, канализация аҳволи ва чиқиндиларни зарарсизлантириш устидан кундалик санитария назоратини ўрнатиш зарур.

Беморларни ва бактерия ташувчиларни ўз вақтида аниқлаш ва ажратиб қўйиш ич терлама профилактикасида муҳим роль ўйнайди. Касалхоналардан чиқариладиган реконвалесцентлар касаллик ташиб юривчилар сифатида текширилади.

Эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ бактерия ташиб юривчилар сифатида ич терлама билан оғриганлар билан контактда бўлганлар, шунингдек, озиқ-овқат маҳсулотлари ишлаб чиқарадиган ходимлар ва санитария-эпидемиология станцияларининг қарорига биноан ана шу тоифадаги шахслар текширилади. Озиқ-овқат корхоналарига ва ана шу корхоналарга тааллуқли ишга кирувчилар профилактик текширувдан ўтказилади. Текшириш цистеин билан бирга РПГА қўлланишдан бошланади, бир йўла нажасни бир марталик бактериологик текшириш ҳам ўтказилади.

Бактериологик текшириш учун ахлат ва сийдик санитария-эпидемиология станциялари лабораторияларида, инфекция касалликлар кабинетларида, медицина пунктларида ёки текширилувчиларнинг ишхоналарида, ёки ич терлама касаллиги бор ўчоқларда, шунингдек касалхоналарда олинади.

Аниқланган ҳамма хроник ташиб юривчилар касбидан қатъи назар, санитария-эпидемиология станцияларида доимий ҳисобга (364/У-сон форма) олинади. Хроник ташиб юривчилар озиқ-овқат корхоналарига ва шунга ўхшаш жойларга ишга олинмайди.

Гигиена қоидаларини (қўлларни ювиш, мева-сабзавотларни ювиб истеъмол қилиш ва ҳ. к.) аҳоли ўртасида жорий қилиш мақсадида санитария маорифи ишлари олиб борилади.

Специфик профилактика ёрдамчи роль ўйнайди. У планли равишда (аҳоли яшайдиган жойларни тозалаш бўйича ходимларга, кирхона ишчилари ва бошқалар ўртасида) ва эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ олиб борилади. Ич терлама ва паратифларга эмлаш учун кимёвий (тозаланган тифо-паратифоз-қоқшол вакцинаси, ТАВТе), шунингдек ич терламага қарши спиртли вакцина, Vi- анти-

гени билан бойитилган тифо-паратифоз вакцина ва бош-калар ишлатилади.

Эмлашдан олдин монеликларни аниқлаш учун эмланадиганлар врач кўригидан ўтказилади ва албатта, ҳарорати ўлчаб кўрилади.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а к ў р и л а д и г а н т а д-б и р л а р . Эпидемик ўчоқ пайдо бўлган жойларда биринчи ўринда инфекция манбаини зарарсизлантириш, яъни беморларни вақтида аниқлаб, ажратиб қўйиш, хабар қилиш, ўз вақтида рўйхатга олиш ва эпидемиологик текширишларни ўтказиш чоралари қўлланилади. Аниқланган беморлар албатта юқумли касалхоналарга (ёки бўлимларга) ётқизилади. Касалхонага ётқизгунга қадар кундалик дезинфекция, кейин эса якунловчи дезинфекция, кийим-бош ва кўрпа-ёстикларни ҳам камерада зарарсизлантирилади.

Реконвалесцентлар клиник тузалгандан сўнг ахлат ва сийдикни 5 кун оралатиб, 3 марта бактериологик текшириш салбий натижа берганда ва клиник белгилар йўқолгандан кейин 10 кун ўтгач, олиб борилган ўт (сафро) ни бир марта текшириб бўлгандан сўнг касалхонадан чиқарилади. Реконвалесцентлар орасида бактерия ташиб юрувчиларни аниқлаш учун 1—2 кун оралатиб, беш марта ахлат ва сийдик текширилади.

И ч терлама билан оғриб тузалганлар уларда бактерия ташувчилик бўлмаганда 2 йил давомида диспансер ҳисобида турадилар. Борди-ю, бактерия ташувчилик аниқланса, уларни назорат қилиб борилади. Озиқ-овқат корхоналари ва уларга мансуб ишчилардан реконвалесцентлар бўлса, улар эпидемиологик хавф туғдирмайдиган жойларда бир ой муддатга ишга олинади. Ана шу муддат тугагач, уларда ахлат ва сийдик беш марта текшириб кўрилади. Натижа мусбат бўлиб чиққанда улар тузалгандан сўнг уч ой давомида асосий ишига қўйилмайди, сўнгра 1—2 кун дам бериб, ахлати ва сийдиги 5 марта ва ўт (сафро) 1 марта текшириб кўрилади. Натижа манфий бўлиб чиққанда уларни асосий ишларида ишлашига рухсат берилади, лекин 2 йил давомида ҳар кварталда бир марта ахлати ва сийдиги текшириб турилади. Касалликдан тузалгандан кейинги 2-йилнинг охирида цистеин билан бирга РПГА реакцияси қўйиб кўрилади. Натижа манфий чиқса, бундай шахслар бутун меҳнат фаолияти давомида (ҳар йили 2 марта ахлати ва сийдиги текширилади) кузатиб борилади.

Бордию, касалликдан тузалгандан кейин 3 ой ўтгач, ич терлама культураси топилса, бундай кишилар хроник ташувчилар ҳисобланиб, озиқа маҳсулотлари корхоналари-

дан ишдан бўшатилади, улар ўз касбларини ўзгартиришлари керак бўлади.

Бактерия ташувчилик болалар ўртасида топилганда мактабга қатнашига рухсат берилади, лекин уларни озиқа маҳсулотлари, сув ташиш ва тақсимлаш ишларига қатнашишларига рухсат берилмайди. Мактабгача ёшда бўлган болаларда топилса, уларнинг болалар боғчалари ва яслиларга қатнашига рухсат этилмайди. Улар даволаш ва текшириш учун стационарга ётқизилади.

Беморлар билан контактда бўлган шахслар орасида 25 кун давомида медицина кузатуви ташкил этилади, албатта ҳарорати ўлчанади, сўраб-суриштирилади ва кўздан кечириб турилади. Иситмалаётган касаллар аниқланганда, улардан гемокультура учун қон олинади ва касал бўлиб қолганлар диагнозни аниқлаш учун стационарга ётқизилади.

Бемор билан контактда бўлган барча шахслардан ахлат олиниб, бир марта бактериологик текширилади, қон зардоби ёрдамида цистеинли гемагглютинация реакцияси ўтказилади. Бактериологик ёки серологик натижалар мусбат бўлиб чиққанда бактерия ташувчилик характерини аниқлаш учун ахлат, сийдик ва ўт (сафро) бир марта текширилади.

ПАРАТИФ А ВА Б (PARATYPHUS A VA B)

Паратиф А ва В ўткир юқумли касаллик бўлиб, клиник аломатлари, патологик ўзгаришлари ва эпидемиологик характеристикасига кўра ич терламага ўхшаб кетади.

Этиологияси. А ва Б паратиф таёқчалари инфекция кўзгатувчилари бўлиб хизмат қилади. Улар морфологик нуқтаи назардан ич терлама кўзгатувчиларига ўхшайди ва антигенлик тузилиши бўйича фарқ қилади, холос; улар сальмонеллалар авлодига мансуб.

Эпидемиологияси ва патогенези. Ич терламада бўлгандаги каби. Ич терлама ва паратиф А дан фарқли равишда ҳайвонлар ҳам паратиф Б да айрим ҳолларда инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Клиникаси. Клиник симптомлари ич терлама симптомларига ўхшаб кетади, шу сабабли фақат лабораторияда текширилгандагина (гемокультура, серологик реакциялар қўйилганда) аниқ диагноз қўйса бўлади. Аммо паратифлар кечишининг баъзи бир хусусиятлари ҳам бор.

П а р а т и ф А. Бир қадар жанубий кенгликларда ич терлама ва паратиф В га қараганда анча кам учраб туради. Яширин д эри камроқ (3—14 кун) давом этади. Касаллик аксари ўткир бошланади. Юз қизариши, склера томирла-

рига қон қуйилиши, тумов, йўтал, лабларга герпетик тошма тошиши пайдо бўлади. Ҳарорат чизиғи ўзгарган бўлади. Иситма 2 ҳафтагача давом этади. Интоксикация ич терламага қараганда камроқ ифодаланган. Тошма полиморф бўлиб, касаллик бошланган дақиқадан тортиб бирмунча эрта муддатларда аниқланади. Асоратлар ва рецидивлар ич терламада бўлганидек, тез-тез учраб туради. Қонда лимфо-моноцитоз билан бирга лейкоцитоз қайд қилинади.

П а р а т и ф В. Ич терламага қараганда енгилроқ кечади, лекин оғир формалари ҳам кузатилади. Касаллик гастроэнтерит типига ўткир, гоҳо юқори нафас органлари катаридан бошланиши мумкин, унга кейинчалик ич терламага хос белгилар қўшилиб кетади. Ҳарорат кўрсаткичи бир суткада анча ўзгариб туриши билан фарқ қилади. Мўлкўл тошма (кўпинча розеолёз) тошади, у касалликнинг 5—7- кунига келиб пайдо бўлади. Қон текшириб кўрилганда нейтрофил лейкоцитоз кузатилади. Рецидивлар ва асоратлар ич терлама ва паратиф А га қараганда камроқ учраб туради.

Асоратлари, даволаш профилактикаси ва кураш чоралари. Ич терламада бўлгани каби.

САЛЬМОНЕЛЛЁЗ (SALMONELLESIS)

Этиологияси. Қўзғатувчилар — ҳозир 2000 га яқин серотиплари бўлган салмонеллаларнинг катта гуруҳидир. Сальмонеллалар иккита антиген комплексидан: термостабил О-антиген (соматик) ва термолабил Н-антиген (тизимчалик) дан иборат. Антигенлик структура салмонеллаларнинг халқаро серологик классификацияси ҳисобланган Кауфман — Уайт схемасига асос қилиб олинган. Одамда 700 дан зиёд серотип, шу жумладан ССЖИ территориясида 350 дан ортиқ серологик хиллари ажратилган.

S. typhimurium, *S. heidelberg*, *S. london*, *S. choleraesuis*, *S. derby*, *S. enteritidis*, *S. anatum* — ҳаммадан кўп учраб туради. Сальмонеллалар паст ҳароратга чидамли, қишда ҳайвонлар ахлатида сақланади. Қуритишга чидамли, қуруқ гўнгда — 90 кунгача, хона чангида — 80 кунгача, ҳайвонларнинг қуруқ ахлатида — 4 йилгача яшай олади. 0,5% ли хлорамин эритмаси салмонеллаларни 1 соатдан кейин, 3% ли эритмаси эса 30 минутдан кейин нобуд қилади.

Эпидемиологияси. Одам ва ҳайвонлар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Сальмонеллез эпидемиологиясида ҳайвонлар асосий роль ўйнаб, уларда касаллик клиник ифодаланган формада ва бактерия ташувчилик кўринишида кечади. Қўзғатувчилар инфекцияланган ҳайвон организ-

мидан уларнинг ахлати, сийдиги, сути, сўлаклари ва бутун шиллиғи орқали ажралиб чиқиши мумкин. Йирик шохли моллар ва чўчқалар энг катта хавф туғдиради. Отлар, қўйлар, мушуклар, итлар, кемирувчилар (сичқонлар ва каламушлар) ва бошқалар инфекция манбаи бўлиши мумкин. Қушлар, айниқса, сувда сузиб юрувчи қушлар сальмонеллез эпидемиологиясида катта роль ўйнайди, буларда қўзғатувчилар уларнинг фақат гўштида ва ички органларидагина эмас, балки тухумларида ҳам топилади.

Хайвонлар ва уларнинг гўшти сальмонелла ташувчиликка текширилганда қорамолда — 1—5%, чўчқаларда — 5—15%, қўйларда — 4—30%, ўрдак ва ғозларда — 50% ҳолларда сальмонелла топилади. Сичқонсимон кемирувчилар орасида ташувчилик 40%, мушук ва итлар орасида 10%га етади.

Бемор киши ва бактерия ташувчи инфекция манбаи бўлиши мумкин. Стационарларда, болалар муассасаларида ва озиқ-овқат корхоналари ва бошқа жойларда ишлайдиган бактерия ташувчилар ва сальмонеллезга учраган касаллар айниқса хавфли бўлади.

Овқат маҳсулотлари сальмонеллезни ўтказувчи омиллар бўлиб хизмат қилади, буларда қўзғатувчилар сақланибгина қолмай, балки кўпаяди ҳам. Одам кўпинча алиментар йўл билан, ўзида кўплаб сальмонелла сақлаган гўшт, гўшт маҳсулотлари, сут ва сут маҳсулотларини, балиқ ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилганида зарарланади. Қушхоналарда касалланган ва ҳолсизланган хайвонларни сўйганда, санитария-гигиена қоидаларига риоя қилинмаганда, хайвон ичагидаги гўштга тушиб қолганда, ташиш, қайта ишлаш ва сақлаш қоидалари бузилганда гўштга инфекция тушиши мумкин.

Контактли зарарланиш кўпроқ касал бемор ёки бактерия ташувчи билан яқин контактда бўлганда, камроқ хайвонга қараб турилганда кузатилади. Асосан илк ёшдаги болалар турмуш-контактли инфекцияга йўлиқади. Касалхона ичида бошқа касалликлар билан оғриб заифлашган болалар ўртасида, айниқса, ой-куни етиб туғилмаганлар, чақалоқлар, шунингдек ёши қайтган кишилар ётган бўлимларда сальмонеллез авж олиши мумкин.

Сальмонеллаларнинг ташқи муҳитга катта чидамлиги уларнинг чанг ва сув орқали тарқалишига ёрдам беради.

Одам сальмонеллез қўзғатувчилари токсинларига жуда сезувчан бўлади, шу муносабат билан ана шу микроблар организмлар ва токсинлари кўп микдорда тушган

маҳсулотларни истеъмол қилган шахслар орасида касаллик авж олиши мумкин.

Сальмонеллэз касалликлари йилнинг иссиқ ва айниқса йилнинг жазирама кунларида ҳаммадан кўра кўп учраб туради, бу овқат маҳсулотларида қўзғатувчиларнинг қўпайиши учун қулай шароитлар бўлишига ва ушбу хасталикларнинг қорамол ўртасида кўпроқ тарқалганлигига тааллуқлидир.

Патогенези. Меъда-ичак йўлига эндотоксинларнинггина эмас, балки меъдада қисман ҳалок бўладиган тирик сальмонеллаларнинг тушиши ҳам инфекцион жараённинг ривожланиши учун зарурий шарт ҳисобланади. Тирик қолган сальмонеллалар ингичка ичакка тушиб (ретикулоцитлар ва макрофаглар), кўпаяди (тарқалган формаси). Яширин давр охирида қўзғатувчиларнинг нобуд бўлиши ва эндотоксин озод бўлиши натижасида организм интоксикацияси юз беради; энтерит ва меъда-ичак йўли функционал бузилишларининг ривожланиши эндотоксинга бўлган маҳаллий реакциядир. Генерализациялашган (кенг тарқалган) формасида қўзғатувчилар ичакнинг лимфа системаси орқали қонга тушиб, турли органлар (жигар, талок, буйрақлар)га гематоген тарзда тушади ва у ерда иккиламчи ўчоқлар ҳосил қилади. Эндотоксин биринчи галда томир-нерв апаратига таъсир қилади, бу томирлар ўтказувчанлигининг ортишида ва тонусининг пасайишида, терморегуляциянинг бузилишида, қайт қилиш ва ич кетишининг пайдо бўлишида ифодаланади. Касалликнинг оғир формаларида суюқлик ва электролитларнинг йўқотилиши натижасида сув-туз алмашинуви издан чиқади, айланиб юрган қон ҳажми камаяди (гиповолемия), қон босими пасаяди, гиповолемик шок ривожланади. Инфекцион-токсик шок ривожланиши эҳтимол. Аксари сальмонеллэзнинг оғир турларида ҳам гиповолемик, ҳам инфекцион-токсик шок белгилари бўлган аралаш характердаги шок кузатилади.

Клиникаси. Инкубацион давр инфекцияни юктириш механизмига қараб ўзгариб туриши: фекал-орал йўл билан — 6 дан 24 соатгача, контакт йўл орқали — 2 сутка ва бундан ортиқроқ давом этиши мумкин. Сальмонеллэзнинг қуйидаги формалари: терламасимон ва септик тур ҳолида кечадиган гастроинтестинал (маҳаллий), ташувчилик (ўткир, сурункали ва транзитор) формалари тафовут қилинади.

Гастроинтестинал формаси. Бирдан бошланади, тана ҳарорати кўтарилади, ҳолсизлик, бош оғриғи, эт увишиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, иштаҳа пасайиши кўрилади, эпигастрал соҳада оғриқлар пайдо бўлади.

Касаллик авж олган пайтда 1—2- кун ич кетади ҳам. Аксари мўл-кўл ич кетади, у шиллик аралаш ёки суюқ патологик аралашмаларсиз бўлади. Касалликнинг давомлилиги дард қай даражада кечишига қараб ва бошқа у ёки бу симптомлар бор-йўқлигига алоқадор бўлади.

Хасталикнинг энгил формасида тана ҳарорати одатдагича ёки субфебрил бўлади, касал бир марта қусади, қориндаги оғриқ сал-пал сезилади, ичи кетади, у суюқ, суткасига 5 мартагача келади. 2—3 кундан кейин бемор соғайиб кетади. Касаллар тана массасининг 3 фоизидан ошмайдиган суюқлик йўқотадилар. Ўртача оғирликдаги формада касаллик бирдан бошланади, тана ҳарорати 38—39°C гача етади ва 4 кунгача шундай тураверади, бемор такрор-такрор қусади, суткасига 10 мартагача ичи кетади, у мўл-кўл, бадбўй ҳидли бўлади, қўл-оёқларнинг томири тортишади.

Касаллик оғир кечган ҳолларда гипоксия ва токсикоз оқибатида буйраклар зарарланиши натижасида олигурия ва азотемия кузатилади.

Гастроэнтероколитик формада бемор ахлати шиллиқли, баъзан қон аралаш бўлади. 7 кунгача ичи кетади. Тахикардия ривожланиши эҳтимол, I—II даражадаги организм сувсизланиши кузатилади.

Касаллик оғир кечганда дастлабки соатлардаёқ интоксикация симптомлари зўр бериб ривожланади, тана ҳарорати 39—40°C дан ошади, эт увишади, касал қайта-қайта қусади (суткасига 10—20 мартагача), кўп-кўп, суюқ, бадбўй ҳидли ич кетади. Касалнинг 6—7 кун ва бундан ортиқ ичи кетади. Сув-туз алмашинуви бузилганда (II—III даражадаги сувсизланиши) талваса тутади, тери қопламлари оқариб, кўкимтир тусли бўлиб қолади, афонияга ўтадиган товуш бўғилиб қолади. Касалликнинг бу формасида беморлар тана массасининг 7—10 фоизига тенг келадиган суюқлик йўқотадилар. Ажралган сийдик миқдори камаяди, патологик аралашмалар: оксил, эритроцитлар ва цилиндрлар пайдо бўлади.

Кенг тарқалган формаси. Касаллик гастроэнтерит ёки иситма ҳодисаларидан бошланади, бунда касаллик белгилари ифодаданмайди ва клиник кечиши бўйича ич терлама ёки паратифларда кузатиладиган ҳолатни эслатиши мумкин. Аксари илк ёшдаги болаларда учраб турадиган септик форма учун цикларнинг бўлмаслиги, узоқ муддат оғир кечиши, ҳарорат чизиги ремиттирловчи характерда бўлиши, эт увишиши ва профуз тер, тахикардия, жигар ва талокнинг катталашуви хос бўлади. Бунда турлича жойлашган иккиламчи септикопиемик ўчоқлар шаклланади (зотилжам,

плеврит, остеомиелит, артрит, тонзиллит, бўйиннинг йирингли лимфаденити, менингит ва б. к.).

Бактерия ташувчилик формаси. Ўткир ва сурункали бактерия ташувчилик реконвалесцентларда кўзатилади. Ўткир ташувчиликнинг давомлилиги — 3 ойгача, сурункалиги — уч ойдан ортиқ бўлади. Транзитор ташувчиликда касалликнинг клиник симптомлари бўлмайди, кўзгатувчилар 1 кун оралатиб 1—2 марта ажралади, кейинги текширишлар ва сальмонеллёз диагностикаси билан қилинган РНГА манфий натижалар беради.

Асоратлари. Панкреатит, холецистит, холангит, хроник колит, мия, талок, жигар, буйрак абсцесслари ва бошқалар юз бериши эҳтимол. Касалликнинг маҳаллий (локал) формаларида инфекция-токсик шок, ўткир юрак ва буйрак етишмовчилиги қайд қилиниши мумкин.

Диагнози. Диагностика клиник далилларга, пухта тўпланган эпидемиологик анамнезга ва лаборатория текширишларига асосланади. Бактериологик текшириш учун имкони борича даволашни бошлашдан олдин бир қадар эрта муддатларда қуйидагилар: 5—10 мл қон билан венасидан олиниб, 50—100 мл ўт бульонига ёки Раппопорт муҳитига экилади, қусуқ массаси (5—100 г), меъда ювилган сув (100—200 мл) стерил банкаларга; ахлат (4—5 г) глицерин аралашмаси солинган стерил пробирка; сийдик (20—50 мл) стерил пробирка ёки шиша идишга олинади. Септик формада лабораторияга иккиламчи ўчоқлардан олинган йиринг юборилади. Бундан ташқари, лабораторияга шубҳа қилинган овқат маҳсулоти қолдиғи (50—60 г) ҳар хил жойидан олиниб, стерил шиша идишга солиб жўнатилади, дастлабки жавоб 2 кундан сўнг, охиригиси 4 кундан кейин олинади.

Бир ҳафтадан сўнг агглютинация ва пассив гемагглютинация реакциясини қўйиш мумкин, бунинг учун лабораторияга қон (1 мл) жўнатилади. Агглютинация реакцияси зардоб 1:160 ва бундан ортиқ нисбатда суюлтирилганда мусбат, деб ҳисобланади.

Экспресс диагностика учун РИФ дан фойдаланилади.

Даволаш. Касаллик енгил кечганда даволаш уй шароитларида олиб борилади. Дезинтоксикация мақсадида меъдани катта миқдордаги илиқ сув (2—3 л) ёки 2—3% натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювиш, тозаловчи клизма қўйиш зарур.

Сальмонеллёзнинг енгил ва ўртача оғирликдаги формаларида агар қусиш, рўй-рост интоксикация бўлмаса, беморларга тузли эритмалар ичирилади. Ичилган суюқлик миқдори унинг йўқотилганига мувофиқ келиши керак.

Организмда интоксикация рўй-рост бўлганда ва у камрок сувсизланганда беморларга венага томчилаб (минутига 40—60 томчи) куйида санаб ўтилган эритмалардан бири юборилади. Такроран қусишда ва организмнинг сувсизланиши ортиб борганда венага илитилган «Квартасоль» ва бошқа полиион эритмалар: «Трисоль», «Ацесоль» минутига 80—120 мл дан юборилади. Гидратация мақсадида юбориладиган эритмалар ҳажми сувсизланиш даражаси ва гавда оғирлиги билан белгиланади, у 4—8 л ва бундан кўпрокни ташкил қилади. Гемодинамик кўрсаткичлар барқарорлашгандан, қусиш тўхтагандан ва буйракнинг ажратиш функцияси тиклангандан кейин беморларни суюкликни перорал ичиш режимига ўтказилади.

Буйрак усти беши етишмовчилиги ривожланганда қўшимча равишда преднизолон (60—90 мг) ёки гидрокортизон (125—250 мг) венага оқим билан, 4—6 соат ўтгач томчилаб юбориш тайинланади. Айни вақтда мушаклар орасига дезоксикортикостерон ацетат 5—10 мг дан ҳар 12 соатда юборилади.

Меъда-ичак йўлининг функционал фаолиятини тиклаш мақсадида беморларга ферментлар: фестал, панзинорм, абомин, мексаза, холензим ва бошқалар, шунингдек, ичак микрофлорасини тиклайдиган препаратлар: бифидумбактерин, колибактерин, лактобактерин, бификол ва бошқалар; ўраб оладиган воситалар (оқ лой, висмут препаратлари) қўлланиш тавсия этилади.

Сальмонеллезнинг тифсимон формаларида дезинтоксикацион, гидратацион, десенсибилизация қиладиган даволаш билан бирга левомецетин сукцинат суткасига гавда оғирлигининг ҳар 1 кг га 30—50 мг ҳисобидан ёки левомецетин 0,5 мг дан суткасига 4 марта 10—12 кун мобайнида; ампициллин суткасига 4—6 марта 1 г дан 8—10 кун мобайнида буюрилади.

Септик формаларида йирингли ўчоқларни хирургик даволаш билан бирга ампициллин қўлланиш керак. Беморларга, шунингдек, парҳез овқатлар, витаминлар тайинлаш муҳим.

Беморларга овқатда сувда пиширилган сули ва гуручдан тайёрланган бўтқалар, қайнатилган балик, буғда пишган фрикадел, мева кисели, творог, пишлоқ истеъмол қилиш тавсия этилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Профилактикаси манбаларда ва инфекция кўзгатувчиларининг ўтиш йўллари хусусида ўтказиладиган ветеринария ва тиббий тадбирлар йиғиндисини ўз ичига олади. Инфекция манбалари — ҳайвонлар хусусидаги тадбирларни ветеринария

хизмати ўтказди. Улар қишлоқ хўжалиги ҳайвонларини соғломлаштиришда: касал ҳайвонларни ўз вақтида ажратиш, уларни даволаш; касал ҳайвонлардан олинган сут ва ҳом ашёни юкумсизлантириш. Касал молни (мажбурий сўйиш) соғлом мол билан бирга сўйишга йўл қўймаслик, шунингдек, соғлом мол сўйишга олиб келингандан кейин уни кўздан кечириш ва сақлаб туришга қаратилиши керак. Мажбуран сўйилган мол гўшти (шартли яроқли) узоқ вақт термик жиҳатдан ишлов берилгандан кейин марказлашган тартибда ишлатилади. Қушхоналарда мол сўйилиши устидан ва кейинчалик овқат маҳсулоти истеъмолчиға боргунча ветеринария-санитария назорати амалга оширилади. Маҳсулотни сақлаш, транспортировка қилиш, пухта ишлов бериш, хом ва қайнатилган маҳсулотларни бирга қайта ишламаслик ва сақламаслик, уларни паст ҳароратда сақлаш шулар қаторига киради. Кемирувчиларни йўқотиш бўйича тадбирлар ҳам ўтказилиши зарур.

Инфекция манбаларини аниқлаш мақсадида одамлар орасида этиологияси аниқланмаган ўткир ичак касалликлари бўлган ҳамма беморлар сальмонелла ташувчиликка текширилиши керак; стационарда даво олаётган шахсларда ичак дисфункцияси пайдо бўлганда; соматик стационарларга жойлаштириладиган икки яшаргача бўлган болалар ҳам шундай текширилади. Бундан ташқари, озиқ-овқат корхоналарига ва уларга тенглаштирилган корхоналарига ишга кираётган шахслар, шунингдек, мактабгача болалар муассасаларига ва гўдаклар уйига жойлаштириладиган болалар ташувчиликка текширилади.

Сальмонеллезли болаларни уйда ажратилади ёки касалхонага ётқизилади. Озиқ-овқат корхоналарининг ходимлари ва уларга тенглаштирилган шахслар, мактабгача болалар муассасаларига қатнайдиган болалар ва болалар муассасасига қатнайдиган ёки қатнамайдиган икки ёшгача бўлган болалар албатта госпитализация қилиниши керак. Реконвалесцентларни (озиқ-овқат корхоналари ва уларга тенглаштирилган ходимларни) тўлиқ клиник соғайганидан ва ахлати уч марта бактериял текширилгандан кейин (биринчи текшириш махсус даволаш тугагандан кейин 3 кун ўтгач, кейингилари 1 кунлик танаффус билан) касалхонадан чиқарилади. Текшириш мусбат натижа берганда кўрсатиб ўтилган шахслар стационардан чиқарилгандан кейин 15 кунгача ишга қўйилмайди. Уларни эпидемик хавф-хатар туғдирмайдиган ишга жойлаштирилади ва ахлати 3 марта текширилади. Такроран мусбат натижа олинганда уч марта текшириш 15 кун мобайнида яна такрорланади ва ҳ. к. Агар ташувчилик уч ойдан кўп давом қил-

са, бу шахслар ўз ихтисослиги бўйича ишдан хроник ташувчилар сифатида 1 йилга четлатилади. Бу муддат ўтгандан кейин уларда ахлат уч марта ва ўт суюқлиги 1—2 кунлик танаффус билан бир марта текширилади. Текширишда мусбат натижа олинганда бундай шахслар хроник ташувчилар сифатида озик-овқат ва уларга тенглаштирилган корхоналарда ишлашга рухсат берилмайди.

Антибиотикларга чидамли сальмонелла штамми — сичкон тифи таёқчаларини ташувчилар болаларнинг болалар боғчаларига қатнашига рухсат этилмайди. Умумий таълим мактаблари ва мактаб-интернатларга қатнайдиغان болалар — сальмонелла ташувчиларнинг стационардан чиққанидан сўнг коллективларга қатнашига рухсат этилади, бироқ уларга озик-овқат блокларида навбатчилик қилиш ман этилади.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Беморни госпитализация қилишга қадар ёки у тузалгунга қадар уйда қолдирилган бўлса, инфекция ўчоғида кундалик дезинфекция, госпитализация қилингандан ёки тузалгандан сўнг якунловчи дезинфекция ўтказилади. Бемор билан контактда бўлган шахслар устидан 6—7 кун давомида медицина кузатуви ўрнатилади. Озик-овқат корхоналарида ва шунга ўхшаш жойларда ишлайдиган бемор билан контактда бўлган шахслар, шунингдек, болалар муассасаларига борадиган болалар бир марта инфекция ташувчиликка текширилади.

Коллективда кўриладиган чора-тадбирлар. Группа-группа бўлиб касалликка чалинган одамларга тиббий ёрдам кўрсатилади, қўзғатувчиларни юктириш омили бўлиб хизмат қилган овқат маҳсулотини ва унинг инфицирланишига имкон берган ҳолларни аниқлаш учун эпидемиологик текширув ўтказилади. Аниқланган овқат маҳсулотлари сотувдан олиб ташланади ва касалликнинг янги ҳодисаларини барҳаф этишга оид чоралар кўрилади. Сальмонеллез профилактикасига доир чораларни врач-эпидемиологлар санитария врачлари билан бирга амалга оширадилар.

СОХТА СИЛ (PRANDOTUBCULOSIS)

Этиологияси. Қўзғатувчиси *Enterobacteriaceae* оиласига, тоун ва ичак иерсиниози қўзғатувчилари кирадиган *versinia* туркумига тааллуқли. 6 серотипи фарқ қилиниб, улардан аксарият I, камроқ III ва IV серотиплари одамда касаллик қўзғатади. Иерсинийлар ташқи муҳитга анча чидамли: сабзавотларда 2 ойгача, сутда — 18 кунгача, сувда — бир

йилдан кўп сақланади. Холодильник ҳароратида (0 дан 8/С гача) кўпаяди, кўп марта музлатиш ва эритишга чидамли. Қуритишга, ультрабинафша нурланиш ва дезинфекция қиладиган воситалар таъсирига сезувчан.

Эпидемиологияси. Инфекция кўзғатувчиларининг манбаи ва резервуари сичқонсимон кемирувчилар ҳисобланади. Сохта сил билан мушуклар, қорамол ва майда шохли моллар, айрим ёввойи ҳайвонлар, паррандалар касалланади. Кемирувчилар яшайдиган сабзавот омборлари айниқса кўнгилдагидек бўлмайди, бу ерда кўзғатувчилар 4—10°С ҳароратда сабзавотларда кўпайиши мумкин.

Инфекция манбаи сифатида одамнинг роли исботланмаган. Иерсинийлар организмга термик ишланмай фойданиладиган озиқ-овқатлар маҳсулотлари (сабзавотли таомлар, сут ва сут маҳсулотлари), камроқ сув орқали тушади. Сохта сил учун аксарият ёпиқ муассасаларда (интернатлар, ҳунар билим юртлари, ҳарбий жамоалар, болалар ясилари, боғчалари ва б.) пайдо бўладиган гуруҳ-гуруҳ бўлиб касалланиш ҳоллари хос ва улар озиқ-овқатдан пайдо бўладиган касаллик типи бўйича кечади. Спорадик касалланиш ҳам рўйхатга олиб турилади. Касалланиш баҳор мавсумида (март — май) кўтарилади, бу йилнинг шу даврида кемирувчиларнинг кўп ҳаракат қилиши ва улар орасида эпизоотийларнинг тез-тез учраши, омборлардаги сабзавотларда кўзғатувчиларнинг йиғилиб қолиши билан боғлиқ.

Патогенези. Иерсинийлар ичакка тушгандан кейин ичак лимфатик системасига киради, кўпаяди, қонга ўтади, бутун организм бўйлаб тарқалади. Бактериемия, токсемия, аллергия ривожланиб, ҳамма органлар ва системалар, айниқса, етикулоэндотелиоцит сақлайдиганлари зарарланиши мумкин. Организм кўзғатувчилардан аста-секин озод бўлади, шунга кўра, касалликнинг кўзиши ва қайталаниши мумкин.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 3 дан 18 гача, аксарият 8—10 кун давом қилади. Сохта сил аксарият ўткир бошланади. Гавда ҳароратининг 38—40°С гача кўтарилиши кетма-кет эт жунжикиши билан ўтади. Кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғриқ пайдо бўлади, баъзан ич кетади. Юз ва бўйин гиперемияси, қўл ва оёқ панжасининг чегараланган гиперемияси, конъюнктива гиперемияси, склералар инъекцияси қайд қилинади. Томоқ қизарган ва шишган. Тил қарашдан тозалангандан кейин тиниқ-қизил, донадор бўлиб қолади, скарлатинадаги «малинасимон тил»ни эслатади.

60—70% беморларда аксарият 2—4- кунига келиб, май-

да нуктали, розеолали, мул тошма тошади. Тошмалар характери ва жойлашуви бўйича (асосан қўлнинг букиладиган юзасида, гавданинг ёнбош қисмида, чов бурмалари соҳасида) скарлатина тошмасини эслатади. Скарлатина-симон тошмадан кейин (касалликнинг 5—7- кун) папулалари, доғсимон, доғсимон-папулалари тошмалар пайдо бўлиши, сўнгра пластинкасимон шаклда кўчиб тушиши мумкин.

Қоринда тутиб-тутиб оғриқ пайдо бўлиши ўнг ёнбош соҳасида кузатилади. Пайпаслаб кўришда қориннинг шу соҳасида оз-моз оғриқ қайд қилинади. Жигар чегаралари катталашган, беморларнинг бир қисмида сариқлик пайдо бўлади. Касаллик авж олган даврда йирик бўғимларда оғриқ, бир оз шиш пайдо бўлади. Катарал ҳодисалар юз бериши, турли органлар зарарланиши мумкин.

Қонда лейкоцитар формулада чапга силжиш билан лейкоцитоз, моноцитоз, лимфопения, СОЭ кўпайиши аниқланади. Органлар ва тўқималарнинг зарарланишига кўра, касалликнинг куйидаги клиник формалари қайд қилинади: абдоминал, сариқлик формаси, катарал, аралаш, генерализацияланган, айниган, субклиник, кечишнинг оғир-енгиллигига кўра — енгил, ўртача оғирликдаги, оғир формалари.

Сохта сил учун қўзиш ва қайталанишлар хос, улар камроқ ифодаланган интоксикация ва турли ички органлар, айниқса, ингичка ичакнинг терминал бўлими, йўғон ичакнинг бошланғич бўлимлари, мезентериал лимфатик тугунларнинг кўпроқ зарарланиши билан ўтади.

Касаллик 10 кундан бир неча ойларгача, аксарият 1 ой давом қилади.

Диагнози. Диагностикаси клиник, эпидемиологик маълумотлар ва бактериологик текшириш натижаларига асосланган. Лабораторияга қон, нажас ва томоқдан олинган чайинди юборилади. Томоқдан чайиндини касалликнинг биринчи кунлари, нажасни — такроран олинади. Текшириладиган материалдан суртмалар қилинади, бўялади ва микроскоп остида ўрганилади, РИФ дан фойдаланилади, одатдаги озикли муҳитларга ёки микроорганизмларнинг фосфат-буферли эритмада паст ҳароратда кўпайишига асосланган Петерсон ва Кукнинг махсус методикаси бўйича экилади, биосинама ўтказилади.

1- ҳафта охиридан бошлаб РА ва РНГА қўйилиб, улар 5—6 кун ўтгач такрорланади. РА 1:200 титрда, РНГА — 1:100 титрда мусбат ҳисобланади.

Даволаш. Левомецетин 0,5—0,75 г дан суткасига 4 марта 5—7 кун мобайнида, оғир кечганда — 10—14 кун, тетрациклин каторидаги препаратлар 0,3—0,4 г дан сут-

касига 4 марта, нитрофуран препаратлар 0,1 г дан сутка-сига 4 марта 5—7 кун мобайнида тайинланади. Зарурат бўлганда дезинтоксикацион терапия ўтказилади: венага гемодез, реополиглюкин, полиглюкин ва бошқалар юборилади.

Касаллик қўзиши ва қайталанишининг олдини олиш мақсадида рағбатлантирувчи иммун терапия ўтказиш лозим (метилурацил 1—2 г дан суткасига 4 марта, пентоксил 0,2—0,4 г дан суткасига 3—4 марта 15—20 кун мобайнида). Витаминлар, оксигенотерапия, антигистамин препаратлар (супрастин, пипольфен, димедрол ва б.), юрак-томир препаратлари тайинланади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Инфекция манбалари — кемирувчиларни йўқотишга қаратилган дератизацион тадбирлар ўтказиш. Маҳсулотлар сақланадиган сабзавот омборлари, бошқа омборхоналарни кемирувчилардан ҳимоя қилиш, сабзавотларни омборларга жойлаш олдидан дезинфекцион тадбирлар ўтказиш керак. Сабзавотларни сақлаш вақтида янги сабзавотларни ҳар ойда сохта сил қўзғатувчиларига бактериологик анализ қилинади. Озиқ-овқат маҳсулотлари, айниқса, термик ишлов берилмайдиган озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш ва сақлашнинг технологик режими устидан назорат олиб борилади.

Маълум озиқ-овқатлар блокига алоқадор касалликлар пайдо бўлганда хона ва ускуналар дезинфекция қилинади, хом сабзавотлардан таомлар тайёрлаш ва сотиш ман қилинади.

Беморларни инфекцион касалхоналар (бўлимлар) га ётқизилади. Касалланиб ўтган одамларни клиник соғайишдан ва ахлати икки марта бактериологик текширилганда манфий натижа олингандан кейин касалхонадан чиқарилади.

Ўчоқда ўтказиладиган тадбирлар. Ўчоқда дезинфекция ўтказилади. Беморга дуч келган ва сохта сил қўзғатувчилари борлигига шубҳа қилинган маҳсулотларни истеъмол қилган шахслар устидан 21 кун мобайнида тиббий кузатув олиб борилади.

Шубҳа қилинган озиқ-овқат маҳсулоти қолдиқлари лабораторияга текшириш учун юборилади.

ИЕРСИНИОЗ (YERSINIOSIS)

Этиологияси. Қўзғатувчи *Enterobacteriaceae* оиласига, *Yersinia* авлодига тааллуқли иерсинлар. Улар энтеробактерия оиласига мансуб бўлиб, тоун, ичак иерсиниози,

сохта сил қўзғатувчилари қаторига киради. Ичак иерсиниози қўзғатувчилари морфологияси белгиларига кўра, табиатда кенг тарқалган сохта сил қўзғатувчиларига ўхшаб кетади.

Паст ҳароратда тирик қолиши, 0° дан 9°С гача ҳароратда кўпайиши мумкин. Ҳарорат 25°С бўлганда энг кўп ўсади. Қайнатилганда ўша заҳоти ҳалок бўлади, левомицетин ва тетрациклин қаторига мансуб антибиотикларга жуда чидамли бўлади.

Иерсинийлар 5 биотипларга, 10 фаготипларга бўлиниб, 0- антиген бўйича уларнинг сони 30 серотиплардан ортик бўлади. Европада касаллардан кўпроқ 03 ва 09 серотиплари Америкада — 08 серотиплари ажралиб туради.

Эпидемиологияси. Аксари, чўчқалар, шунингдек, итлар, мушуклар, кемирувчилар ва одам (бемор ва инфекция ташувчи) инфекция манбаи ҳисобланади. Қўзғатувчилар организмга оғиз орқали тушади ва аҳлат билан ажралади.

Инфекция касалланган уй ҳайвонлари, бемор одамдан ҳам ўтади.

Ичак иерсиниозининг оилавий ўчоқлари қайд этилади, марказлаштирилган ташкилий овқатланиш коллективларида ҳам авжланишлар бўлиши мумкин.

Ҳозирги вақтда иерсиниоз жаҳоннинг барча мамлакатларида тарқалган.

Ка алланиш босқичи Скандинавия мамлакатларида айниқса юқори.

Иерсиниоз билан касалланиш кўрсаткичи — йилнинг совуқ вақтларига келиб бирмунча пасаяди.

Патогенези. Иерсинлар организмга тушгач, касаллик кечишининг оғир-енгиллигига қараб ичак шиллик қаватларида катарал ўзгаришлар ёки қон қуйилишларни ингичка ичак пастки бўлаги ва ёнбош ичакда чуқур ярали некротик ўзгаришларни келтириб чиқаради.

Лимфа оқими орқали қўзғатувчилар мезентериал лимфа тугунларига тушиб йирингланишга мойил яллиғланиш пайдо қиладилар. Кўпинча чувалчангсимон ўсимта шикастланади. Қўзғатувчиларнинг лимфа тугунларидан қон оқими га ўтиши натижасида бактериемия юзага келиши, орган ва системалар, айниқса жигар ва қора талоқ шикастланиши мумкин. Қўзғатувчилар ҳалокатга учраганида организмда токсик ва аллергик жараёнлар авж олиб, гепатит, холецистит, артрит, отит, миозит, нефрит ва ҳоказолар ривожланиши мумкин.

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) даври кўпинча 1—2 кун давом этиб, 15 соатдан 4 кунгача ўзгариб туради. Касаллик ўткир бошланса, ҳарорат 38—39° С гача кўтарилиб, қалтириш юзага келиши, оғир ҳолларда 39—

40° С гача кўтарилиши кузатилади. Беморлар бош оғриғи, кувватсизлик, мушак ва бўғинлардаги оғриққа шикоят қиладилар. Хасталикнинг 1—2— кунлари кўнгил айниши, қусиш, қоринда кучли тўлғоқсимон оғриқ пайдо бўлиши, ичнинг кўп келиши, баъзан қон аралаш ич кетиш ҳоллари (суткасига 3 мартадан 15 мартагача) гепатит аломатлари, хасталикнинг 3—6— кунига келиб, терида полиморф тошмалар кузатилади. Касаллик оғир кечганда организмда сувсизланиш ва интоксикация белгилари, юрак-қон томирлари ва нерв системаси томонидан сезиларли ўзгаришлар пайдо бўлади. Хасталик енгил кечганда бир неча кун давом этса, оғир ҳолларда 2 ҳафтагача ва ундан ортиқ давом этади.

Қонда нейтрофил лейкоцитоз қайд этилади. СОЭ кўпайиши (20 мм/соатгача) кузатилади.

Кўпинча касаллик гастроэнтерит, энтерит, гастроэнтероколит типиде, гоҳида аппендикуляр, артритик, септик, сийқаланган шаклларда учрайди.

А п п е н д и к у л я р ф о р м а с и . Касаллик гастроэнтероколит шаклидагига ўхшаш бошланса-да, лекин қорин пальпация қилиб кўрилганида оғриқ кўпроқ ўнг ёнбош соҳасида бўлади. Қорин мушакларининг маълум даражада таранглашиши, қорин пардасининг қитиқланиш белгилари намоён бўлади.

Қонда нейтрофил лейкоцитози (20×10^9 ва ундан кўпроқ), СОЭнинг кескин кўтарилиши (30 мм/соат ва ундан юкори) кузатилади.

С е п т и к ф о р м а кўпинча кичик ёшдаги болаларда, сурункали равишда бошқа касалликлар билан оғриганларда ва кекса ёшдаги кишиларда кузатилади. Гастроэнтеросептик шаклдаги белгилардан ташқари, тана ҳароратининг бир кеча-кундузда 2—3° С гача кўтарилиб-тушиб туриши, қайталанган қалтираш, совуқ тер босиши жигар ва қора талок ўлчамларининг катталашуви, сариклик, камқонлик кузатилади.

Яширин формалари. Фақат оммавий текширилганда билинади.

Асоратлари. Иерсиниознинг оғир формаларида инфекциял-аллергик характердаги миокардитлар, полиартритлар, иритлар, хирургик асоратлар (аппендицит ва ўткир холецистит) ва бошқалар пайдо бўлиши мумкин.

Диагнози. Жуда кўп бошқа ичак инфекцияларига ўхшашлиги билан диагностикани қийинлаштиради. Диагнозни фақат лаборатория текширувлари ёрдамида аниқлаш мумкин. Бунинг учун лабораторияга қон (септик формаларида) ахлат ва қусиш массалари жўнатилади. Иккинчи

ҳафта бошланишида РА ва РНГА реакциясига кўйилади. Антитела титрининг тўрт марта ва ундан юқори даражада ортиши ҳам муҳим диагностик аҳамият касб этади.

Даволаш. Касалликнинг оғир ва ўртача оғир формаларида антибиотикларнинг тетрациклин гуруҳида мансублари, левомецетин одатдаги дозада 5—7 кун мобайнида қабул қилинади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Иерсиниозлар билан курашиш бўйича тадбирлар инфекция манбалари ва кўзгатувчиларнинг ўтиш механизмига қаратилган. Сальмонеллезда бўлгани сингари, комплекс тадбирлар ўтказилади.

ШАРТЛИ ПАТОГЕН МИКРООРГАНИЗМЛАР КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

Этиологияси. Кўзгатувчилар гуруҳига мансуб: протей, перфрингенс кластридийлари, цереус бациллеси кабилар протеоз, кластридиоз ва цереоз касалликларини пайдо қилади. Санаб ўтилган кўзгатувчилар табиатда кенг тарқалган. Перфрингенс кластридийлари ва цереус бациллесининг озроқ қисмлари ноқулай шароитда тушганда споралар ҳосил қилади.

Эпидемиологияси. Кўзгатувчилар кўп миқдорда тупроқда, очиқ сув ҳавзаларида, сабзавотларда, илдиз меваларида бўлиб, улар асосан одам ва ҳайвонлар ахлати, шунингдек ҳаво, чанг орқали ўтади.

Инфекция асосан озиқа моддалари орқали ўтиши мумкин. Инфекцияланган озиқа маҳсулотларида (гўшт, балиқ ва улар маҳсулотлари, очилган консервалар, шўрва, салатлар, сут ва сут маҳсулотлари, ҳоказолар) кўзгатувчилар тўпланади ва кўпаяди. Уларнинг оптимал ўсишидаги ҳарорат 20—37° С ҳисобланади, шунинг учун касаллик авжланишлари айнан ёз ойларида қайд қилинади.

Инфекция тарқалиб кетишига озиқ-овқат корхоналарига бемор ва инфекция ташиб юрувчиларни (протеоз, кластридиоз) ишга олиш, полуфабрикатлар, озиқ-овқат, хом ашё, тайёр маҳсулотларни сақлашда санитария қоидаларига риоя қилмаслик ёрдам беради. Инфекцияланган озиқа маҳсулотлари кўпинча ўзининг органолептик (таъми, ҳиди ва ҳоказо) хусусиятларини йўқотмайди.

Патогенези. Касаллик организмга кўплаб миқдорда жонли кўзгатувчиларнинг овқат маҳсулотлари билан тушишида ва улар ҳалокатидан сўнг эндотоксин ажралиб чиқишида пайдо бўлади. Эндотоксин ичакда яллиғланиш ўзгаришларини келтириб чиқаради. У қонга сўрилиб, организмга

токсик таъсир кўрсатади, бунда айниқса юрак қон томирлари системаси зарар кўради. Қўзғатувчиларнинг қонга ўтиши бактериемияни авж олдиради. Атроф-муҳитга қўзғатувчилар ахлат орқали чиқади (цереозда баъзан озрок миқдорда).

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) даври 3 соатдан 20—24 соатгача, кўпинча 5—6 соат давом этади. Инкубацион даврнинг чўзилиши ва касаллик оғир-енгиллиги микроорганизм ҳолатига, ичакка тушган қўзғатувчилар миқдорига ва уларнинг токсинлик даражасига боғлиқ бўлади.

Касаллик ўткир бошланиб, умумий қувватсизлик, бош айланиши, бош оғриғи, оғир ва ўртача оғир формаларида ҳарорат кўтарилиши, қалтираш пайдо бўлади. Уларга тезликда кўнгил айланиши, кўп марта қусиш ва суткасига 2—10 марта, оғир формаларида 20 марта ва ундан кўпроқ ич кетиши қўшилади. Қориндаги оғриқ эпигастрал ва киндик атрофидаги соҳаларга ўтади.

Касалликнинг оғир формаларида тўхтовсиз қусиш ҳолати, тез-тез ич кетиши, организм сувсизланиши, юрак томирлар системаси фаолиятининг бузилиши, гипотермия қайд этилади.

Юқорида айтиб ўтилган белгилардан ташқари, протеоз оғир кечганда қоринда кучли санчикқа ўхшаш оғриқлар, қусиш, кетма-кет, кўп миқдорда ич суриши, организм сувсизланиши, талваса ва ҳушдан кетиш ҳоллари юз бериши мумкин. Клостридиознинг оғир формалари умумий токсикоз, анаэроб сепсиси ва вабосимон гастроэнтерит, некротик энтерит кўринишлари билан кечиши мумкин. Цереоз кўпинча енгил формада ўтади. Енгил формасида касаллик чўзилиши бир неча соат, ўртача оғир формаларида 1—2 кун, оғир формаларда 4—5 кунгача давом этади.

Протеознинг давомлилиги ўртача оғир формаларда 2—4 кун, оғир формасида —5—7 кундан иборат.

Диагнози:— Диагноз қўйилишида клиник ва эпидемиологик (бир гуруҳ кишилар касалланишида) маълумотлар ҳисобга олинади. Лаборатория диагностикасида бактериологик ва серологик текширишлар қўлланилади. Лабораторияга қусуқ массаси ва меъданинг ювилган сувлари (200—300 мл), ахлат (20—30 гр), қон (10 мл), овқат қолдиқлари (200—400 гр) жўнатилади.

Иккинчи ҳафта бошларидан бошлаб бемор қон зардобига беморлардан чиққан қўзғатувчилар аутокультураси билан камида 4 марта, ҳамда шубҳали озиқа маҳсулотларидан ажратиб олинган микроблар билан агглютинация реакцияси қўйилади.

Даволаш. Беморларга меъдани қайта ювиш, септик ҳолатда кечганида антибиотиклар (канамицин 0,5—0,75 гр дан суткасига 4—6 марта, неомицин —0,125—0,25 г дан суткасига 2 марта, тетрациклин 0,2—0,3 г дан суткасига 4—6 марта берилади ва бошқ.), нитрофуран препаратлари (фурадонин ва фуразолидон 0,1—0,15 г дан суткасига 3—4 марта, фурацилин ичишга 0,1 г дан суткасига 4—5 марта 4—5 кун давомида) юрак-томир воситалари берилади.

Патогенетик ва симптоматик воситалар терапияси «Сальмонеллэз» темасидан қаралсин.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Озиқа маҳсулотлари корхоналарида санитария-гигиена режимига қатъий риоя қилиш, озиқа маҳсулотларини қайта ишлашдаги технологик режимга рационал ва тўғри риоя қилиш, уларни 2—4° С да сақлаш, ичак фаолияти бузилган беморларни озиқ-овқат корхоналарига йўлатмаслик, ҳайвонларга ветеринария назоратини тўғри уюштиришдан иборат.

СТАФИЛОКОККЛИ ИНТОКСИКАЦИЯ

Этиологияси. Стафилококкли интоксикация организмга озиқа маҳсулотлари билан айрим стафилококк штаммлари ва улар токсинларининг тушиши оқибатида келиб чиқади. Стафилококк токсинлари термик таъсиротларга (зарарланган маҳсулотни 1 соат қайнатиш токсин бузилишига олиб келмайди) кўпроқ чидамли бўлиш хусусиятига эга.

Эпидемиологияси. Кўпинча инфекция манбаи бўлиб, очик яллиғланиш ўчоқлари билан оғриган (ангина, конъюнктивит, панарица, абсцесс, флегмона, кариесга чалинган тишлар, фурункулэз ва бошқ.) беморлар ва бактерия ташувчилар, шунингдек, касалланган ҳайвонлар (сигирлар мастити, эчки, қўй) ҳисобланади.

Интоксикация одатда, сут, сут маҳсулотлари, кремли кондитер маҳсулотлари ва балиқ консерваларини истеъмол қилгандан сўнг, уларда узоқ ва нотўғри сақланиш натижасида қўзғатувчилар кўпайиб, кўп миқдорда энтеротоксин тўпланиши оқибатида юзага келади.

Патогенези. Энтеротоксин тўпланган озиқа маҳсулотларини билмай истеъмол қилинган тақдирда касаллик авж олади, у эса меъда-ичак йўлига патологик таъсир кўрсатади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 2—5 соатгача давом этади. Касаллик кўнгил айнишидан бошланади, сўнгра қусиш, ёнбош соҳасида оғриқ пайдо бўлади. Тахминан беморларнинг ярмида ич кетиши ҳоллари содир бўлиб, у суткасига 10—20 мартага боради. Ҳарорат нормал

ёки 39—40° С га кўтарилган бўлиб, 10—15 соатдан сўнг нормагача пасаяди. Бош оғриши, бош айланиши, оёқ-қўлларнинг совуқ қотиши, совуқ тер босиши, тери рангпарлиги кузатилади. Касалликнинг оғир формасида лаб, юз ва бурун катаklarининг кўкариши, пульснинг тезлашуви юмшоқ бўлиб, талваса ва коллапс қўшилиши мумкин.

Касаллик 1—2 кун, баъзан 3 кун давом этади.

Диагнози. Диагностика клиник маълумотларга ва эпидемиологик текширишлар натижаларига асосланади. Ҳайвонларга (мушук болаларига ва мушукларга) биосинама қўйиш мумкин. Энтеротоксинни аниқлашда асосий лаборатория тести бўлиб преципитация реакцияси ҳисобланади.

Энтеротоксинни организмдан чиқариб юбориш учун меъда натрий гидрокарбонатнинг 2 фоизли миқдори ёки 0,1 фоиз калий перманганат эритмаси ёхуд сув билан ювилади. Ўртача оғир ва оғир формаларида дезинтоксикация, гидратация ва электролитлар ўрнини тўлдириш мақсадида венага плазма ўрнини босувчи эритмалардан (2—3 литр ва бундан ҳам кўпроқ) «Квартасоль», «Трисоль» ва бошқа қўлланилади. Шунингдек витаминлар терапиясини ўтказиш, юрак дорилари билан даволаш муолажалари тавсия этилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Озиқ-овқат корхоналарига йирингли касалликлар билан оғриган беморларни йўлатмаслик, тез бузилувчи тайёр овқат маҳсулотларини реализация қилиш муддатларига риоя қилиш, уларни тўғри сақлаш (2—4° С ҳароратда), лактация даврида ҳайвонлар устидан ветеринария назорати олиб бориш муҳим аҳамиятга эга. Касалланган ҳайвонлар алоҳида ажратиб қўйилади. Улардан соғиб олинган сут қайнатилади ва ҳайвонларга берилади.

БОТУЛИЗМ (BOFULISMUS)

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси бўлиб, ҳаракатчан, қатъий анаэроб ботулизм кластридийлари (*Bacillaceae* оиласи ва *Clostridium* авлодига мансуб) ҳисобланади. Қўзғатувчилар антиген ва экзотоксин тузилишлари билан бири-бирдан фарқ қилувчи етти серологик типга: А, В, С, D, Е, F, С га бўлинади. Тупроқ текширилишида кўпинча улар одамларда касаллик пайдо қилади.

Кластридийларнинг спорали формалари 5—6 соат мобайнида қайнатишга чидамли бўлади ва фақат автоклавдагина 10—20 мин дан сўнг ўлади. Анаэроб шароитларда

озика маҳсулотларида кўпайган ботулизмнинг вегетатив формалари кучли экзотоксин ишлаб чиқаради. Ботулин токсинлари 10—15 минут қайнатиш вақтида бутунлай парчаланиб кетади.

Эпидемиологияси. Ботулизм кўзгатувчилари табиатда кенг тарқалган бўлиб, атроф-муҳитга чидамли бўлган споралар ҳосил қилиш қобилиятига эга. Споралар шамол ва чанг билан, сув оқими, ҳайвонлар ва одам орқали тарқалиб, овқат билан ичакка тушади. Соғлом ҳайвонлар ва одамлар ичагида кўзгатувчилар токсинлар ҳосил қилиб кўпая олмайди, шунинг учун споралар организмдан нажас орқали ажралиб чиқиб тупроқда тарқалади. Тупроқдан кластридийларнинг спорали формалари сабзавот, кўзиқорин ва бошқа озиқ-овқат ҳам ашёсига тушади, улар эса консервалар ва бошқа озиқа маҳсулотларини тайёрлашда ишлатилади. Кўзгатувчилар токсинининг озиқ-овқат маҳсулотларида кўпайиб бориши анаэроб шароитларда, 4—10° С дан паст бўлмаган ҳароратда (кўзгатувчининг турига боғлиқ) юз беради. Токсинлар ҳосил бўлиши учун оптимал ҳарорат 28—37° С ҳисобланади. Организмга токсин сақловчи озиқ-овқат маҳсулотлари ҳамда тирик кўзгатувчилар тушгач, касаллик пайдо бўлади, яъни улар кўпая бошлайди, организмга тушган фақат токсини бор овқатгина интоксикация кучайишига олиб келади.¹

Касаллик кўпинча ботулизм споралари билан инфекцияланган уй шароитларида тайёрланган ҳам ашё, маринадланган ва тузланган кўзиқорин, сабзавотлар, чўчка ёғи (окорок), куритилган ва тузланган маҳсулотларни истеъмол қилиш ҳолларига боғлиқ равишда келиб чиқади. Фабрикада чиқариладиган консервалар автоклавга қўйилгандагина споралар тез ҳалокатга учрайди. Қаттиқ консистенцияли озиқ-овқат маҳсулотларида (ветчина, балиқ, колбаса) ботулизм кўзгатувчилари ва токсин маълум жойлардагина бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда айнан бир озуқа маҳсулотини истеъмол қилган шахсларнинг барчаси ҳам касалланавермайди.

Ботулизмнинг спорадик кўринишдаги ҳоллари қайд этилиб, бир гуруҳ касалланишлар камроқ учрайди.

Патогенези. Инфекцияланган озиқа маҳсулотлари орқали ботулизм кластридиялари ва улар токсинлари ҳазм йўллариغا тушади. Овқат ҳазм қилиш йўллариغا тушган токсинлар тез орада қон оқими билан бутун организм-

¹ Кўзгатувчиларнинг жароҳатга тушиб, у ерда токсин ишлаб чиқаришига боғлиқ «илк ботулизм» нинг бирламчи ҳоллари маълум.

ни ва биринчи навбатда, марказий нерв системасини шикастлантиради. Орқа ва узунчоқ миянинг майонейронлари ботулоктосинга ниҳоятда сезувчанлигидан бульбар фалажи юзага келади.

Токсин нерв синапсларида ацетилхолин ажралишига тўсқинлик қилади, нервдан мушакларга ўтувчи импульслар ишига заҳмат етказилади. Натижада ботулизмга хос бўлган кўкрак қафаси мушаклари фалажи (дисфагия) юзага келади, кўриш органларининг иши бузилади. Токсин қон томирларнинг торайишига сабаб бўлиб, улар ўтказувчанлигини оширади, натижада капиллярлар ёрилиб, фалажланиш юзага келади. Одам А, В, Е серотиплари токсинларига бирмунча сезувчан бўлади. Токсиннинг бир неча серотиплари бир лаҳзада таъсир қилганда токсик эффект тўхтайд.

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) даври 6 соатдан 30 соатгача бўлиб, у организмга тушган токсинлар ва қўзғатувчилар миқдорига боғлиқ равишда 2 соатдан 12 кунгача давом этиши мумкин. Инкубацион давр қанча қисқа бўлса, касаллик шунчалик оғир кечади.

Касалликнинг оғир, ўртача ва енгил (атипик) формалари фарқ қилинади.

Касаллик ўткир бошланиб, кўнгил айниши, қусиш, қоринда оғрик, мушакларнинг заифлашуви, чарчоқлик ҳисси, бош оғриши, бош айланиши билан давом этади. Ич суриши қам кузатилади, кўпинча қабзият, қорин шишуви (меъда-ичак йўлининг фалажланиши ва атония натижасида) пайдо бўлади. Диспептик бузилишлар билан бир вақтда ёки 3—4 соат ўтгач, ботулизмга хос белгилар намоён бўлади. Тана ҳарорати кўпинча нормал ёки кўтарилган ($37,7-38^{\circ}\text{C}$) бўлиши ҳам мумкин.

Кўз олмаси мушакларининг шикастланиши натижасида бемор кўзлари хира тортганлигидан, кўз олдида «туман», «тўр» турганлигидан, нарсалар хиралашиб, айниқса, яқин ҳолатда кўзга нарсаларнинг иккитадан бўлиб кўринишидан (диплопия) шикоят қилади.

Текшириб кўрилганда юқори қовоқнинг осилиб тушиши (птоз), кўз ғилайлиги (стробизм) ҳар хил катталиқ (онизокрия), кўз қорачиқларининг рўй-рост ифодаланган ва барқарор кенгайиши (мидриаз) кузатилади. Нутқ ва ютиш бузилишлари (бош нервларининг IX ва XII жуфт ядролари бузилишларига боғлиқ) юзага келади. Дастлаб овоз дағаллашади, сўнгра хириллаб, кучсиз, товушсиз бўлиб қолади, нутқ тушунарсиз бўлиб, одам пинғиллаб гапиради. Бундай ҳолатда афония авж олиши мумкин.

Сўлак ва шиллиқ секрециясининг бузилиши оқибатида

оғиз бўшлиғи, бурун, ҳалқум шиллик қаватлари куруқшаб қолиб, чанқаш аломатлари пайдо бўлади. Юмшоқ танглайнинг фалажланиши туфайли ютиш қийнлашади ва ҳалқум мускуллари фалажи юзага келади; бундай ҳолатда тил ҳаракатланиши бузилганлиги сабабли тавсия қилинган суюқ овқат бурун орқали юборилади.

Меъда ҳаракатчанлиги функцияси издан чиқади. Пилороспазм пилоруснинг тўлиқ сустлашиб кетиши, меъда шираси секрециясининг пасайиши билан алмашинади.

Касаллик оғир кечганда нафас бузилишлари юзага келади: кўкрак қафасининг қисилиши ва босилиши, ҳансираш (минутига 40—50 мартагача) нафас олишнинг бузилиши, асфиксия, нафаснинг тўхтаб қолиши. Нафас бузилиши асосида қовурғалараро мушакларнинг ва диафрагма мушакларининг шикастланиши ётади. Касаллик бошида пульс секинлашган, кейинчалик тезлашиб, билинарбилинемас бўлиб қолади, кўкариш аломатлари, тери рангининг оқариши кузатилади. Тахикардиянинг тана ҳарорати пасайиши билан биргаликда кечиши ботулизмнинг специфик хусусиятига хос аломатдир.

Бемор эс-ҳуши жойида. Қондаги нейтрофилёзнинг чапга силжиганлиги қайд этилади.

Касаллик енгил кечганда хасталикнинг фақат айрим аломатларигина кузатилиши ва 2—3 ҳафта ўтгач, бемор соғайиши мумкин. Касаллик оғир кечганда барча аломатлар юзага келиб, беморнинг соғайиши 2—3 ойга чўзилиб кетади.

Ўлимга олиб келадиган бирдан-бир сабаб, бу нафас фалажланишидир.

Диагнози. Диагнози клиник маълумотлар, эпидемиологик анамнез материалларига (овқат истеъмолида консерва, колбаса, уй шароитида тайёрланган ветчинанинг бўлишлиги) ва лабораториявий текширув усулларига асосланади.

Лабораторияга текшириш учун қуйидагилар билан вена-сидан қон олиниб (6—8 мл даволаш зардоби юборилишига қадар) ўзида 1 мл дан иборат 4% ли натрий цитрат сақлаган пробиркага қуйилади; стерилланган банкаларга қусиш массаси (100 г), меъда ювилган сув (50—10 мл), стерил идишларга солинган ахлат (50—60 г), мурдалардан олинган бир парча жигар (50—60 г), ингичка ичак кесмалари ва меъда (ичидаги нарсаси билан), қон (8—10 мл) олиниб юборилади. Бундан ташқари, лабораторияга қолган овқат маҳсулотлари (ҳар хил жойидан 100 г) жўнатилади. Олинган банка ва солинган материал солинган пробиркалар усти резина ёки пўстлоқ пробка билан беркитилиб, этикетка ёзилади. Лабораторияга текширишга олинган синамаларга, шунингдек, озика маҳсулотларига

консерваланадиган моддалар қўшилмайди. Ботулин токсинлари уй ҳароратида қисман парчаланиб кетиши сабабли, олинган материал совуқда сақланиши зарур, лекин музлаб қолмасин. Материал олиб бўлинганидан кейин қисқа муддатларда текширув ишларини ниҳоясига етказиш шарт.

Қўзғатувчиларни топиш қатор қийинчиликлардан ҳоли бўлмагани ҳолда узоқ вақтни талаб қилади. Кўпинча диагностика лабораторияда тасдиқлашда оқ сичқонларда ўтказиладиган тажрибада нейтраллаш реакциясидан фойдаланилади. Биринчи жуфт сичқонлар қорни ичига 0,5—0,8 мл дан қон, қусиш массаси филтрати, меъда ювилган сув ёки овқат маҳсулотларидан олинган экстракт, секцион материал бўлаклари жўнатилади.

Ҳайвонлар устидан 4 кун давомида назорат олиб борилади: агар сичқонлар касалланса ёки лса, ана шу вақтнинг ўзида моновалентли зардоблар ёрдамида нейтраллаш реакцияси қўйилади. Сичқонларнинг иккинчи, контрол жуфтларига ботулизмга қарши зардобга қўшилган материалнинг (А, В, С, Е, F) ҳар бир типидан 0,05 мл дан юборилади. Агарда, тажрибадаги жуфтлар ҳалок бўлиб, контрол гурпупадагилар тирик қолса, у ҳолда моновалент зардоблар билан рН тажрибасига айрим-айрим қилиб қўйилади. Бундан ташқари, барча синамалардан олинган материаллар озуқа муҳитига экиш йўли орқали (казеин-замбуруғли, казеин-кислотали, Китга — Тароцци ва бошқ.) қўзғатувчиларни топишда ишлатилади.

Даволаш. Имкони борича тезроқ бемор меъдаси 5% ли натрий гидрокарбонатнинг илиқ эритмасида ювилади, тозаловчи-сифон клизма қўйилади. Специфик (хос) даволаш методи бўлиб, терига от оксиддан юбориш тажрибасидан сўнг олиб бориловчи, антитоксик зардоб юборилиши ҳисобланади. Агар қўзғатувчи типи номаълум бўлса, ўзида антитоксин А, В ва С, Е типларини сақловчи поливалентли зардоб қўлланилади. Зардоб венага ёки мушак орасига 10 000 ХБ да, А, С ва Е типидегиси 5000 ХБ да юборилади.

Касаллик ўртача оғирлик билан кечганда зардоб кунига бир мартаба 3—4 кун давомида юборилади. Даволаш кеч бошланган бўлиб, касаллик оғир кечганда, зардоб 2—3 кун мобайнида ҳар 6—8 соат ичида юбориб турилади, сўнгра зардоб юбориш суткада 2 мартагача камайтиради. Қўшимча ичиш учун левомецетин 0,5 г дан суткасига 4 мартадан; тетрациклин қаторига мансуб препаратлардан 0,3 г дан суткада 4 марта, 7—8 кун давомида тайинланади.

Актив иммунитет ҳосил қилиш учун А, В, С, ва Е типидеги анатоксинлар тери остига қуйидаги дозаларда жўнатилади: биринчи инъекцияда ҳар бир типига 0,5 мл

дан, иккинчи ва учинчи инъекцияда ҳар бир типига I мл дан; иккинчи ва учинчи инъекциялар оралиғи 5—7 кундан иборат бўлади. Қўзғатувчи типи аниқлангандан сўнг, беморларга моновалентли анатоксин юборилади.

Касалликнинг ўртача ва оғир формаларида организм интоксикациясини камайтириш учун вена ичига некомпенсан ёки гемодез, тери остига 2000—3000 мл дан иборат 5 фоизли глюкозанинг ярмига натрий хлорнинг изотоник эритмаси қўшиб юборилади. В гуруҳи витаминлари, аскорбин кислотаси, кокарбоксилаза, АТФ, юрак препаратлари (кордиамин, камфора, юрак гликозидлари) тавсия қилинади.

Нафас олиши бузилган оғир аҳволдаги беморлар реанимация бўлимига ётқизилиб, бошқарилувчи нафас олишга ўтказилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Атроф-муҳитга кластридийларнинг кенг тарқалганлиги ва спораларининг ниҳоятда чидамли бўлиши сабабли, уларнинг озуқа маҳсулотларига тушиб, кўпайишига йўл қўймаслик профилактика тадбирларининг муҳим шартидир. Бунинг учун қуйидагиларга амал қилмоқлик зарур:

— Консерва ишлаб чиқариш саноати корхоналарида, сабзавот ва балиқни қайта ишлаш колхозлараро завод ва корхоналарда технология ва санитария-гигиена талабларига риоя қилинишини қаттиқ назоратга олиш;

— Консерваларни тайёрлашда фақат янги ва юксак сифатли маҳсулотлардан фойдаланиш;

— гўшт комбинатлари ва қушхоналар устидан санитария-гигиена назоратини ўрнатиш (гўшт ажратиб олинишида, сақлашда, уларни ичак ичидаги нарсалар билан ифлосланишига йўл қўймаслик);

— гўшт комбинатларида гўштни нимталаш, балиқ заводларида балиқни тозалаш ишларини қисқа муддат ичида ўтказиш керак, сабаби жасад ичагидаги қўзғатувчилар тўқималарга ўтиб, у ерда касаллик келтириб чиқариши мумкин;

— термик қайта ишлашга алоқадор бўлмаган озиқовқат маҳсулотлари (колбаса, ветчина, ёғ, тузланган ва дудланган балиқ) 4° С дан ортиқ бўлмаган ҳароратда сақланиши керак;

— Аҳоли орасида бу ҳақда, шартли тартибда тушунтириш ишларини олиб бориш, айниқса, сабзавотларни йиғиш палласида, қўзиқорин ва ҳўл меваларни йиғишда зарур кўрсатмаларга амал қилмаган ҳолда уй шароитида консервалаш (консервалашдан олдин сабзавот, мева, қўзиқорин ва бошқа маҳсулотларни тупроқдан тозалаб, яхшилаб ювиш, консервалаш жараёнида металл қопқоқларни полиэтиленларига алмаштириш;

— консерваларни паст ҳароратда сақлаш ва истеъмол қилишдан олдин аввал уларга 30 мин давомида термик ишлов бериш ишларини ўтказмаслик.

Инфекцияланган материал билан контактда бўлган лаборатория — ходимларига тозаланган полианатоксин билан эмлаш ўтказилади. Препарат тери остига 0,5 мл дан кунига 2 мартадан 25—30 кун оралатиб уч марта юборилади. Ревакцинация 6—9 ойдан сўнг, кейингилари эса ҳар 5 йилда ўтказилади.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р . Эрта ва аниқ диагноз қўйиш, хабар қилиш, қайд қилиш, эпидемиологик текшириш, беморни госпитализация қилиш, касалликка сабабчи бўлган маҳсулотни топиб аниқлашдан иборат. Истеъмол қилинган маҳсулотдан тортиб олинган қолдиқлар йўқотиб ташланади (курук хлорли оҳак билан аралаштирилади ёки куйдириб юборилади).

Ботулизм бор деб тахмин қилинган овқатни истеъмол қилган барча кишилар меъдаси 2 фоизли натрий гидрокарбонат эритмаси билан ювилади, ич сурувчи дори берилади ва профилактика мақсадида 1000—2000 ХБ да зардобнинг А, В, С, ва Е типлари юборилади.

ИЧ БУРУҒ (DYSENTERIA)

Этиологияси. Қўзғатувчи *Enterobacteriaceae* оиласига *Shigella* авлодига мансуб бўлиб, унинг 100 дан ортик вакиллари бор. Халқаро классификацияга мувофиқ, шигеллаларнинг 4 та гуруҳи кўрилади (А, В, С, Д): А — дизентерия (ичбуруғ) шигеллалари (серотиплари 10 та), буларга Григорьев — Шиги, Лардж — Сакс, Штуцер — Шмитц шигеллалари киради; В — Флекснер шигеллалари (серотиплари 6 та); С — Бойд шигеллалари (серотиплари 15 та); Д — Зонне шигеллалари.

Шигеллаларнинг этиологик структураси кейинги ўн йилликлар мобайнида сезиларли даражада ўзгарди. Масалан, 30-йилларда беморлардан асосан Григорьев-Шиги шигеллалари ажратиб, олинган бўлса, 40-йилларда — Флекснер, 60-йилларда — Зонне шигеллалари ажратиб олинган. Ҳозирги вақтга келиб СССР да деярли барча жойлардан Зонне шигеллалари топилмоқда, шунга қарамай, Ўрта Осиёнинг қатор районларида бурунгидай Флекснер шигеллалари мавжуддир.

Бемор ва инфекция ташиб юрувчилар организмдан шигеллалар ахлат орқали ажралади. Ифлосланган судноларда, идишларда, ҳўл кийимларда улар яшаш хусусиятини ҳафталаб ва ҳатто ойлаб, тупроқда 3 ойгача, истеъмол маҳсулотларида (нон, гўшт маҳсулотларида) бир неча сут-

ка, сутда — 30 кун ва ундан ортик, оқава сувларда бир неча соатдан 5—9 кунгача сақланади.

Эпидемиологияси. Дизентериянинг ўткир ва хроник формаси билан оғриган одам ёки бактерия ташувчи инфекцияни тарқатишда асосий манба бўлиб хизмат қилади. Бемор касалланишнинг биринчи кунидан токи тузалишига қадар зарарли ҳисобланади. Айниқса, енгил формадаги ичбуруғ билан оғриганлар хавфли ҳисобландилар, чунки улар ўз вақтида изоляция қилинмайдилар. Клиник тузалиш кўпинча бактериологик тузалиш билан мос елмайди. Агар бактерия ташиб юрувчи — реконвалесцентлар шигелла ажратишни 3 ойдан ортик давом эттирса, у ҳолда улар хрониклар деб ҳисобланишади. Хроник ичбуруғи билан оғриган беморлар узоқ вақт мобайнида қўзғатувчилар сақлайдилар ва доимий равишда ёки вақт-вақти билан ташқи муҳитга нажас орқали чиқариб турадилар.

Ичбуруғ учун бошқа ичак инфекциялари каби нажас-оғиз орқали ўтиш механизми характерлидир. Асосий ўтказувчи омиллар бўлиб озиқа маҳсулотлари, сув, ифлосланган қўл, кийимлар, ўйинчоқлар, идишлар ва бошқалар хизмат қилади. Ўтиш омилларига мувофиқ озиқ-овқат, сув, контакт ўтиш йўллари фарқ қилинади. Инфекция тарқалиш хилларининг эпидемик аҳамияти бир хилда эмас. Улар тегишли шароит ва инфекция юққан кишилар сонига боғлиқ бўлади. Шунинг учун ҳам ичбуруғ тарқалишида озиқ-овқат маҳсулотлари энг катта эпидемиологик аҳамиятга эга. Айниқса Зонне ичбуруғида истеъмолдан аввал термик ишлов берилмаган ҳолларда озиқ-овқат маҳсулотларидан сут-қатик маҳсулотлари, салат, винегрет, компот, ҳўл мева ва ҳоказоларда қўзғатувчилар тўпланиб олиб, кўпаяди. Инфекцияланган озиқа маҳсулотларини истеъмол қилишда бир вақтнинг ўзида бир неча киши касалланиши мумкин.

Ичбуруғнинг озиқа маҳсулотлари билан авжланишларига озиқ-овқат ва сут маҳсулотларини қайта ишловчи саноатда, умумий овқатланиш ва озиқа маҳсулотлари савдоси объектларида санитария ва технология режимининг бузилишлари сабаб бўлиши мумкин.

Агар қўзғатувчилар озиқа маҳсулотларида кўпайсалар ва тўплансалар, озиқа маҳсулотли авжланишлар эпидемик юқумли-токсик авжланишларга ўхшаб кетади ва у Зонне шигелласи келтириб чиқарган авжланишларга айниқса хос бўлади. Озиқа маҳсулотлари билан касаллик авжланишлари йил давомида кузатилади, лекин иссиқ вақтларида уларнинг сони кўпаяди.

Сувнинг осонликча ифлосланиши ҳамда сувда қўзғатувчиларнинг узоқ вақт сақланиши туфайли ичбуруғ касаллиги сув йўли орқали тарқалиб ушбу касалликни келтириб чиқаради. Сувларнинг сув ҳавзаларида зарарланишига асосан ифлосланган қор сувлари ва ёмғир сувларининг тушиши, очиқ сув ҳавзаларига тозаланмаган ва қўлмак сувларнинг оқиб келиши, инфекцияси бор кирларнинг ювилиши, чўмилиш, тувакдаги нажасни сувга оқизиш, булоқ ва кудук сувларига эса ер таги сувларидан ҳожатхона ва бошқа ерлардан чиққан ифлосликнинг сизиб кириши сабаб бўлади ва натижада у ерга ичбуруғ қўзғатувчилари тўпланади. Водопровод сувининг ифлосланиши эса, бош қурилмаларда ва тармоқларда авария бўлганда юзаки тупроқ сувларини тортиб олишда, текшириб турилувчи кудукларга тупроқ сувларининг сизиб киришидан содир бўлади.

Сув орқали инфекция тарқалишида касалланиш характери турлича намоён бўлади. Масалан, водопровод сувларининг канализация сувлари билан ифлосланишида (авария вақтларида) касалланиш эгри чизиғи бир вақтнинг ўзида кўплаб кишиларда бўлиши туфайли портлаш характери олади. Инфекцияланган сувдан хўжалик мақсадларида фойдаланишда ва чўмилишда эпидемия локал характери тус олиб, касалланиш узоқ ва суст кечади.

Ўрта Осиё ва Закавказьеда кўпроқ Флекснер ич буруғи қайд қилиниб, етакчи ўринни сув омили эгаллайди.

Турмуш-контакт йўли билан инфекция тарқалишида ифлос қўл ёрдамида қўзғатувчилар бевосита оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига ўтиши мумкин. Бундай йўл кўпроқ ёш болалар учун ифлосланган ўйинчоқларни оғизларига олганларида, ифлосланган идиш, ифлос кийим-кечаклар, эшик тутқичлари, включателлар ва бошқа уйдаги асбоб-анжомлардан ўтади. Предметлар, озик-овқат маҳсулотлари ва сувларнинг ифлосланишида пашшалар муҳим роль ўйнайди.

Ичбуруғ учун касалликнинг турли ерда тарқалиши хосдир, чунки бунга инфекция манбаи, ўтказиш механизми ва унга мойил коллективнинг мавжудлиги сабаб бўлади. Инфекция тарқалишида аҳоли яшаш жойларидаги коммунал-санитария ободончилигининг паст даражада бўлиши, озик-овқат корхоналарида, шунингдек савдо корхоналарида ва умумий овқатланиш жойларида санитария ҳолатларининг қониқарсиз бўлиши, аҳоли ўртасида етарли даражада санитария маданиятининг бўлмаслиги сабаб бўлади.

Одам ичбуруғ касаллигига юқори даражада берилувчандир, лекин бу касалликка кўпинча 3 ёшгача бўлган болалар чалинади. Катта ёшдаги кишиларга нисбатан 14 ёшгача бўлган болаларда касалланиш юқори даражада

қолмоқда. Бундай ҳолат катталарга нисбатан уларда овқат маҳсулотлари орқали, чўмилишда сув орқали ва турмушда зарарланишнинг юқори бўлиши билан тушунтирилади. Орттирилган иммунитет ва бардошлилик тафовути ҳам аҳамиятга эгадир.

Ичбуруғ учун йилнинг ёз-куз ойлари хос бўлиб, бу вақтда касаллик кўп қайд қилинади. Флекснер шигеллёзида касалланиш кўрсаткичи асосан ёз ойларида кўтарилса, Зонне шигеллёзида куз ойларида кузатилади.

Патогенези. Йўғон ичакнинг қуйи қисмида ичбуруғ микроблари шиллик қават тўқимасига ва шиллик ости қаватига киради, регионар лимфа тугунларига ўтиб, у ерда кўпаяди ва қисман ҳалокатга учрайди, оқибатда эндотоксин ажралиб чиқиб, қонга сўрилади. Қон орқали тўқималарга ўтган эндотоксин йўғон ичак шиллик қаватларига таъсир қилиб, ичак деворлари қон томирлари ўтказувчанлигини ва томирлар мўртлигини оширади. Ичбуруғ шигеллалари (Григорьев-Шига) экзотоксин ҳам ишлаб чиқаради. Ичак шиллик қаватининг шикастланиши оқибатида некроз, шиш, қон қуйилишлар, эрозия ва яралар пайдо бўлиб, улар токсин таъсири остида периферик нерв системаси шикастланиши оқибатида келиб чиққан трофик бузилишлар билан ҳам боғлиқ бўлади.

Дизентерия колит синдроми симптомларининг бир қисми йўғон ичак иннервациясининг бузилиши билан боғлиқ. Бу унинг асосий функциялари бузилишига (ичак суюқлиги ва ахлат массалари йиғилиши, эвакуатор ва сўриш функцияси), ич келишига, сохта истак, тенезмлар пайдо бўлишига олиб келади.

Ичакда патологик жараённинг ривожланишида токсинлардан ташқари шигеллаларнинг инвазион (ёриб кириш) хусусиятлари ҳам катта аҳамият касб этади. Шигеллаларнинг хужайрадан ташқарида текинхўрлик қилиши, дегенератив ўзгаришларига, бурилишига ва эпителий хужайраларининг бузилишига олиб келади.

Организмнинг интоксикацияга учраши натижасида юрак қон-томирлари ва нерв системаси шикастланади, овқат ҳазм қилиш функцияси бузилади, биринчи ўринда секрет ажралиши, ичакларда мотор ва сўрилиш ҳаракати издан чиқиб, сув, минерал оксил, ёғ, углеводлар ва витаминлар алмашинуви бузилади.

Кўпинча организм ҳимоя реакциясининг таъсири натижасида ва беморларни даволашда организм қўзғатувчилардан бутунлай тозалангач, соғайиш даври бошланади.

Организм иммунологик реактивлигининг сусайиши, йўлдош касалликларнинг бўлиши (айниқса, меъда-ичак йўл-

ларининг хроник касалликлари, гельминтозлар) шунингдек, кеч бошланган даволаш, қоникарсиз овқатланиш ва яшаш шароитларида ўткир формадаги ичбуруғ хроник формага ўтиши мумкин.

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) давр 1—7 кун, ўртача 2—3 кун давом этади. Касаллик одатда ўткир бошланади. Камдан-кам қисқача, касалликдан дарак берувчи куйидаги ҳолатлар: умумий ҳолсизлик, лоҳаслик, иштаҳа камайиши, қорин шишуви, оғирлашуви ёки қулдираши, совуқ қотиш пайдо бўлади. Кейинчалик қувватсизлик ортиб, иштаҳа йўқолади, бош оғриғи, кўнгил айнаиши, қусиш, орқа бўғинларда зирқираш кузатилиб, ҳарорат субфебрил даражадан 40°С гача кўтарилади ва бир неча кун ана шундай ушланиб туради. Бунга тез орада қориндаги оғриқ қўшилади. Аввал у доимий характерга эга бўлиб, бутун қорин бўйлаб ёйилиб, симиллаб оғрийди, сўнгра у тутиб-тутиб оғришга ўтиб, кўпроқ чап томонда, камдан-кам ҳолларда ўнг томонда ва қориннинг пастки қисмида бўлади.

Тез-тез кетувчи суюқ нажас аввал ахлат характерида бўлади. Бир неча соатдан сўнг ахлат патологик аралашмали шиллиқ ва қондан иборат бўлади. Ахлат массаси кескин камаяди ёки батамом йўқолади. Йўғон ичак пастки қисми мушакларининг спастик қисқаришлари беҳуда истак—тенезм ҳосил қилади. Кучли зўр беришлардан сўнг бироз миқдорда қон аралаш шиллиқ—«ректал тупуги» ажралади, дефекация акти чўзилиб, унинг тугалланмаслик туйғуси пайдо бўлади.

Интоксикация оқибатида айниқса, ёш болаларда қайтадан қусиш, томир тортишиши пайдо бўлиши мумкин.

Бемор кўздан кечирилганда брадикардия, артериал босимнинг камайганлиги, тил курукшаб кулранг-кўнғир қараш қолаганлиги қайд этилади. Қорин пайпаслаб кўрилганда йўғон ичакда спазм ва оғриқ борлиги аниқланиб, у айниқса чап ёнбош соҳасида кўпроқ намоён бўлади.

Клиник кўринишларига биноан ичбуруғнинг куйидаги формалари фарқланади: 1) клиник вариантлар билан кечадиган, ўткир ичбуруғнинг колит формаси (енгил, ўртача оғир ва оғир формалари), гастроэнтероколитик (енгил, ўртача оғир ва оғир формалари), гастроэнтеритик (енгил, ўртача оғир ва оғир); 2) клиник вариантлар билан кечадиган қайталанувчан ва узок давом этадиган сурункали ичбуруғ; шигеллэзли бактерия ташувчанлик.

Ўткир ичбуруғ. Колит формадаги ичбуруғнинг клиник варианты енгил, ўртача оғир ва оғир формаларда кечиши мумкин.

Кейинги йилларда кўпинча енгил кечиши кузатилмоқда: токсикоз ҳолатининг кам ривожланиши, ҳароратнинг нормал қолиши ёки субфебрил рақамлар даражасигача кўтарилиши, сигмасимон ичак бўйлаб оғрик, ич суюлиши, баъзан шиллиқ аралашиб келиши, суткасига 3—5 кунгача (камроқ ҳолларда 10 мартагача) келиши кузатилади. Ҳатто даволашсиз 3—5 кундан сўнг касалликнинг ҳамма кўринишлари йўқолиб кетади.

Ўртача оғирликдаги формаси кучли токсикоз, қалтираш, тана ҳароратининг 39°C дан ҳам (ҳарорат шу тахлитда 2—3 кун ушланиб туради) кўтарилиб кетиши билан кечади. Беморларни бош оғриғи, кўнгил айнаши, қусиш, қориннинг узоқ ва давомли тутиб оғриши, ичнинг шиллиқ ва қон аралаш, суткасига 10—15 мартадан 20 мартагача келиши, тенезм — ёлғон майллик ҳолатларидан безовта бўлиш кабилар қайд этилади. Ўткир давр 5—7 кун давом этади. Ўз вақтида даволаш бошланса, касаллик 2—ҳафтанинг охирларида тугалланади.

Оғир формаси ҳароратнинг 39°C ва ундан ортиқ кўтарилиши, алахсираш, кўнгил айнаши, қусиш, безовталик, томир тортишиши билан характерланади. Ич кетиш суткасига 20—40 марта ва ундан кўпроқ бўлади. Қориндаги оғрик азоб берувчи тенезмлар билан биргаликда кечиб, сийдик пуфагига ўтади. Ахлатда кўп миқдорда қон нуқталари ёки гўшт ювиндисига ўхшаш шиллиқ ва қон бўлади.

Қизгин суръатдаги даволаш бўлмаса, умумий интоксикация ортиб боради, томир тез-тез уриб, артериал босим паст тушиб кетади. Айрим беморларда инфекцион-токсик шок ҳолати авж олади. Оғир аҳвол 7—10 кун давом этиши мумкин.

Ўткир дизентериянинг гастроэнтероколитик хилида инкубацион давр қисқа (6—8 соат), гастроэнтерит симптомлари устун бўлиб, тез бошланади. Интоксикация яққол юзага чиқади. Сўнгра энтероколит симптомлари кўшилади. Касаллик кечишининг оғир-енгилигига кўра, бемор кўп қусади ва ичи кетади, бу организмнинг сувсизланишига олиб келиши мумкин (I—II даражаси — ўртача оғир III—IV даражаси — оғир).

Ўткир дизентериянинг гастроэнтеритик хилида колит ҳодисалари кузатилмайди. Ректороманоскопияда йўғон шиллиқ пардасида кам юзага чиққан ўзгаришлар қайд қилинади. Гастроэнтерит симптомлари етакчи ҳисобланади ва кечишининг оғир-енгилигига кўра сувсизланиш белгилари даражаси ҳар хил бўлади (I—II даражаси — ўртача оғир, III—IV даражаси — оғир).

Сўнги йилларда беморларнинг бир қисмида дизенте-

риянинг ўзгарган ва сурункали кўринишида кечиши қайд қилиняпти. Ўзгарган кўринишда кечганда дизентериянинг клиник белгилари кам юзага чиқиб, беморлар одатда тиббий ёрдамга мурожаат қилмайдилар, касаллик батафсил клиник ва бактериологик текширишдагина аниқланиши мумкин.

Дизентерия асоратланмай кечганда 2—3 ҳафтадан кейин клиник соғайиш бошланади. Меъда-ичак йўли 1—3 ой ва бундан ортиқ муддат ўтгандан кейингина функционал ва морфологик жиҳатдан тикланади. Шу туфайли ўткир дизентерия бошдан кечирилгандан кейин дастлабки 2—3 ой ичида у қайталаниши эҳтимол. Унинг қайталанишга қўшилиб келган касалликлар борлиги, даво курсини чала қолдириш, касаллик ва реконвалесценция даврида парҳезнинг қўпол бузилиши сабаб бўлади. Қайталаниш асосий касалликка нисбатан камроқ интоксикация билан ўтади.

Х р о н и к д и з е н т е р и я . Рецидив ва узлуксиз формада кечиши мумкин. Рецидив формасида стационардан чиқилгандан 3—5 ой ўтгач, рецидивлар пайдо бўлади. Кўзишда организм интоксикацияси камроқ даражада бўлса-да, у клиник манзараси бўйича дизентериянинг ўткир формаларидан кам фарқ қилади.

У з л у к с и з ф о р м а с и аста-секин бошланади ва беморнинг аҳволи яхши бўлмай тураверади. Ахлати суюқ ёки бўтқасимон, кўпинча шилимшиқ ва йиринг аралашган, суткасига 5—6 марта келади. Жигар, меъда ости бези, ичаклар функцияси бузилган. Дизентериянинг узлуксиз хроник формаси бошдан кечирилгандан кейин аксарият кўп йилларгача ичакнинг дисфункциялари қолиб, улар ичакдаги барқарор ахилия ва атрофик ўзгаришлар оқибати хисобланади, бу хроник колит авж олишига олиб келади ва носпецифик ярали колит шаклланишининг сабабларидан бири бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Т а ш у в ч и л и к . Қисқа вақтгача ахлат билан шигеллалар ажралиб туриши (субклиник бактерия ажратилиши) ва касаллик симптомлари йўқлиги билан характерланади.

Асоратлари. Оғир ҳолатларда ичбуруғ тўғри ичакнинг чиқиб қолиши, иккиламчи инфекциялар қўшилиши оқибатида зотилжам, отит, паротит, плеврит (кўпинча ёш болаларда) асоратлари пайдо бўлади. Касаллик узоқ давом этиб кечганда, бир ёшгача бўлган болаларда модда алмашинуви бузилишлари билан боғлиқ равишда гипотрофия, гиповитаминоз, камқонлик авж олиши мумкин.

Диагнози: Диагностика клиник, эпидемиологик, асбоблар билан текшириш ва лаборатория текширишларига

асосланган бўлади. Беморни госпитализация қилиш масаласи асосан касалликнинг клиник кўринишларига асосланади. Шубҳали ҳолатларда беморлар диагностика бўлимига жўнатилади. Эпидемиологик анамнез ичбуруғ билан касалланган беморлар ёки ана шу касалликка шубҳа қилинган кишиларни, оилада, квартирада, уйда ва болалар муассасаларида бактерия ташиб юривчилар билан контактда бўлганликларини аниқлашда ёрдам беради.

Лаборатория диагностикаси бактериологик, серологик, иммунофлюоресцент тадқиқотларга асосланади. Лабораторияга экиб чиқариш учун ҳаққоний равишда дефекация қилинган ёки тампонлар ёрдамида олинган янги шиллик, йиринг ва бошқа патологик аралашмалардан (фақат қон эмас) юборилади.

Энг яхши натижа бемор ўриндиғида, бевосита янги ахлатни экишда олинади. Агар бунинг имконияти бўлмаса, олинган материал консерваланадиган аралашма (глицеринли ва бошқа) билан стерил пробиркага солиниб, 2 соатдан кечиктирилмай, лабораторияга етказиб келинади. Ана шу муддатда материални лабораторияга келтириш имкони бўлмаса, пробиркадаги консервант билан биргаликдаги материал холодильникда сақланиб, олинган вақтига нисбатан 12 соатдан кечиктирилмай, лабораторияга келтирилади. Даволаниш бошланганига қадар олинган материалда экиш натижаси юқори бўлади. Дастлабки натижа 2 кунда, якунловчиси 4 кунда тайёр бўлади.

Касалликнинг 5-кунидан эритроцитар ичбуруғ диагностикаси билан ўтказилувчи кўшимча гемогглютинация реакциясидан (РНГА) фойдаланилади. РНГА нинг минимал диагностик титри 1:160.

Тезлаштирилган диагностика учун иммун флюоросцент усулдан фойдаланилади. Шунингдек РУА — экспресс — усули қўлланилади.

Ўзида ичбуруғ шигеллаларига антитело сақловчи кўмир зардоб аралашмасига бемор нажаси суспензияси кўшиледи. Ижобий реакция бўлса, бир неча минутдан сўнг қора рангдаги (агломерация) йирик парчалар пайдо бўлади. Реакция ойна устида олиб борилади.

Копрологик анализ (бемор ахлатини микроскопик усулда текшириш, унда патологик аралашмалар — шиллик, лейкоцит, эритроцит, нейтрал ёғлар, шунингдек гельминт тухумлари, бир хужайралилар ва ҳоказоларни топиш) ичбуруғ диагностикасида носпецифик ёрдамчи усул бўлиб хизмат қилади.

Касалликни аниқлашда ёрдамчи усуллардан бири ректороманоскопия ҳисобланади. У йўғон ичакнинг пастки

қисмини, анал тешиқдан 25—30 см узунлиқда шиллиқ қаватларини кўриш иконини беради. Бу усул ёрдамида ичакда кечаётган патологик жараён динамикасини кузатиш мумкин. Ректороманоскопия ҳомиладор аёлларда ва бир ёшгача бўлган болаларда қўлланилмайди.

Даволаш. Даволаш комплекс бўлиши ва имкён борича эрта бошланиши керак. Дизентериянинг енгил ва ўртача енгил формаси бўлган беморларга колит симптомлари юзага чиққанда нитрофуран препаратлари (фуразолин фурадонин, фуразолидон ва б.) 0,1—0,15 г дан суткасига 4 марта овқатдан кейин 3—5 кун мобайнида тайинланиши керак. 8-оксихинолин унумлари: мексаза, мексаформ 2 таблеткадан (драже) кунига 4 марта 3—5 кун мобайнида кейин тайинланиши мумкин. Кўрсатиб ўтилган препаратлар шигеллаларга этиотроп таъсир қилади ва ичакнинг нормал микрофлорасини сақлаб туради.

Кўшилиб келган касалликлари, гельминтозлари бўлган ёши улғайган беморларда касаллик ўртача оғирлиқда кечаётганда ва шигеллёз оғир кечганда антибиотиклар: 0,5—1 г дан ҳар 6 соатда ампициллин тайинланади. Натижа бермаганда неомицин сульфат 0,1—0,2 г дан суткасига 2—4 марта ёки канамицин 0,5 г дан суткасига 4 марта 5—6 кун мобайнида қўлланилиши керак. Сульфаниламид препаратлардан сульгин, сульфазол, сульфатизол 1 г дан суткасига 3—4 марта 5—6 кун мобайнида, таъсири узайтирилган препаратлардан — сульфадиметоксин, сульфипиридин, фтазин қўлланилади. Ичак дисбактериозининг олдини олиш учун эубиотиклар: колибактерин, лактобактерин, бификол, сут бифидумбактерини суткасига 5—6 дозадан 3—4 ҳафта мобайнида тайинланади.

Яққол намоён бўлган интоксикацияда ва организмда сувсизланиш белгилари пайдо бўлганда венага изотоник тузли эритмалар, натрий хлориднинг изотоник эритмаси, «Квартасоль», «Трисоль», «Лактасоль» 1—2 л ҳажмда юборилади. Касалликнинг оғир формаларида ва организм сувсизланиши кузатилмаганда қуйидаги коллоид эритмалар: гемодез; реополиглюкин, полиглюкин — суткасига 400—800 мл дан тавсия этилган.

Витамин С (суткада 500—600 мг) дан ташқари никотин кислотаси (суткада 40—60 мг) тиамин ва рибофлавин (суткада 9 мг) тайинланади.

Юрак-томир етишмовчиликлари белгилари пайдо бўлганда ва коллапс ҳолатларида тери остига кордиамин, кофеин ва бошқалар юборилади. Ичбуруғ рецидивини юз бермаслиги учун йўлдош касалликлар ҳам даволаниши зарур. Хроник ичбуруғда бактериялар ажралиб чиққанда

ёки касаллик авж олганда даволаш курси тавсия этилади. Антибиотиклардан ташқари (нитрофуран ёки сульфаниламид препаратлари эҳтиёткорлик билан қабул қилинади), вакцина терапия воситалари ўтказилиб, замбурукқа қарши ёки эубиотик таъсир этиш тайинланади. Даво яхши кор қилиши учун беморнинг тўғри овқатланиши ҳам катта аҳамиятга эга. Қусиш пайтида дастлаб 10—12 соат очлик тавсия қилинади. Кейинчалик механик ва химик қитиқловчилар иштирок этмаган парҳез: лимонли аччиқ чой, оқ сухари нон (суткада 300 г гача) икки ёки уч кунлик кефир, сузма, гуручли суюқ овқат, эзилтириб пиширилган гуручли бўтқа тавсия қилинади.

Меъда секречияси сусайганлиги сабабли, пепсин, ацидин-пепсин, абомин, панкреатин, холензим, панзинорм, фестал ва бошқалар хлор-водород кислота эритмаси билан қўшиб тайинланади. Ўткир жараёнлар камайганда, иштаҳа пайҳо бўлганда гўшт қайнатмасида тайёрланган суюқ овқатлар, бугда пиширилган котлетлар, сувда пиширилган балик, қиймали гўшт, қайнатиб пиширилган сабзавотлар сариёғ, мева шарбатлари, олма, суви қочган оқ нон ва ҳоказолар берилади.

Беморни тоза тутиш ниҳоятда муҳимдир, думғаза ва анал тешиги атрофида ифлосланишлар бўлишига йўл қўймаслик керак. Қоринда қаттиқ оғриқ бўлганда спазмолитиклар (папаверин, но-шпа, белладонна ва бошқалар) иссиқ грелка, иссиқ ванна тавсия қилинади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Инфекция тарқалиш йўлларига таъсир этувчи санитария-гигиена чоралари асосий аҳамият касб этади. Уларга озиқа маҳсулотлари, сут маҳсулотлари саноатида, умумий овқатланиш объектлари ва озиқа маҳсулотлари савдосида санитария ва технология режимига риоя қилиш киради. Доимий равишда озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаш, қайта ишлаш, сақлаш ва савдо шохобчаларига ташиш корхоналарида санитария назоратини ўрнатиш, озиқ-овқат маҳсулотлари ишчилари, болалар муассасалари ходимлари ва бутун аҳоли ўртасида санитария маданиятини юксалтириш муҳим ўрин тутди.

Аҳоли яшаш жойларини ободонлаштириш канализация ва водопровод ўрнатиш ишларини ўтказиш, яшаш пунктларида ахлатларни ўз вақтида ташиб йўқотиш, уларни зарарсизланитириш, пашшалар билан курашиш ҳам асосий ўринда туради.

Марҳазлаштирилган сув таъминотида водопроводга олинувчи сув ҳавзаларида санитария муҳофаза зонасини

ташкил қилиш, олинган сувни тозалаш ва зарарсизлан-тириш устидан, водопровод-канализация тармоқлари ва қурилмалари эксплуатацияси устидан назорат ўрнатиш таш-кил этилади.

Инфекция манбаини йўқотиш тадбирлари беморларни ва ичбуруғ касаллиги эҳтимоли борларни ўз вақтида аниқлаш ва изоляция (ажратиб қўйиш) қилишдан иборат.

Беморларни госпитализация қилиш клиник ва эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ олиб борилади. Эпидемияга қарши тадбирлар олиб борилиши мумкин бўлмаган ёки режим бузилган ҳолларда беморлар госпитализация қилинади.

Ўткир ичак касаллиги билан оғриган, бактериологик диагнози тасдиқланмаган беморлар (улар уйдаи ёки касалхонадами, бунинг аҳамияти йўқ) клиник жиҳатдан соғайганларидан сўнг 3 кун ўтгач, ахлати нормаллашиб, ҳарорати жойига тушгач, касалхонадан чиқариб юборилади. Озиқ-овқат корхоналари ишчилари ва уларга мансуб кишилар даволаш тугатилгандан сўнг камида 2 кун ўтказилиб, бир марта бактериологик текширувдан ўтишлари лозим. Агарда ичбуруғ бактериологик нуқтаи назардан тасдиқланган бўлса, у ҳолда беморлар 3 кун ўтказилиб ахлати нормаллашиб, ҳарорати нормада бўлгач, шартли равишда бир марталик манфий текширувдан ўтишлари лозим (даволаш тугатилгандан сўнг 2 кун ўтказиб), озиқ-овқат маҳсулотлари корхоналарида ишловчи ишчилар ва уларга мансублари эса 2 марталик текширувдан ўтганларидан сўнг касалхонадан чиқарилади.

Бактериологик тасдиқланган ичбуруғ билан оғриб ўтганлар, бактерия ташиб юрувчилар ва узоқ вақт ичи нормал ҳолга келмаган шахслар, озиқ-овқат корхоналарида ишловчи ишчилар ва ана шуларга мансуб кишилар диспансер назоратига олинади. Аҳолининг бошқа табақалари фақат хроник формадаги ичбуруғ билан оғриганида диспансер назоратига олинади. Диспансер ҳисобида бўлган ҳамма шахслар 3 ой давомида назорат қилиниб, ҳар ойда врач қўригидан ва бактериологик текширувдан ўтказилади. Озиқ-овқат корхоналари ва уларга мансуб жойларда ишловчи шахслар хроник ичбуруғ билан оғриган бўлсалар, 6 ой давомида диспансер назоратида бўлиб, ҳар ой бактериологик текширувдан ўтказилади.

Инфекция кўзгатувчилари манбаини аниқлаш мақсадида озиқ-овқат корхоналарига ва уларга оид жойларга ишга

кирувчи шахслар бир марта бактериологик текширувдан ўтказилади.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р .
Госпитализация қилингунига ёки тузалгунига қадар бемор уйда қолдирилган бўлса, инфекция ўчоғида кундалик, госпитализациядан ёки тузалишдан сўнг — якунловчи дезинфекция ўтказилади.

Беморлар билан мулоқотда бўлганлар 7 кун давомида медицина кузатувида (хароратни ўлчаш, ахлатни кузатиб бориш, ичакларни пальпация қилиш ва ҳоказолар) бўлади-лар. Инфекция ўчоғида озик-овқат корхоналари ва уларга тааллуқли жойлардаги ишчилар бўлса, санитария-эпидемиология ходимлари улардан бактерия ташиб юришни текшириш мақсадида материал оладилар.

Зарурият туғилганда инфекция ўчоғида (санитария-эпидемиология станциялари талабига мувофиқ) санитария-профилактика тадбирлари (кудукларни тузатиш, ҳожатхоналарни, ахлат тўплаш жойларини қуриш ёки ремонт қилиш, пашшаларни қириб ташлаш ва ҳоказолар), шунингдек, санитария-оқартув ишлари олиб борилади.

Ичбуруғ касаллигини ва бактерия ташиб юрувчиларини аниқлаш мақсадида мактабгача бўлган болалар муассасаларида болалар ўртасида улар ахлати характери ва ахлат ажратиш сони устидан доимий назорат олиб бориш зарур.

Ичак дисфункциясида ёки ичак инфекциясига шубҳа пайдо бўлса, бемор тезда изоляция (ажратиб қўйиш) қилинади. Бемор болалар билан мулоқотда бўлган болалар устидан медицина кузатуви (икки мартадан хароратини ўлчаш, ахлатни кузатиб бориш) ўтказилади. Қайтадан касалланиш рўй берса, ҳамма болалар ва гурӯҳида ишлаган ходимлар бир марталик бактериологик текширувдан ўтказилади.

Бир вақтнинг ўзида болалар муассасасининг бир неча гуруҳидан касаллик чиқса, бактериологик текширув фақат болалар ўртасида эмас, балки овқат тайёрлаш ишчилари ва тегишли гуруҳлар ўртасида ҳам олиб борилади.

Мактабгача тарбия болалар муассасаларида касалланиш хавфи туғилгундай бўлган ҳолларда профилактика мақсадида фаг юборилади.

Специфик (хос) эмлаш эффекти оз бўлгани учун у аҳоли ўртасида ўтказилмайди.

Этиологияси. Қўзғатувчилар Enterobacteriaceae оила-сига ва Escherichia авлодига мансубдир. Уларнинг патоген хусусиятга эга бўлган хиллари ҳам мавжуд.

Энтеропатоген ичак тайёкчалари (ЭПИТ) антиген структу-раси бўйича фарқ қилинади: К-антигенлар (А, В, L, ва М типларидаги капсулани антигенлар); О-антигенлар (соматик) ва Н-антигенлар (хивчинли); К-антигенларнинг 100 варианты, асосан В типдаги, О-антигенларнинг — 163 ва Н-антигенларнинг 56 варианты маълум. К-, О- ва Н-анти-телолар сақлайдиган зардоблар билан РА натижаларига кўра ажратилган культура антиген таркиби, масалан, 026:В4:Н11, 0111:В6:Н4 (антиген формуласи ёки серотипи) аниқланади. Одатдаги амалиётда қўзғатувчининг у ёки бу О-серогуруҳ: 026, 025, 0111 га мансублигини кўрса-тиш билан кифояланиб қолинади.

Эшерихиялар қўзғатган касалликларнинг турли-туман ке-чишига кўра улар шартли иккита категорияга бўлинган. I категориянинг қўзғатувчилари I ёшгача бўлган болаларда касалликлар келтириб чиқаради. Асосан ингичка ичакни касаллантириши сабабли уларга энтеропатоген ичак таёқ-чалари (ЭПКП) деган ном берилган — 0,26, 055, 0111, 0127 ва б.

II категориянинг қўзғатувчилари эшерихийларнинг 2 гуруҳига бўлинади — дизентериясимон (I ёшдан ошган бо-лаларда ва катталарда касалликлар қўзғатади) ва вабосимон касаллакларнинг қўзғатувчилари. Дизентериясимон касал-ликларнинг эшерихиялари ичак эпителийсини инвазиялаши ва касаллик қўзғатиш қобилияти борлигидан энтероин-вазия ичак таёқлари (ЭИКП) — 0124, 0136, 0143, 0144, 0151 («Қрим») номини олган. ССЖИ худудда бемор-ларда ЭКИП 0124 энг кўп ажралиб чиқади. Вабосимон касалликларнинг эшерихийлари энтеротоксин ишлаб чиқа-ради, шунга кўра уларни энтеротоксиген ичак тайёкчалари (ЭТКП) — 01, 06, 08, 015, 025, 078, 0115 деб атаганлар.

ЭПКП ташқи муҳитда бирмунча чидамли. Турли рўзғор буюмлари юзасида анча вақтгача сақланади, дарё, қудук ва водопровод сувида бир неча ҳафта ва ойлаб сақланади, турли хил озиқ-овқат маҳсулотларида кўпаяди.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб, касаллик-нинг ўткир даврида ташқи муҳитга ахлатлари билан қўз-ғатувчиларни чиқарувчи беморлар ва бактерия ташувчилар ҳисобланади.

Камдан-кам ҳолларда инфекцияланган ҳайвонлар (бу-

зоқча, чўчка, товук) инфекция манбаи бўлиши мумкин.

Зарарланиш механизми нажас-оғиз орқали содир бўлади. Инфекциянинг узатилишида куйидаги омиллар иштирок этади: озиқ-овқат маҳсулотлари, сув, уй-рўзғор буюмлари. Илк гўдак ёшидаги болаларда коли-инфекциялар ўтишида (I категориядаги ЭПКП) майший юқиш — қўзғатувчиларнинг болани парвариш қилаётган катта одамларнинг қўллари орқали ўтиши асосий ўрин тутди. Коли-инфекцияларга чақалоқлар, чала туғилган ва заифлашган болалар кўпроқ мойил бўладилар. II категориядаги ЭПЕП қўзғатадиган дизентериясимон касалликлар асосан инфекция тушган озиқ-овқат маҳсулотлари (сут, қатик, кефир, творог, сметана, макарон билан қиймали гўшт, қовурилган балик, картошка пюреси в б.) ва сув орқали юқиши мумкин. Бу ичак таёқчалари шу маҳсулотларда кўпайиши мумкин.

Касаллик спорадик кўринишда ва эпидемик авжланиш ҳолларида қайд қилинади. Инфекциянинг тарқалишига озиқ-овқат ва сут маҳсулотларини қайта ишлаш корхоналари, умумовқатланиш объектлари ва озиқа маҳсулотлари савдоси, болалар муассасалари, санитария эпидемиологик режимнинг бузилишлари, беморларни ўз вақтида изоляция қилмаслик ва ҳоказолар сабаб бўлади.

Ичбуруғсимон, эшерихиоз касаллигининг кўпчилиги ёз-куз ойлари даврига тўғри келади.

Патогенези. Ингичка ичакка тушган қўзғатувчилар (ЭПИТ), эпителийнинг юзаки қисмида қизгин ривожланади. Эшерихийлар ҳалокатида эндотоксин ажралади, улар томирлар эндотелийсига ва бевосита нерв марказларига таъсир қилади, оқибатда томир деворининг ўтказувчанлиги бузилади, томирлар тонуси ўзгаради. Эпителий секретор фаоллиги ортади ва у ичак бўшлиғига сув, натрий ва калий тузларининг ажралишига олиб келади. Бу кўринишлар айниқса, ЭТИТ билан зарарланиш ҳолларида намоён бўлади.

Энтерит оқибатидаги тез-тез ич кетиши ва қусиш сабабли организмдаги умумий қон массаси камаяди, қон қуюлиб қолади. Умумий қон массасининг, томир ичидаги босимнинг камайиши, хужайра мембранаси ўтказувчанлигининг ортиши буйрак функцияси фаолиятини издан чиқаради. Сийдикда оқсил, шаклий элементлар пайдо бўлади, олигурия, анурия ривожланади.

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) давр бир неча соатдан 3 кунгача, кўпинча 18—24 соат давом этади. Болаларда эшерихиознинг ичак шакллари энтерит ва энтероколит типиди кечади. Енгил кечганда тана ҳарорати

нормал ёки субфебрил, ичи суюк, суткасига 5 мартагача, аралашмаларсиз кетади. Ўртача оғирликдаги формасида тана ҳорорати 38—39°C гача кўтарилади, суткасига 10 мартагача ич кетади, суюк, шилимшиқ аралаш бўлади, қорин кепчиган, иштаҳа пасайган. Оғир кечганда тана ҳорорати 39—40°C гача кўтарилади, суткасига 20 ва бундан ҳам кўп марта ич кетади, шилимшиқ аралаш, сувсимон, кўкимтир бўлади, иштаҳа йўқолади, қорин дам бўлган, пайпаслаб кўрилганда оғриydi. Касаллик бир неча кундан 2 ҳафтагача давом қилади; баъзан сурункали тусга киради.

Дизентериясимон формаларида касаллик ўткир, эт жунжикишидан, қоринда қаттиқ оғриқ туришидан, ҳолсизлик, бош айланиши, кўнгил айнишидан бошланади; тана ҳорорати кўтарилади. Кечишнинг оғир-енгиллигига кўра, ич суткасига 5 дан 10 мартагача, шилимшиқ, баъзан қон аралаш кетиши мумкин. Тенезмлар ва ич келишига сохта истаклар дизентерияга қараганда камроқ бўлади. Касаллик 5—7 кун давом қилади, баъзан узоқроқ муддатга чўзилиши ҳам мумкин. Оғир кечганда интоксикация кучли бўлади, бу талваса тутиши, ҳушдан кетиб туришда намоён бўлади. Касаллик энгил кечганда тана ҳорорати нормал, ичи суюк, суткасига 3—5 мартагача, аралашмаларсиз бўлади. Касалликнинг умумий давомлиги 3—5 кун.

Вабосимон эшерихиозлар клиник кечиши бўйича вабининг энгил формаларини эслатади. Инкубацион давр 1—3 кун давом қилади. Касаллик ҳолсизлик, лохаслик, бош оғриши, кўнгил айниши билан ўткир бошланади; тана ҳорорати аксарият нормал. Эпигастрал соҳада оғриқ пайдо бўлади, бемор қусади, бир неча соатдан кейин шилимшиқ ва қон аралашмаган тез-тез суюқ ич кетади. Оғир кечганда кусуқ массалари ва нажас билан суюқлик йўқотиш натижасида организмнинг сувсизланиш симптомлари пайдо бўлиши мумкин.

Диагнози. Охирги диагноз бактериологик ва серологик лаборатория текшириш усуллари ёрдамида қўйилади.

Бактериологик текшириш учун дезинфекция қилинган, сўнгра қайноқ сувда ювилган тувакдан нажас (3—5 г) олиниб, натрий хлориднинг изотоник эритмасига ёки 30 фоизли глицерин аралашмаси олинган пробиркага ўтказилади. Яхшиси, ахлатнинг охирги қисми олинади, чунки колиэнтеритларда ингичка ичак шикастланади. Эмизикли болаларда материал йўрғакдан олинади. Лабораторияга қушиш массаси (3—5 г) натрий хлориднинг изотоник эритмаси солинган стерилланган пробиркага солиб жўнатилади. Материал Эндо ёки Левин муҳитига экилади. Ажратил-

ган культура биохимик ва серологик хусусиятлари бўйича тенглаштирилади. Касалликнинг 3—5-кунлари лабораторияга билвосита гемагглютинация реакцияси учун қон жўнатилади, натижаси антетело титрининг ортиб бориши кўзатилади, динамикада кўриб чиқилади.

Юқори сезгирликка эга бўлган РИФ ва РУА реакцияси кенг қўлланилади.

Даволаш. Ичбуруғга ўхшаш эшерихиозларни даволаш ҳақида ичбуруғ темасидан кўрсангиз, вабосимонини эса — вабони даволаши темасидан ўқийсиз.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Ичбуруғ профилактикасига қаранг. Беморлар уйда ажратиб қўйилади ёки клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар бўйича касалхонага ётқизилади. Бундан ташқари, инфекция манбаларини аниқлаш мақсадида 2 ёшгача бўлган болалар туғадиган ва туккан аёллар уларда ўткир ичак касалликлари бўлганда диагностик текширувдан ўтказилади. Ташувчиликни аниқлаш учун озиқ-овқат корхоналарининг ходимлари ва уларга тенглаштирилган шахслар, ишга қабул қилинаётганда ва Эпидемиологик кўрсатмалар бўйича, мактабгача болалар муассасаларига қабул қилинаётганда, 2 ёшгача бўлган болалар, соматик ва инфекция касалхоналарга кирувчилар текшириб кўрилиши керак. Эшерихиозларни специфик иммунлаш ишлаб чиқилмаган.

ВАБО (CHOLERA)

Этиологияси. Қўзғатувчиси *vibriонасеае* оиласига, *vibrio* авлодига мансубдир. Вабо вибрионлари вергул таёқчага ўхшаш букилган кўринишга эга. Вибрионнинг бир учиди хивчини бўлиб, у ана шу хивчин ёрдамида ҳаракатланади.

Вабо вибриони 2 та турга бўлинади: классик ва Эль-Тор. Ҳар бир тури (биотипи) учта серотипга: Инаба, Огава ва Гикошимага бўлинади.

Сувдан ва кишилардан баъзида эмлаш зардоблари билан агглютинация қилинмайдиган штаммлар топилади (НАГ вибрионлари), улар вабосимон касалликларни келтириб чиқаришлари мумкин.

Вабо вибрионлари ташқи муҳитга етарли даражада чиқамлидир. Улар ахлатда нур тушмаган шароитда қуримаган ҳолда 150 кун, тупрокда 60 кунгача, қайнатилмаган сутда бир неча кун, сариёгда 20 соатдан 30 кунгача мева ва сабзавотларда 3 дан 10 кунгача сақланади. Вабо вибриони паст ҳароратни яхши ўтказиши. Бир хил шароитда, Эль-Тор биотипи атроф-муҳитда классик вибрионига нисбатан чидамлидир.

Вибрионлар тезда қуриб қолиши мумкин, яъни улар қай-натиб кўрилганда бир зумда ҳалокатга учраганлиги; хлор-водород ва сульфат кислотаси эритмалари қўшилганда (1:10 000) вибрионларнинг бир неча секунд ичида ўлганлиги кузатилган.

Эпидемиологияси. Ягона инфекция манбаи бўлиб, бемор киши ёки вибрион ташувчи ҳисобланади. Айниқса, касаллик авжланиши вақтида бемор хавфли ҳисобланиб, у суткасига 7 литрдан 30 литргача ва ундан ортиқ ўзида кўп миқдорда вибрион сақловчи суюқликни ич кетиш ва қушиш массаси сифатида чиқаради.

Атрофдагилар учун беморнинг хавфли бўлиши вабонинг клиник формаларига боғлиқ бўлади. Касаллик оғир кечганда касалланган бемор врачга ўз вақтида мурожаат қилади. Шунинг учун ҳам касаллик юқиши маълум оила аъзолари ўчоғида чегараланади.

Кўпинча катта хавф касалликнинг атипик ва сийқа формаларда кечишида бўлади. Улар коллективда қолиб атрофга жадал равишда инфекция тарқатадилар ва ҳатто инфекцияни катта масофага етишига сабабчи бўладилар.

Инфекция манбаи бўлиб шунингдек, вибрион ташувчи — реконвалесцентлар, сурункали ва соғлом ташиб юрувчилар бўлиши мумкин. Реконвалесцентлар ташувчиликдан кўпинча касалликдан 1—2 ҳафта ўтиб соғайгач қутулишса, соғломлари эса бир неча кундан кейин халос бўлишади.

Вабода сурункали ташиб юрувчилар кам учраса-да, касаллик бир неча ойдан ҳатто бир неча йилгача давом этади. Бундай ҳол аввалам бор Эль-тор вабосига тааллуқли. У ҳеч қандай белгисиз кечиш, соғлом ташувчиларда кузатилиши мумкин.

Бошқа ичак инфекциялари каби вабо учун ҳам кўзгатувчиларнинг нажас-оғиз орқали узатилиш механизми характерлидир. Овқат ҳазм йўллариغا вибрион инфекцияланган сув ёки озиқа маҳсулотлари орқали киради. Беморлар билан бевосита алоқада бўлган бемор ёки вибрион ташиб юруви чиқиндилар билан ифлосланган қўлни оғзига олиб боришида инфекцияни юктириши мумкин.

Инфекцияни ўтказиш омилларига қараб сувли, турмушдаги ва озиқ-овқат орқали ўтадиган эпидемиялар фарқ қилинади. Инфекция тарқалишининг асосий бош омилларидан бири оқин сувлар билан инфекцияланган очик сув манбалари (денгиз, дарё, кўл, сув омборлари, булок, ирригацион каналлар ва ҳоказолар) ҳисобланади. У ерларда кўзгатувчилар узоқ вақт сақланади ва кўпаяди. Вабо вибриони оқин сувларда нейтрал ёки ишқорий реак-

цияларда ўзларига оптимал ҳарорат топган ҳолда ривожланиб кўпайиши аниқланган. Иссиқ шароитларда аҳолининг сув билан алоқаси касаллик кўзгатувчисининг фақат эндемик ўчоқларидагина (Ҳиндистон, Индонезия, Бирма, Бангладеш, Филиппин ва бошқалар) эмас, балки улардан ташқарига сув — одам — сув беркилган доира сифатида тарқалиб кетиши мумкин. Эпидемик авжланишлар инфекцияланган сувдан фойдаланиш даражаси (ичиш, чўмилиш, хўжалик ишларида фойдаланиш) шунингдек, канализация ташламлари билан ифлосланиш даражасига боғлиқ. Сув эпидемияси сув орқали аҳолининг кўплаб зарарланиши билан характерланади.

Турмушдаги эпидемиялар кўзгатувчиларнинг қўл орқали уй-рўзғор буюмлари, уй анжомлари орқали тарқалишида юзага келади. Бундай ҳолатга беморларни ўз вақтида аниқламаслик ва аҳоли санитария маданиятининг паст даражада бўлиши сабаб бўлади.

Озиқ-овқат орқали юқиш ҳоллари мустақил равишда кам учрайди. Инфекцияланган денгиз маҳсулотлари, (устрица, мидия, креветка) сут маҳсулотлари ёки бошқа маҳсулотларни истеъмол қилишда пайдо бўлган вабо авжланишлари қайд этилади.

Эпидемик жараённинг кечиши социал омилларга ҳам боғлиқдир. Касалланишга аҳоли яшаш жойлари санитария ободонлиги, турмуш фаровонлиги, турмуш маданияти даражаси, медицина ёрдами билан таъминлаш даражаси ва ҳоказолар таъсир кўрсатади.

Вабога нисбатан бўлган мойиллик юқори даражада. Хасталикдан сўнг бемор организмда турғун иммунитет ишлаб чиқилади (гарчи такрорий хасталаниш ҳоллари бўлса ҳам).

Иқлими илиқ бўлган мамлакатларда ҳаттоки йилнинг иссиқ пайтларида ҳам вабо билан касалланиш ҳоллари юқори даражада бўлади. Тропик мамлакатларда мавсумийлик камроқ кузатилади. Айниқса, Эль-Тор вабоси кўзгатувчисининг хусусияти шундаки, у бир мавсумдан иккинчи мавсумгача сақлана олади (узок вақт мобайнида бактерия ташувчилик ва атипик касалланиш аниқланмаган ҳолларда).

Патогенези. Кўзгатувчилар организмга оғиз орқали тушади. Вабо вибрионлари оз миқдордаги хлорид кислотасига ҳам юқори таъсирчан бўлганлиги учун улар фақат меъда секретор фаолияти тинч ҳолатда бўлган маҳалида (наҳорда) овқат маҳсули ичида, кўп сув истеъмол қилинган ҳолатларда, меъда секрецияси камайганда ёки йўқолганда меъдадан ўтиб ичакларга тушади. Ингичка ичак ишқорий

муҳитида вибрион тез кўпаяди, қоидага мувофиқ ичак шиллиқ қаватининг юзаки қисмида ва ичак бўшлиғида жойлашади.

Вибрионларнинг ўсиши ва парчаланиши жараёнларида ингичка ичакда микроорганизмлар ва вабо токсинлари (экзо ва эндотоксин) кўплаб миқдорда тўпланади. Вабо токсинларининг умумий таъсири мураккаб клиник белгилар комплексининг ҳосил бўлишига олиб келади, улар марказий ва вегетатив нерв системаси, меъда ичак йўллари паранхиматоз аъзолар (буйрак, буйрак усти бези ва ҳоказолар) шикастланишлари билан боғлиқ экзотоксин (холероген) таъсирида ингичка ичак шиллиқ қаватлари эпителийси ҳужайралари мембраналари орқали кўплаб миқдорда сув ва электролитлар чиқиши, айниқса, калий ва натрий хлоридларининг чиқиши вақтида сувнинг йўғон ичак томонидан сўрилиши кузатилади. Ичакларнинг суюқликлар билан тўлиб кетиши перистальтикани кўзғатади, тўхтовсиз ич кетиш бошланади, унга қушиш кўшилади.

Кўплаб миқдорда сув ва тузнинг йўқотилиши натижасида сувсизлик (эксикоз) ва тузсизлик пайдо бўлади. Бу эса қоннинг қуюқлашиб қолишига, юрак қон-томир системаси фаолиятининг бузилишларига, гипотермия (тана ҳарорати 36° С дан паст), ацидоз, гипоксемия ва кўпинча газ алмашинувининг асфиксиясигача бўлган ўзгаришларга олиб келади. Жигар фаолияти (тери ва шиллиқ қаватларда сариклик пайдо бўлади) ҳамда буйрак фаолиятининг бузилишлари олигурия ва анурияни ривожлантиради. Ацидоз ривожланиши билан тузли очлик, мушаклар тортишуви пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) давр бир неча соатдан 5 суткагача, кўпинча 2—3 кун бўлади. Вабо енгил, ўртача оғир ва оғир формаларда кечиши мумкин. Касаллик продромал ҳодисаларсиз ўткир бошланади. Тана ҳарорати нормал бўлиб турганда бирданига ич кетар бошланади. Нажас энг аввалидан сувдек бўлади. Камдан-кам ахлат аввалига нормал бўлади, сўнгра мўл ва сув сингари бўлади. Дастлабки суткаларда 3 дан 10 мартагача ва бундан кўпроқ марта ич кетиши мумкин. Беморлар ташналик, иштаҳа йўқлиги, дармонсизликдан шикоят қиладилар.

Енгил формасида 2—3 кун ўтгач соғайиш юз бериши мумкин, суюқлик йўқотилиши гавда оғирлигининг 2—3 фоизидан ошмайди (гидратациянинг I даражаси). Агар касаллик авж олиб борса, суткасига 15—20 мартагача ич кетади, у ахлат характерини йўқотиб гуруч суви кўринишига эга бўлади.

Ўртача оғирликдаги формасида касалликнинг дастлабки

соатларидаёқ ич кетиши билан бирга кўп қайт қилинади. Қусуқ массалари аввалига овқат қолдиклари, ўт суюқлиги аралаш бўлади, бироқ тез орада сувсимон бўлиб қолади. Беморлар бош айланиши, дармонсизлик, ташналик, оғиз қуришидан шикоят қиладилар. Бадан териси рангпар, қуруқ, унинг таранглиги йўқолади, лаблар, қўл бармоқлари кўкимгир тусга киради, товуш бўғилади. Оёқ-қўлларнинг мушаклари қисқа вақтга тортишади, чайнов мушаклари учиб гуради, тахикардия, ўртача гипотония, олигурия бўлади. Бу гурида суюқлик йўқотиш гавда оғирлигининг 4—6 фоизини ташкил қилади.

Вабонинг оғир формаси (гидратациянинг III даражаси, суюқлик йўқотилиши гавда оғирлигининг 7—9 фоизини ташкил қилади) тез-тез сувсимон ич кетиши билан ўткир бошланади ва бемор жуда эрта кўп қайт қилади. Беморларни ташналик, қорин мушакларининг тортишиши безовта қилиб, бу қаттиқ оғриққа сабаб бўлади. Тери қопламлари цианотик, эластиклигини йўқотади ва бирданига текисланмайди, қўл ва оёқлар териси ажинсимон бўлиб қолади («Кирчилар» қўли). Товуш бўғилиб, кейин чикмай қолади; юз қиёфаси ўткирлашади, кўз киртайиб қолади, ёноқлар ичига ботади (13-расм); лаб, кулоқ супраси, бурун цианози кузатилади. Юрак тонлари бўғиклашган, тахикардия қайд қилинади, артериал босим тушиб кетади. Гавда ҳарорати баъзан нормадан паст бўлади. Актив даволаш бемор организмдаги мувозанати бузилган ҳамма алмашинув жараёнларини тез тиклай олиши мумкин.

Даво қилмаслик ёки унинг етарлича бўлмаслиги касалликнинг оғир формага ўтишига олиб келиши мумкин (дегидратациянинг IV даражаси, суюқлик йўқотилиши гавда оғирлигининг 9 фоизидан кўпроғини ташкил қилади), қушиш ва ич кетиши тўхтайдди, гавда ҳарорати эса нормадан пасайиб кетади. Касалликнинг кейинги ривожига гиповолемик шокка олиб келади. Баъзан алгид ҳолати (совуқ даври) касалликнинг бошидан ҳисоб қилганда 3—12 соат ўтиши билан ривожланиши эҳтимол. Қон қуюқлашуви муносабати билан лейкоцитоз ($20-60 \times 10^9 / \text{л}$), нейтрофилёз ёш ва таёқча ўзакли формалари кўпайиши билан, эритроцитларнинг $6-8 \times 10^{12} / \text{л}$ гача кўпайиши қайд қилинади, азотемия оша боради, калий, хлор, карбонат ионлари етишмайди. Декомпенсацияланган ацидоз ривожланади. Актив даво қилинмаганда беморлар хушдан кетадилар, кома ва асфиксия рўй беради.

Касалликнинг оғир формаси кўпинча анацид гастрит, хроник энтероколит, сил ва ҳоказолар билан оғриганларда кўпроқ кузатилади. ВОЗ (халқаро соғлиқни сақлаш ташки-



13- расм. Вабо алгиди (SND буйича).

лоти) маълумотларига қараганда вабонинг оғир формалари унинг яширин формаларига нисбатан классик вабода 1:5 дан 1:10 гача ва Эль-Тор вабосида 1:25 дан 1:100 гача нисбатда ўзгариб туради.

Асоратлари. Кўпинча касаллик гиповодемик шок ҳолатида кечади ва унга иккиламчи инфекциянинг қўшилиши натижасида зотилжам, ўткир буйрак етишмовчилиги, ўпка шиши, абсцесс, флегмона, тромбофлебит, сепсислар авж олади.

Диагнози. Диагностикаси анамнез, эпидемиологик, клиник ва лаборатория маълумотларига асосланган. Вабонинг илгари учрамаган аҳоли пунктларида эпидемик авж олиш бошланаётган даврда дастлабки ҳолларига диагноз қўйиш қийин бўлади.

Текширишнинг лаборатория усули беморнинг қусуқ ва ахлат массаларидан олинган суртмаларни бактериоскопия қилишни ва бактериологик усулни ўз ичига олади. Текшириш учун материал антибиотиклар билан даволаш тайинлангунига қадар ва тугаллангандан кейин кам деганда, 36—48 соат ўтгач олиниши зарур. Ахлат ва қусуқ массалари 10—20 мл миқдорда олиниб, стерилланган оғзи кенг банкаларга солинади ва уларни шиша ёки пўстлоқ пробкаларни пергамент қоғозга ўраб маҳкам беркитилади. Банкадаги пробка икки қаватли пергамент ёки мумли қоғозда ўралади. Беморлардан материал олишда резина ка-

тетердан фойдаланиш мумкин, ундан катетернинг бир учи тўғри ичакка тиқилса, иккинчи учи стерилланган банка ёки пробиркага туширилади. Зарурият туғилганда қорин бироз босилиб, ахлатнинг катетерга тушишига ёрдам қилинади. Материални пахта тампони ёрдамида ҳам олиш мумкин, бунда у тўғри ичак ичкарасига 5—6 см киритилади. Тампон ўзида 1% ли пептон суви ёки консервант сақлаган флаконга туширилади, ортиқча ёғоч стержен синдириб ташланади.

Реконвалесцентлар ва бактерия ташувчилардан олинган ахлат ҳамда сафро зонд ёрдамида текширилади. Биринчи порция материал олинган, 15 минутдан сўнг 30 фоизли 50 мл дан иборат магний сульфати зонд орқали юборилади. Алоҳида пробиркаларга ўт пуфаги (В) ва ўт йўллари (С) йиғиб олинган икки порция лабораторияга текшириш учун жўнатилади.

Олинган натив экмалар суюқ ва қаттиқ муҳитга 3 соат ичида экиб бўлиниши керак.

Агар материал алоҳида лабораторияга олиб борилиши лозим бўлса, у ҳолда уни консерваланадиган суюқликка аралаштириб қўйиш тавсия этилади.

Реконвалесцент беморлар билан алоқада бўлганлардан эса, улар ич келтирувчи дори қабул қилганларидан сўнг (магний сульфатидан 20—30 г) олинган материал фақат 1 фоизли пептонли сувда лабораторияга келтирилади.

Вабо касаллигидан ўлганлиги тўғрисида шубҳа қилинган беморлар мурдасидан вабога текшириш учун ингичка ичакнинг юқори ўрта, пастки қисмларидан 10 см узунликда қирқиб олинади (иккитадан лигатура қўйиб ўртасидан кесиб олинади). Ўт йўли боғлангач, ўт пуфаги бутунлай олиб ташланади. Мурда материаллари алоҳида стерилланган банкаларга солиниб беркитилади, банкалар устига тегишли маълумотлар ёзилиб, тегишли коидаларга риоя қилинган ҳолда лабораторияга жўнатилади.

Классик бактериологик текширув усули билан бир қаторда (тўлиқ жавобни 36 соат ўтгач олиш мумкин), текширишнинг шоҳилинч (экспресс) усуллари ҳам фойдаланилади. Вабо диагностикасининг экспресс усуллари қуйидагилар киради:

1) Иммунофлюоресцент усули — тахминий жавоб текширув бошланмасидан 1 соат-30 минут аввал олинади;

2) Фазо-контраст микроскопини қўллаш ёрдамида О-зардобли вабога қарши вибрионлар микроагглютинацияси ва иммобилизацияси усули — тахминий жавобни бир неча минут ўтгач олиш мумкин;

3) Натив материални ўстиришда вабога қарши спе-

цифик О-зардоб таъсири остида макроагглютинациялаш усули — тахминий жавоби 3—4 соатдан сўнг олинади.

Даволаш. Даволаш касаллик патогенезига асосланади ва сув-электролит алмашинувининг тикланишида тугалланади. У гидратация (даволашгача бўлган йўқотилган сув ва тузлар ўрнининг тўлиши) ва йўқотилаётган сув ва электролитлар ўрнини тўлдиришдан иборат. Вабонинг оғир формаларида беморлар пульси ва нафас олиш тезлиги, артериал босими, тана оғирлиги, венадан олинган қоннинг плазма зичлиги, электролитлар таркиби, ацидоз даражаси аниқланиб, сўнгра даволаш бошланади. Туз-сув алмашинувини тиклаш учун кўпинча вена ичига стерилланган ва 38—40° С гача иситилган полиионли эритмалар юборилади. «Квартасоль», «Трисоль», «Ацесоль», «Хлосоль» ва бошқалар энг таъсирчан ҳисобланади. Сувсизланишнинг II даражасида полиион эритмаларини юбориш тезлиги — минутига 40—48 мл; III ва IV даражасида — минутига 120 мл (оқим билан), 2—4 л эритма юборилгандан кейин тезлигини минутига 10 мл гача аста-секин камайтириб юборишга ўтилади. Назорат учун ҳар 4 соатда нажас ва қусуқ массалари ҳажми ўлчанади, қоннинг физик-химиявий кўрсаткичлари аниқланади. Қусиш тўхтатилгандан ва беморлар дегидратациянинг III ва IV даражаси ҳолатидан чиқарилгандан кейин полиион эритмаларни ичга юбориш давом эттирилади. Шу мақсадда юқорида санаб ўтилган полиион эритмалардан бири ёки «Оралит» номли глюкоза-туз аралашмасидан фойдаланилади, улар аввалига 120—200 мл/кг дан (соатига 1000 мл гача) 6—8 соат ичида, сўнгра соатига 15 мл/кг дан диарея тўхтагунча юборилади. Дегидратациянинг I даражасида ва беморнинг аҳволига кўра дегидратациянинг II даражасида полиион эритмалар ичишга ва бирламчи гидратация учун тайинланиши мумкин. Қусиш тўхтагач, ичиш учун беморларга тетрациклин 0,3 г дан кунига 4 маҳал 5 кун давомида тайинланади. Антибиотиклар билан даволаш диарея муддатини қисқартиради ва организмни кўзгатувчилардан тозалайди.

Касалликнинг биринчи кунлари энгил парҳез тутиш лозим, 3—5 кундан сўнг одатдагича овқатланса бўлади. Бемор етарлича парвариш қилинади. Унга грелкалар қўйилади, палата иссиқ бўлиши таъминланади. Беморга иссиқ (38—40°С) горчица ванналари яхши таъсир қилади.

Гидратация интенсив даволаш палаталарида ёки махсус ускуналар билан жиҳозланган палаталарда (нажас йиғиш учун тешиги бўлган махсус каравот, нажас, қусуқ массалари, сийдик йиғиш ва ҳажмини ўлчаш учун идишлар) ўтказилади.

Беморларни стационардан клиник соғайишдан (аксарият касалликнинг 10—11-куни), антибиотиклар бекор қилингандан кам деганда 24—36 соат ўтгандан кейин нажасни 3 марта сурункасига 3 кун бактериологик текшириш манфий натижа бергандан ва бир марта дуоденал суюқлик текширилгандан кейин чиқарилади. Нажасни биринчи марта беморга туз сурғи ичирилгандан кейин йиғилади.

Ташувчилар 3—5 кун мобайнида тетрациклин билан да-
~~лавланади; вибрионлар~~ такрор ажралиб чиққанда левоми-
цетин тайинланади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Касаллик профи-
лактикасида инфекциянинг чет мамлакатлардан келтирили-
шининг олдини олиш муҳим аҳамият касб этади. СССР тер-
риториясининг карантин ва бошқа инфекциялардан сақлаш
санитария муҳофазаси қоидаларига мувофиқ, вабо билан
зарарланган районлари бўлган мамлакатлардан келган
шахслар ана шу мамлакатдан чиққан кунидан бошлаб 5
кун давомида медицина назоратида бўлади. Транспортлар
медик-санитария текширувидан ўтказилади ва шу каби
бошқа тадбирлар қўлланилади.

Вабо пайдо бўлишини ва унинг тарқали-
~~ни~~ олдини олиш тадбирлари олдиндан ишлаб чиқилган
қоидалар асосида олиб борилади, бунда аҳолини
ички сиратли ичимлик суви билан таъминлаш, оқин сув-
ларни зарарсизлантириш, озиқ-овқат корхоналарида, уму-
мий оқитиланиш ва савдо муассасаларида санитария ва
технология режимида риоя қилинишини назорат остига
олиш, вабо билан оғриган биринчи беморларни ва вибрион
ташиб юрувчиларни ўз вақтида аниқлаш, вабо кўзгатув-
чиларини ташқи муҳит объектларидан ўз вақтида топиш ва
уларнинг тарқалиб кетишининг олдини олишдан иборат.

Инфекция манбаини ўз вақтида топиш учун ўткир
ичак инфекцияси билан оғриган беморларда доимо эпи-
демиологик анализ ўтказилади. Бунда асосий диққат касал-
ликнинг этиологик тузилишига ва динамикасига, касаллик
юқори бўлган районларни аниқлашга, инфекцияни ташиб
юрувчи асосий омилларга ва ҳоказоларга қаратилади. Шу-
нингдек, ўткир юқумли ичак касалликлари ва номаълум са-
бабларга кўра, содир бўлган ўлим ҳодисалари ҳисобга олина-
ди ва албатта мурдалар ёриб кўрилиб, ичак ичидаги нарса
бактериологик равишда текширилади.

Кўзгатувчилар борлигини бактериологик тарзда аниқ-
лаш учун очик сув ҳавзаларидаги сувлар, ичиладиган ва
техник водопровод сувлари, канализация оқими, айниқса
юқумли касалхоналардан, ҳаммомлардан, кирхоналардан,
озиқ-овқат корхоналаридан (сут заводлари, гўшт комбинат-

лари, балиқ заводлари ва ҳоказолар) чиққан оқин сувлар, кавланиб олинадиган ҳожатхоналар текширилади. Бундан ташқари, очиқ сув ҳавзаларидаги бир қатор гидрокарбонатлар, (бақа, балиқ, қисқичбақа ва ҳоказолар), шунингдек, лойқа анализга олинади.

Вабонинг специфик (хос) профилактикаси ёрдамчи аҳамиятга эгадир. Вакцина учун корпускуляр вабо вакцинаси ва холероген — анатоксин қўлланилиб, аҳолига шприц ёрдамида ёки игнасиз йўл билан, 7 ёшидан бошлаб тиббий тўғри келмасликни ҳисобга олиб қўлланилади. Катталар учун вакцина дозаси 0,5 мл. Вакцинадан кейинги иммунитет — 6 ой давомида сақланади.

Вабо касаллиги билан оғриган бемор ёки бактерия ташувчи аниқланганда, ўчоқ чегараси эпидемиологик текширув хулосаларига асосланиб, инфекция омиллари ҳамда ўтиш йўллари ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Вабо ўчоқларида эпидемияга қарши тадбирлар олиб борилишини ва улар устидан назоратнинг умумий раҳбарлигини фавқулоддаги эпидемияга қарши комиссия таъминлайди. Эпидемияга қарши тадбирлар комплексини олиб бориш ва ташкил қилиш учун фавқулодда эпидемияга қарши комиссия медицина штабини белгилайди.

Эпидемияга қарши тадбирлар комплекси қуйидагилардир: 1) бемор ва вибрион ташиб юрувчиларни ўз вақтида аниқлаш, диагноз қўйиш, госпитализация қилиш ва даволаш. Шунингдек НАГ-вибриони келтириб чиқарган ичак касалликлари билан оғриган беморлар ҳам, госпитализация қилиниши, текширилиши ва даволаниши лозим. Инфекция ўчоғида ҳаммавақт ўткир меъда-ичак касалликлари билан оғриган беморларни бактериологик тарзда вабога текшириш, фаол равишда аниқлаш ва госпитализация қилиш. Беморларни ўз вақтида аниқлаш учун медицина ходимлари кучи билан ва санитарлар активи ёрдамида уйма-уй юришни ташкил қилиш;

2) беморлар ёки вибрион ташиб юрувчилар билан алоқадор бўлган кишиларни топиш, уларни изоляция қилиш, текшириш ва профилактик даволаш ўтказиш. Ана шу кишиларни 5 кун давомида медицина назоратидан ўтказиш (биринчи сутка давомида доимий назорат), вабога бактериологик текшириш ва антибиотиклар билан профилактик даволаш;

3) инфекция ўчоғини эпидемиологик тарзда текшириш инфекция манбаи бўлмиш беморларни, вибрион ташиб юрувчиларни ёки улар билан алоқадор бўлган кишиларни топиш, инфекция ўтиши эҳтимоли бўлган омилларни (сув, озиқ-овқат маҳсулотлари ва ҳоказолар) аниқлаш эпидемия-

га қарши бутун тадбирлар комплексини қўллаш мақсадида олиб борилади;

4) кундалик ва якунловчи дезинфекция ўтказиш («Дезинфекция тадбирлари» га қаралсин);

5) вақт-вақти билан (2 ҳафтадан сўнг) бевосита озик-овқат маҳсулотлари саноати савдосида, умумовқатланиш жойларида, транспорт, водопровод қурилмалари ва болалар муассасаларида ишловчи шахсларни текшириб туриш;

6) инфекция ўчоғи тугатилгунига қадар ташқи муҳит объектларини суткада 1 марта текшириб бориш;

7) инфекциянинг инфекция ўчоғи ичида ва ундан четга тарқалиб кетмаслиги учун чегараловчи тадбирлар ва карантин қўллаш (очиқ сув ҳавзаларидан фойдаланиш, уларда чўмилиш, балиқ овлаш, хўжалик ишларига ишлатиш ва ҳоказолар ман этилади; инфекция ўчоғига уюшмаган дам олувчиларнинг жойлаштирилиши ва ҳоказолар ҳам ман этилади);

8) сув билан таъминлашни қатъий назорат остига олиш, аҳоли яшаш жойларида ўз вақтида ва тўла санитария-тозалов ишларини ўтказиш, бозорлар, савдо шохобчалари, умумовқатланиш жойлари, озик-овқат саноати корхоналари санитария аҳволини назорат қилиш, коммунал хўжаликларига (ҳаммом, сартарошхона, кирхона, меҳмонхона ва ҳоказолар) санитария назорати ўрнатиш ва профилактик дезинфекция ўтказиш. Улардан ташқари, ичимлик сувларидаги хлор миқдорини кўпайтириш, техник водопроводлар сувларини, оқин сувларни хлорлаш, чиқинди сувлар коллекторлари ва оқимларида уларнинг кислотали муҳитини кўпайтириш (рН — 5,5—6,0 гача);

9) аҳоли ўртасида вабо ва меъда-ичак йўллари касалликлари тўғрисида санитария-оқартув ишларини олиб бориш;

10) зарурият туғилганда антибиотиклар ва вакциналар ёрдамида шошилиш профилактика ўтказиш.

Инфекция ўчоғи, охириги бемор (вибрион ташиб юрувчини) госпитализация қилинганидан ва якунловчи дезинфекция ўтказилганидан кейин 10 кун ўтгач, тугатилган деб ҳисобланади.

Вабо билан оғриб ўтганлар ва вибрион ташувчилик қузатилганлар юқумли касалликлар кабинетида диспансер назоратида турадилар. Кабинет бўлмаса, назоратни участка врач олиб боради.

Инфекция ўчоғи тугатилгач, аҳоли яшаш жойларида профилактик ва санитария-гигиеник тадбирлар бир йил давомида, келгуси эпидемик давр охиригача олиб борилади. Шунда ҳам ана шу йил давомида янги касалланиш ва вибрион ташиб юриш ҳодисалари учрамаган бўлиши керак.

«Вирусли гепатит» термини бир неча формадаги вирусли гепатитларни бирлаштиради. Улар ичида энг муҳимлари А ва В гепатитларидир. Кейинги йилларда ана шу гепатитларнинг шундай гуруҳлари топилдики, улар клиник жиҳатдан ўхшаш бўлиб, шартли равишда «А ҳам эмас, В ҳам» гепатитлари деб белгиланди. А ҳам эмас, В ҳам гепатитлари эпидемик жараёнлар қонуниятлари В — вирус гепатитини эслатади.

Этиологияси. А гепатит вируси (HVA) РНК сақлайди. Физик-химиявий хоссалари бўйича энтеровирусларга ўхшаш. У 100° С ҳароратда 5 минут мобайнида парчаланadi, ультрабинафша нурланишга сезгир.

Гепатит В вирус кўш ипли ДНК сақлайди. Дeyн заррачалари билан бирга (вируснинг етилган заррачалари) бемор қон зардобида вируснинг бошқа заррачалари — майда овал (ёки сферик) ва тубуляр (субвирус формалари) заррачалари топилиб, улар антигеннинг асосий ташувчилари ҳисобланади. 3 антиген фарқ қилинади. Юза — HBsAg антиген, илгари Австралия антигени деб аталарди. Уни касаллик юққандан кейин 2—6 ҳафта ўтгач, касаллик ва ташувчилик даврининг бошидан охиригача гепатоцитлар, биологик суяқликларда топиш мумкин. HBeAg деб белгиланадиган «е» антиген фақат Дeyн заррачасида бўлибгина қолмай, балки қонда ҳам озод ҳолда ёки иммуноглобулин билан алоқада айланиб юради. HBeAg нинг 3 ҳафтадан ортиқ вақт бўлиши касалликнинг хроник формага ўтганидан далолат беради (инфекционлик антигени). Антиген «с» — HBcAg деб белгиланадиган «ўзак» антиген Дeyн заррачаси ички қисмида жойлашган. Инфекцион жараёнда уни фақат гепатоцитлар ядроларида топиш мумкин. В гепатити вируси физик-химиявий омилларга бардошли, автоклавда 120° С ва 45 минутдан сўнг қуруқ иссиқ билан 180° С ҳароратда стериллаш ўтказилганда бир соатдан сўнг ёки қайнатилганда камида ярим соатдан сўнг ўз фаоллигини йўқотади.

Эпидемиологияси. А гепатитда инфекциянинг ягона манбаи бўлиб касалликнинг типик (сариклик билан) ва атипик (сариклик белгисиз) формалари билан оғриган одам хизмат қилади. Атрофдагилар учун энг кўп хавфни атипик формадаги беморлар туғдиради, улар барча касалланганлар ичида 56 фоиздан 90 фоизигача бўлганларни ташкил қилади. Кўзғатувчилар бемор ахлати орқали чиқарилади. Айниқса, беморлар инкубацион даврининг охирида ва сариклик белгисиз бўлган давр мобайнида хавфли

бўлади, улар ана шу даврларда ахлат билан кўплаб микдорда вирус ажратади. Қондаги вирус касаллик белгилари пайдо бўлгунига қадар (2 кундан 10 кунгача) топилади ва сариклик даврининг биринчи кунларида йўқолиб кетади.

• Қўзғатувчиларнинг ахлат орқали ажралишини инфекциянинг нажас-оғиз орқали узатилиш механизми белгилайди. Инфекция тарқалишида қуйидаги омиллар: озиқа маҳсулотлари, атроф-шароитдаги уй-жой анжомлари, сув ва тупроқ, шунга мувофиқ озиқ-овқат орқали инфекциянинг тарқалиш йўллари, турмуш-контакт йўли билан, сув ва тупроқ орқали юқиш ҳоллари иштирок этади. Қисқа муддатли вирусемия бўлганлиги учун инфекциянинг парэнтерал йўл билан тарқалиши унчалик аҳамиятга эга эмас.

А — гепатитининг озиқ-овқат орқали авжланишлари хусусиятларига қисқа вақт ичида инкубацион давр оралиғида (2—3 ҳафта ичида), бир неча касалликнинг келиб чиқиши ва уларда зарарланишга хизмат қилган овқатланишнинг умумий бир миқдори бўлиши киради. Озиқа маҳсулотларига вақт-вақти билан оз микдорда қўзғатувчиларнинг тушиб туриши А гепатитининг спорадик ҳолатдаги кўринишларда учрашига олиб келади.

Сув манбалари ва тупроқнинг, айниқса ўғитлаш ва суғоришда ахлат билан ифлосланиши сувли эпидемик авжланишларга ва инфекциянинг мева ва сабзавотлар орқали ўтишига олиб келади.

Турмушдаги маиший омиллардан инфекция тарқалишида ифлосланган қўл, идишлар, ўйинчоқлар ва ҳоказолар ҳам аҳамиятга эга бўлади. А гепатитининг турмуш-маиший эпидемик авжланишлари алоҳида спорадик касаллик шаклида кузатилади.

А гепатити бўлиб ўтгач, турғун иммунитет ишланади. У бутун умр бўйи қолади деб тахмин қилинади.

А гепатитига кўпинча 1 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар ва ёшлар мойил бўлади.

Болаларда касалликнинг катталарга нисбатан юқори кўрсаткичда бўлиши, уларнинг турмушда кўпроқ бир-бирига юқтириши билан тушунтирилади. Катта ёшдаги кишиларнинг кўпчилигида болалигида бўлиб ўтган А гепатити туфайли касаллик юқмаслик ҳолати пайдо бўлади.

А гепатитида даврийлик (3—5 йил) ва мавсумийлик (куз-қишда кўп учраши) мавжуд.

В гепатитида асосий ва айниқса, хавфли инфекция манбаи бўлиб HBsAG ни хроник ташиб юрувчилар, ўткир ва хроник хилдаги В гепатити билан касалланганлар, реконвалесцентлар хизмат қилади.

В гепатитининг вируси беморлар қонида касаллик бош-

ланишидан 2—8 ҳафта олдин, дастлабки ўзгаришлар даври ва сариклик пайдо бўлган дастлабки 2—3 — ҳафтада топилади. Айрим беморлар организмида у узоқ вақт (4 ойдан 13 йилгача ва ҳаттоки бир умр) ва тузалгандан кейин ҳам сақланади.

В гепатити вируси бор донор-ташувчилар қонидан тайёрланган плазма, эритроцитли масса, фибриноген, протромбин каби препаратлар ва қонни парентерал йўл билан юборишда В гепатити вируси юқади. Етарлича стерилланмаган медицина асбоб-ускуналаридан фойдаланиш вақтида ҳам касаллик юқиши мумкин.

Медицина ходимларидаги (хирург, акушер-гинеколог, стоматолог, медицина ҳамшираси, лаборантлар ва бошқ.) микрожароҳатларда, соч-соқол олиш, маникюр асбобларидан умумий фойдаланишда ва ҳоказоларда касаллик юқиши мумкин.

Тахминга кўра, кўзгатувчи касал онадан ҳомилага йўлдош орқали ёки ҳомилага туғруқ пайтида атрофдаги инфекцияланган сувларнинг тегиши оқибатида юқади.

В вирусининг сўлакда, сийдикда, спермада ва бошқа биологик суюқликларда, ахлатда топилиши зарарланишнинг бошқа йўллари ҳам инкор қилмайди. В гепатитига бўлган мойиллик одамларда юқори даражада.

Касалликдан сўнг А гепатитига қараганда бироз кескин иммунитет ҳосил бўлади. В гепатити билан кўпроқ бир ёшгача бўлган болалар ва катта ёшдаги кишилар оғрийди, чунки уларда медицина муолажалари ва иммунологик трансфузиялар кўпроқ қўлланилади. В гепатитида касаллик даврийлиги ва мавсумийлиги кузатилмайди.

Патогенези. А вируси энтерал йўл билан организмга тушганда унинг бирламчи кўпайиши меъда-ичак йўллари шиллик қаватларида, сўнгга регионал лимфа тугунларида бўлади ва у касалликнинг яширин даврига туғри келади. Сарикликдан олдинги даврнинг бошланғич даврида вирус қонга ўтиб, вирусемия келтириб чиқаради. Қон йўли орқали у паренхиматоз аъзоларга, асосан жигарга ўтганда, бу ерда макрофаглар ва гепатоцитлар системаси (жигар ҳужайраларида) кўпайиб, уларни ҳалок қилади. Иммунитетнинг орта бориши сариклик даврининг 2—3-ҳафтаси охиридаёқ организмни вируслардан ҳоли бўлишга олиб келади. Гепатит А да сурункали ва хроник формаларга ўтиш гепатит В га қараганда камроқ учрайди.

Парентерал юқишда гепатит В вируси қонга тушади ва иммунитет етарлича барқарор бўлганда организм вирусдан тез ҳоли бўлади (қисқа муддатли ташувчилик). Агар организмнинг вирусдан ҳоли бўлиши юз бермаса, у жигарга ва

бошқа органларга тушади, Вируснинг макрофаглар системаси хужайраларига ва гепатоцитларга тушиши цитолизис, холестаз ва мезенхимал-яллиғланиш синдромлари пайдо бўлишига олиб келади. Вирус жигар хужайраларининг плазматик мембраналари антиген таркиби ўзгаришига олиб келади, вирус сақлайдиган гепатоцитларга қарши иммун реакциялар пайдо қилади. Вируснинг қонга иккиламчи ва кейинги тушишида касаллик тўлқинсимон кечади, унинг кўзиши, хроник формага ўтиши кузатилади. Специфик иммунитет орта бориши организмни кўзғатувчилардан ҳоли бўлишига олиб келади.

Холестатик белги жигар архитектурасининг бузилиши, ўтнинг пайдо бўлиши ва ажралиши билан боғлиқ. Бунда биринчи ўринга жигар бўлаклари ичидаги холестазлар, ўт капиллярларининг ўт стази билан кенгайиши ва уларда ўт тромбларининг пайдо бўлиши юзага чиқади. Ўт пигментлари ва ўт кислоталари қон оқимига тушиб, тери қоплами ва шиллиқ қаватларда сариқликни, баъзан тери қичишувини пайдо қилади. Гипербилирубинемия ва холурия, гиперхолестеринемия, қонда аминотрансфераз фаоллигининг ортиши кузатилади.

Мезенхимал-яллиғланиш белгиси макрофаглар системасининг хужайра ва строма бузилишларида ҳамда инфльтрациясида намоён бўлади. Шунингдек улар пролиферация, гипопроteinемия, альбуминлар миқёсининг пайсасиши ҳамда глобулинлар миқдорининг ошишида кузатилади.

Клиник манзараси. Вирусли гепатитнинг клиник формалари хили, оғирлиги ва кечишига қараб фарқланади. Касалликнинг типик формасига барча сариқлик формалари, атипикларига — сийқаланган, сариқлик белгисиз ва субклиник формалари киради. Касаллик оғир кечишига қараб типик формалар енгил, ўртача оғирликда, оғир формаларда кечиши мумкин. Касаллик циклик кечувига кўра ўткир, узоққа чўзилган ва сурункали вирусли гепатитларга ажратилади. Касаллик кечишида қуйидаги: сариқликдан олдинги (продромал), сариқлик ва реконвалесцент (тузалиш) даврлар фарқ қилинади.

А г е п а т и т и д а инкубацион давр 7 кундан 50 кунгача, ўртача 15—30 кун давом этади. Сариқликдан олдинги давр ўртача, 7—14 кун ва баъзан 30 кунгача давом этиши мумкин. Кўпинча касаллик ўткир бошланади. Беморлар ҳарорати 30° С гача кўтарилиши, совуққотиш, бош оғриғи, баданнинг зирқираб оғриши, катарал белги — «гриппсимон» продромал давр кўриниши пайдо бўлади. Астеновегетатив, диспепсик, артралгик синдромлар юзага келиши кузатилади.

Диспепсия ҳодисаларида беморда ишлаҳа камаяди ёки бутунлай йўқолиб кетади. Кўнгил айнийди, қусиш, кўкрак остида ва ўнг қовурға ости соҳаларида оғриқ пайдо бўлади. Астеновегетатив продромал давр кам кузатилади. Беморларда аста-секин қувватсизлик ортиб боради, меҳнатга қобилият сусаяди, уйқу бузилиб, бош оғрийди. Астеновегетатив продромал даврдагига нисбатан артралгик (кўпинча кексаларда) продромал давр камроқ кузатилади. Бунда бемор мушакларида, суяк ва бўғинларида кўзга кўринарли деформация ҳолати бўлмаса-да, қизариш ва шишиш, оғриқ кузатилади.

Кўпчилик беморлар қонيدا лейкоцитар формулада ўзгаришсиз кечувчи лейкопения кузатилади. Сарикликдан олдинги даврнинг бошидан охиригача бемор қони зардобида аминотрансфераз — АлАТ ва АсАТ (аспартатадминотрансфераз) фаоллиги юқори бўлади.

Сарикликдан олдинги даврнинг сўнги кунлари жигар катталашади, уробилиноген кўпайиши ҳисобига сийдик ранги тўқлашади (пиво рангига ўхшаш). Баъзан ахлат ранги оқаради (тупроксимон кўринишда), қон зардобида билирубин, айниқса, бевосита билирубин кўпаяди. Кўз склера қавати сарғая бошлашидан сариклик даври бошланади.

Сариклик даври касалликнинг авжланиш даври бўлиб, склеранинг сарғайишига тери ва кўзга кўринган шиллик пардалар сарғайиши қўшилади. Сариклик даври — касаллик авжига чиққан даврда сарғайган кўз оқига шиллик қаватлари ва тери юзасининг сарғайиши қўшилади, қолган белгилар камаяди ёки батамом йўқолади.

Жигар катталашуви давом этади, четлари сезувчан бўлиб, қорин пайпасланганда 2—4 см га қовурға ёйи остидан чиқиб туради, кўпинча қораталоқ ҳам катталашади.

Артериал босим камайиб кетиши, брадикардияга хос бўлади. Қонда лимфа ва моноцитозли лейкопения кузатилади. Касалликнинг ўткир даврида СОЭ 2—4 мм/соатгача тушиб кетади, сариклик камайиб бориши билан 18—24 мм/соатгача кўтарилади ва кейинчалик нормагача камаяди. Жигар фаолияти бузилиши билан сариклик орта боради ва қон зардобида билирубин миқдори кўпаяди (енгил формасида 100 мк М/л дан ошиқ эмас, ўртача оғир формасида —100—200 км М/л, оғир формада —200 мк М/л дан ошиқ). Тимол синамаси кўрсаткичи ҳам ортиб боради. Сариклик даври 7—15 кун бўлади. Сариклик даврдан реконвалесцент даврига ўтишда сариклик даражаси камайиб боради ва кейинчалик бутунлай йўқолиб тери рангига киради, ахлат ўзининг нормал тусини олади ва кўп миқдорда рангсиз сийдик ажрала бошлайди.

Реконвалесцентлик даври бошланиши билан касалликнинг клиник белгилари тезда йўқолади. Қон зардобида билирубин миқдори ва АлАТ фаоллиги кўрсаткичи ҳам нормаллашади. Лекин тимол синамаси кўрсаткичи узоқ вақт нормадан ортиқ ҳолда қолади.

Касалликнинг қайталаниши аксарият жисмоний зўриқиш, ўринда ётиш режимига амал қилмаслик, даволаш, парҳезнинг бузилиши ва бошқалар билан боғлиқ.

Қайталаниш кечикиб пайдо бўлганда вирусли гепатит В ёки «А ҳам эмас, В ҳам» вирусли гепатит инфекцияси эҳтимоли борлигини текшириб кўриш зарур.

В гепатитида инкубацион давр кўпинча 60—120 кун, энг ками 6 ҳафта, кўпи билан 6 ойни ташкил этади.

Сарикликдан олдинги давр бир кундан бир неча ҳафтагача баъзи беморларда умуман бўлмаслиги мумкин. Айрим беморларда сарикликдан олдинги даврнинг охириги кунларида ҳарорат кўтарилади. А гепатитига нисбатан диспепсик ва астеновегетатив, артралгия белгилари кўпроқ ривожланган бўлади ва тез-тез учрайди. Жигар ҳажми катталашади, баъзи беморлар терисида қичишиш пайдо бўлади, аллергия қичиб турувчи эшакемга ўхшаш тошмалар бўлади.

Қон зардобида аминотрансфераз (АлАТ ва АсАТ) фаоллигининг юқори бўлиши кузатилади.

Сариклик даври кўз склераси шиллик қаватларининг ва терининг сарик рангга кириши билан бошланади. Сариклик даври А гепатити давридагига нисбатан анча узоқ бўлиб, кўпи билан 2—3 ҳафтага боради. Продромал даврда клиник белгилар кучайиб боради. Жигар катталашуви давом этади. Қорин пайпасланганда сезилувчан бўлиб қолади. Кўпинча қораталоқ ҳам катталашади.

Периферик қонда асосан А гепатитида бўлганидек ўзгаришлар бўлади.

Касаллик оғир кечганда АлАТ активлиги АсАТ дан юқори, гипербилирубинемия, сулема синамаси кўрсаткичларининг бирмунча пасайиши — 1,4—1,5 мл (нормада 1,8—2,2 мл), альбуминлар миқдори пасайиши (45—47% гача), гамма-глобулин даражаси ошиши (26—29%) қайд қилинади. Тимол синамаси 2—4 ТБ ни ташкил қилади (фотоэлектроколориметрик) ва 90—95% ҳолларда ошади. Интоксикация орта бориб, бош айланиши, ҳолсизлик, адинамия, кўнгил беҳузур бўлиши, кўп марта қусиш, эйфория, геморрагик диатез, тахикардия белгилари пайдо бўлади.

Реконвалесцент даври А гепатитига нисбатан анча узоқ давом этади. Касаллик ниҳоятда оғир кечиби, кўпинча чўзилиб, сурункали фаол гепатит (ХАГ) ёки сурункали

персистирилган гепатит (ХПГ) формаларига айланади.

«А ҳам эмас, В ҳам эмас» гепатити клиник кечиши бўйича гепатит В га ўхшаш, бироқ бунда аксарият хроник формага ўтиш кузатилади. Касалликнинг сурункали формасига ўтганини кўрсатадиган белгилар, касаллик бошланишидан бошлаб 3 ойдан кўпроқ вақт АЛАТ активлигининг 5—10 марта ошган ҳолда сақланиб қолиши, гипергаммаглобулинемия ҳисобланади.

Асоратлари. В гепатитининг оғир формалари ўткир жигар энцефалопатияси (ОПЭ) билан тугалланиши мумкин. Диспепсик кўринишларнинг (кўнгил айниши, қусиш), қувватсизликнинг ортиб бориши, уйку босиши, апатия аломати, бефарқлик ва атрофдагиларга безовталиқ билан қараш, «қарсак чалаётгандай» қўл титрашининг юзага келиши, геморрагик белги, баъзида ух тортиш ва эснаш ҳоллари ОПЭ дан дарак беради. Брадикардия ёки нормал пульс тахикардия билан алмашинади.

Қорин пайпасланганда жигар ҳажмининг кичрайганлиги ёки кирғоқларининг юпқалашгани, сариклик ортган сари оғриқнинг кучайиши қайд этилади.

Бемор оғзидан ачиган олманинг ҳидига ўхшаш «жигар» ҳидининг келиши характерли белгиларнинг биридир.

Кейинчалик бемор ҳуши тескари бўлиб, ўзининг турган жойи ва вақтини била олмайди, дастлаб бир ҳилда жавоблар беради, кейинчалик нидолар чиқаради ва ҳаракат безовталиги пайдо бўлади. Агар касаллик ушбу босқичда тўхтатилмаса, у ҳолда кома авж олади. Кома бошланиши даврида беморда оғриқ белгилари сақлангани ҳолда сўз алоқаси бузилади. Чуқур кома даврида оғриқ реакцияси йўқолади, чуқур уйғотиб бўлмайдиган уйку бошланади. Кўз қорачиқлари кенгайди, рефлекслар камайди ёки йўқолади, айрим мушакларнинг тортишиб ирғишлари, ихтиёрсиз сийдик ва ахлат ажралишлари кузатилади.

Жигар ҳажми кичиклашади, гипербилирубинемия кучаяди, АЛАТ фаоллиги сусаяди. Сулема синамаси кўрсаткичлари, протромбин ва холестерин миқдори, эркин гепарин пасаяди, қон зардобиди калий ҳажми тушганлиги ва кислота-асос ҳолати ўзгарганлиги қайд этилади. Протромбин индекси (55 фоиздан камроқ) пасаяди.

Диагнози. Диагностика клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланади.

В гепатити диагностикаси эпидемиологик анамнез асосида (операция бўлиб ўтган; гемотрансфузия, такрорий инъекциялар ва тери ёки шиллик қаватлар бутунлигининг бузилиши билан боғлиқ бошқа хилдаги муолажалар) клиник маълумотлар ва лаборатория текширишларининг специфик методларига асосланади.

Лаборатория диагностикасининг специфик методи В гепатити вирусининг маркер антигенлари (HBsAg — HBeAg ва HBeAg) ва бемор қони зардобиди ана шуларга хос антителолар (анти — HBs — анти — HBe ва анти — HBe) борлигини аниқлашга асосланган.

В гепатитида кўпроқ амалий аҳамиятга гел преципитацияси реакцияси (РПГ) ва бир-бирига қарши қўйилган иммуноэлектрофорез (ВИЭФ), энг сезгир пассив гемагглютинация реакциясига эга бўлади. Радиоиммун ва иммуноэнзим методлари ўта сезгир ҳисобланади. HBeAg бемор қонида HBsAg билан биргаликда яширин даврда пайдо бўлиб, сариқлик бошланиши билан йўқолади. Касаллик бошланмасдан 3 ҳафта илгари HBeAg йўқолади, анти-HBe пайдо бўлади. Бундай ҳолат В вирусли гепатитининг ўткир формасига хос бўлади. HBe га тегишли тарзда ва анти-HBs пайдо бўлади, бу эса вирусли гепатитнинг ўткир формаси ва касалликнинг энгил кечганлигидан далолат беради.

Бемор қони ва жигарида HBeAg 3 ҳафтадан ортиқ муддатда, HBs Ag эса 6 ҳафтадан ортиқ персистирланиб, касалликнинг сурункали формага ўтаётганлигининг кўрсаткичи сифатида намоён бўлади.

Даволаш. Специфик терапияси йўқ.

Касалликнинг ўткир босқичида вирусли гепатитлар энгил кечганда режимга риоя қилган ҳолда, парҳез сақлаш, жигарга ортиқча юк бермаслик лозим. Сариқлик даврининг дастлабки 7—10 кунларида бемор ўрнидан турмай ётиши, кейинроқ ўтириши мумкин. Парҳез авайланган, яхши сифатли бўлиши керак. Суткалик рационга камида 100 г оқсил, 30—40 г гача бўлган сариеғ, углеводлар кириши керак. Қовурилган, дудланган, маринадланган овқатлар, алкоголь ман этилади. Овқат маҳсулотлари етарли микдорда витаминлар сақлаши керак.

Кўп суюқлик ичиш, суткада 2—3 литргача, яъни лимонли чой, компот, шарбат ва ҳоказолар тавсия этилади. Албатта ҳар куни ичаклар бўшатилиши зарур.

Ўртача оғирликда кечувчи касаллик формаларида интоксикация мавжуд бўлиб, кўнгил айниши туфайли бемор суюқлик истеъмол қила олмаса, дезинтоксикация терапияси тавсия этилади. Бунда вена ичига аста-секинлик билан томчилаб 5—10 фоизли глюкозанинг Рингер суюқлигидаги эритмаси (250—500 мл дан) 5 фоизли 10 мл аскорбин кислотаси билан қўшилган ҳолда юборилади. Зарурият туғилганда гемодез ёки реополиглюкин (200—400 мл), плазма (100—150 мл), сорбитол ва хоказолар юборилади.

Вирусли гепатитнинг оғир формаларида беморлар жадаллаштирилган терапия бўлимига ўтказилади ва неврологик ўзгаришлар, сув-туз алмашинуви, кислота асос ҳолати, коагулограмма ўзгаришлари, бир суткалик диурез устидан врачларнинг атрофлича назорати ташкил қилинади. Дезинтоксикация воситалари юборилади. Диурез манфий бўлгандан верошпирон (0,025 г) билан биргаликда фуросемид (0,02—0,04 г дан суткасига 3—4 марта) тайинланади. Гипокалиемиянинг олдини олиш учун панангин (10—20 мл), геморрагия ҳолатларида мушак орасига 2—5 мл 1 фоизли викасол юборилади. Энцефалопатиянинг авж олиши преднизолон беришни тавсия қилиш заруриятини туғдиради.

Ўткир жигар энцефалопатиясида суткалик оқсил миқдори камайтирилиб, тозаловчи клизма ва сўнгра 4 фоизли натрий бикарбонат эритмасида ичакларни ювиш тавсия қилинади. Асоратларнинг олдини олиш учун антибиотиклар тавсия этилади. Мия шиши белгилари пайдо бўлганда дезинтоксикация терапияси билан биргаликда дегидратация терапияси тайинланади ва лазикс билан биргаликда (60 мг дан суткасига 3—4 мата) вена ичига преднизолон юборилади. Ўртача терапевтик дозаларда протеолитик фермент ингибиторларининг қўлланилиши яхши самара беради.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Вирусли гепатитга қарши кураш инфекция манбаини топиш ва ажратиб қўйиш (изоляция), инфекция ўтказиш йўллари узиш йўллари билан олиб борилади.

Эпидемиологик жиҳатидан беморлар инкубацион даврининг сўнгги кунларида ва сарикликдан олдин продромал даврда энг катта хавф туғдирадилар ва шунинг учун беморларни эрта аниқлаш ва ажратиб қўйиш катта аҳамиятга эга.

Беморларни эрта аниқлаш медицина ходимлари томонидан амбулатория қабулида, уйларга бориш йўли ва аҳолини вақт-вақти билан назоратдан ўтказишда амалга оширилади.

Вирусли гепатитнинг ўткир ҳамда сурункали формаси билан оғриганлар авжланиш даврида албатта юқумли касалхоналарга ёки касалхоналарнинг юқумли бўлимига ётқизилади. Ана шу касалликка шубҳа қилинганлар эса диагностика бўлимига (юқумли касалхоналарнинг диагностика палатаси ёки бокс хоналарига) ётқизилади. А ва В гепатитларини алоҳида жойлаштириш тавсия этилади.

Вирусли гепатит билан оғриб ўтганлар сариклик аломатлари йўқолиб трансaminaз миқёси пасайиб, қонда билирубин миқёси нормага тушиб, сийдикда ўт пигментлари бўлмаганида стационардан чиқариб юборилади.

Вирусли гепатитнинг ўткир формалари сурункали формаларга ўтиши мумкинлиги муносабати билан стационардан чиқарилган барча реконвалесцентлар диспансер назоратига олинадилар.

А гепатити билан оғриб ўтганларни бир ойдан сўнг стационар врачлари диспансер кўригидан ўтказадилар. Касаллик асоратлари бўлган беморлар ва реконвалесцентлар кейинчалик назорат этилиши учун поликлиникаларнинг юқумли касалликлар кабинетига ўтказилиб, 3 ойдан сўнг қайта диспансер кўригидан ўтадилар.

В гепатити билан оғриган беморлар касалхонадан чиққанларидан сўнг 1 ой давомида стационар врачлари назоратида бўладилар. Касаллик яхши кечганда юқумли касалликлар кабинетидан такрорий текширув ишлари касалхонадан чиққач, ҳар 3, 6, 9, 12 ойда олиб борилади. В гепатити билан оғриб ўтган реконвалесцентлар сурункали гепатитга ўтмаган бўлса ва HB — антиген (HBsAg) билан 10 кун оралиғида 2 марта ўтказилган текширувлар манфий хулоса берганда ҳисобдан ўчириб ташланади.

Донорликдан вирусли гепатитни бошидан кечирган, этиологияси ноаниқ гепатити бўлган, сўнгги 2 йил ичида қон ёки плазма қуйилган, гиёҳвандлик ёки алкоголизм билан касалланган шахслар четлатилади. Донорлардан қон олишда биохимиявий кўрсаткичлар ва HBsAg борлиги аниқланади. Қонидан HBsAg топилган донорлар қон топширишдан четлатилади. HBsAg ташувчилиги аниқланган одамлар поликлиникаларнинг инфекцион касаллиги кабинетларида ҳисобда турадилар, аниқланган заҳоти, аниқлангандан кейин 3 ой ўтгач ва кейинчалик йилига 2 марта текшириладилар. Икки йил кузатув давомида тўрт марта манфий натижа олингандан кейингина улар ҳисобдан чиқарилади.

Вирусли гепатитни аниқлаш мақсадида озиқ-овқат корхоналари устидан, водопровод ва бошқа сув таъминоти манбаларининг қурилиши ва иши устидан санитария назорати олиб борилади; аҳоли яшайдиган жойларни тозалаш, канализация қурилиши, чиқиндиларни юқумсизлантириш; пашшаларга қарши кураш устидан санитария назорати олиб борилади.

Парентерал юқиш профилактикаси тиббий асбоб-ускуналардан фойдаланиш, тозалаш ва стериллаш устидан пухта назорат олиб бориш йўли билан амалга оширилади.

Турли муолажаларни ўтказиш учун алоҳида стерил шприцлар, игналар, скарификаторлар, пипеткалар ва шу кабилардан фойдаланилади. Ҳозирги вақтда бир марта ишлатиладиган шприцлар, игналар ва қон қуйиш системаларидан фойдаланишга ўтиш амалга ошириляпти.

Даволаш-профилактика муассасаларида марказлаштирилган стериллаш пунктлари ташкил қилиниши тавсия этилиб, уларда алоҳида тайёрланган ходимлар медицина асбобларини тегишли тарзда тозалаш ва стериллаш билан шуғуланадилар.

А вирус гепатити профилактикаси мақсадида ёш болалар коллективида эпидемия олди ойларида (сентябрь) 1 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга 1 мл микдорда иммун глобулин юборилади.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р. Касаллик топилган ҳамма ҳолатларда А ва В вирус гепатитни алоҳида ҳисоби қайд этилиб, эпидемиологик текширув картаси (357/У) формаси тўлдирилиб, эпидемиологик текширув ўтказилади. Бунда бемор атрофида (оилада, квартирада, болалар муассасаларида, мактабда, иш жойида) вирус гепатит ҳолатлари бор-йўқлиги ёки гепатитга эҳтимоли бўлган касалликлар (грипп, ангина, ўткир респиратор касалликлар, холецистит ва ҳоказолар) борлиги аниқланади.

Касалланган беморни кейинги 6 ой давомида бирор даволаш муассасасида бўлган-бўлмаганлиги, уларга қон, плазма ёки қоннинг бошқа компонентлари қуйилганлиги аниқланади (қон ва қон компонентлари қуйилган бўлса, касаллик варақасидан донорлар тўғрисида маълумот олиш мумкин).

Касалланганларга аввал бирор даволаш дори-дармонлари жўнатилганми-йўқми, терига (тери остига, тери устига, мушакларга, венага) ёки бошқа даволаш тадбирлари ўтказилганлиги, веналардан ёки бармоқлардан лабораторияда текшириш мақсадида қон олинганлиги, бемор донор бўлганми-йўқми, шу қабиларни билиш бениҳоя зарурдир.

Вирус гепатит ўчоғида бемор госпитализация қилинишига қадар кундалик дезинфекция, сўнгра яъни госпитализация қилинган, яқунловчи дезинфекция ўтказилади.

Бемор билан алоқада бўлганлар улар алоқаси узилган ва инфекция ўчоғида дезинфекция ўтказилган вақтдан бошлаб, 35 кун давомида камида ҳафтада бир марта медицина кўригидан ўтказилади.

А вирус гепатити билан алоқада бўлган, болалар муассасаларига қатновчи болаларга ўз вақтида иммунглобулин қилинган ҳолда, улар устидан доимий медицина назорати ташкил қилиниб, касаллик белгилари пайдо бўлиши билан дарҳол коллективидан четлаштириш ва госпитализация қилиш шарти билан фақат эпидемиолог томонидан ушбу коллективга қатнашга рухсат берилади.

Врач кўрсатмаси билан айрим ҳолатларда (ўткир рес-

пиратор касалликлар кўпайганда, айниқса, улар жигар катталашуви билан кечганда ва тушунарсиз ҳарорат кўтарилиши ҳолатлари ва ҳоказоларда) стационар ёки поликлиника биохимик лабораторияларида 10—15 кунлик оралик билан қонда микроусул ёрдамида ферментлар фаоллиги аниқланади. Эпидемик кўрсатмага мувофиқ 1 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларга ва ҳомиладор аёлларга касаллик бошланган вақтнинг 7—10 кунни давомида иммуноглобулин юборилади. Иммуноглобулин қуйидаги дозаларда: 1 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга 1 мл, 10 ёшдан юқори бўлган болалар ва ҳомиладор аёлларга 1,5 мл дан юборилади.

Болалар коллективи ўртасида охириги бемор четлаштирилган вақтдан бошлаб 2 ой давомида ҳеч қандай планли эмлашлар, диагностик рақциялар ва стоматологик текширишлар ўтказилмайди.

Вирусли гепатит ўчоқларида инфекция профилактикаси масаласида санитария тушунтириш ишлари олиб борилади.

ПОЛИОМИЕЛИТ (POLIOMYELITIS)

Этиологияси. Полиомиелит кўзгатувчиси — *Ricornaviridae*² оиласига, *Enterovirus* туркумига тааллуқли майда вирусдир (Коксаки-ва ЕСНО-вируслар ҳам шу туркумга киради). Вируснинг учта мустақил серологик типи (I, II, III) фарқ қилинади. Полиовирус ташқи муҳитда бирмунча чидамли: қуритиш, совуққа яхши чидайдди, сувда 100 кунгача, сутда — 3 ойгача: фекал массаларда — 6 ойгача сақланади, дезинфекция қиладиган моддага сезгир. Одамдан ташқари, вирус маймунлар учун патоген. I типдаги вируснинг айрим штамmlарига оқ сичқонлар ва пахта каламушлари сезгир.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи касалликнинг клиник ифодаланган ёки симптомсиз формаси билан оғриган одам ҳисобланади. Бунда, қатор муаллифларнинг маълумотлари бўйича, ҳар бир клиник ифодаланган инфекция ҳодисасига (вакцина билан профилактика қилишга қадар) 100 дан 1000 ҳолларгача симптомсиз ташувчилик тўғри келган.

Касалликнинг ўткир давридаги бемор атрофдагилар учун катта хавф туғдиради. Ташувчиликдан одатда соғайишдан

¹ Грекча *polos*, *mycelos* — орқа мия.

² Лотинча *pico* — кичик; *gna* — РНК сақловчи дегани.

15—20 кун ўтгач холи бўлинади, баъзан у 30—40 кундан 4—5 ойгача чўзилади.

Қўзгатувчиларнинг ўтиш механизми — фекал-орал. Инфекция тушган идишлар, ўйинчоқлар ва рўзғордаги бошқа буюмлар полиовирус ўтадиган омил ҳисобланади.

Ўтиш йўлларига кўра майший эпидемик авж олиш, озиқ-овқатдан (сут ва бошқа маҳсулотлардан) авж олиш фарқ қилинади. Сув орқали тарқаладиган эпидемия ҳам тасвирланган. Полиомиелит эпидемиологиясида инфекциянинг ҳаво-томчи йўл билан ўтиши муҳим ўрин тутди.

Касаллик асосан 5—7 ёшдаги болаларга тез юқади. Каттароқ ёшдаги болалар ва катталарга тез юқавермаслигининг сабаби шундаки, улар ташувчиликни илгари бошдан ўтказган ёки касалликнинг ўзгарган формаси билан касалланиб ўтган бўладилар. Касаллик бошдан кечирилгандан кейин барқарор типоспецифик иммунитет қолади.

Полиомиелит билан касалланиш спорадик характерга эга. Илгари полиомиелит учун эпидемик авж олиш а ёз-кузги мавсумийлик хос эди.

Вакцинация қўлланилмайдиган мамлакатларда полиомиелит билан касалланишнинг юқорилиги кузатилади. Себин тирик вакцинасини (ЖВС) актив иммунлаш ўтказилиши туфайли СССРда касалланиш кескин пасайтирилган. Касалликнинг онда-сонда учрайдиган спорадик ҳодисаларигина қайд қилинади.

Патогенези. Оғиз бўшлиғи, ҳазм йўллари ва юқори нафас йўлларининг шиллик пардаси инфекция дарвозалари ҳисобланади, у ердан вирус регионал лимфатик тугунларга тушади, кўпаяди ва лимфатик йўллар бўйлаб қонга тушиб, вирусемияни вужудга келтиради. Полиовирус гематоген йўл билан орқа мия кулранг моддасининг олдинги шохлари хужайраларигача боради. Аксарият бўйин ва бел-думғаза йўғонлашма зарарланади. Орқа мия йўғонлашмаларидаги нерв хужайраларининг $1/4$ — $1/3$ қисми ҳалок бўлиши парезлар авж олишига олиб келади. $3/4$ қисми нобуд бўлганда эса тўлиқ фалажлик пайдо бўлади. Вирус шунингдек, микрофаглар системаси; юқори нафас йўллари шиллик пардаси, ўпка, ҳазм йўли хужайраларини зарарлантиради.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 5—14 кун, баъзан 2 кундан 35 кунгача бўлган силжишлар билан давом этади. Полиомиелитнинг қуйидаги формалари фарқ қилинади: 1) клиник белгиларсиз кечадиган инаппарат формаси; 2) нерв системасига шикаст етмайдиган висцерал (абортив) формаси; 3) нерв системасининг зарарланиши билан ўтадиган формалари: нопаралитик полиомиелит (менингеал формаси) ва паралитик полиомиелит.

И на п п а р а т ф о р м а с и. Клиник белгилари йўқлиги туфайли фақат лаборатория текшириш методлари ёрдамида диагностика қилинади.

В и с ц е р а л ф о р м а с и. Полиомиелитнинг 80 фоизгача ҳолларини ташкил қилади. Беморларда тана ҳарорати кўтарилади, бош оғриғи, бемор лоҳас бўлади, бўшашади, нафас йўллари томонидан катарал ҳодисалар кузатилади, фарингитлар, ринитлар, бронхитлар бўлади. Бемор 3—7 кундан кейин соғаяди. Полиомиелитнинг бу формасида диагнозни фақат лаборатория текшириш методлари ёрдамида аниқлаш мумкин.

Н о п а р а л и т и к ф о р м а с и. Висцерал формаси учун санаб ўтилган умуминфекцион симптомлари бирмунча кескин ифодаланган. Гавда ҳарорати ошишининг 2—3-кунидан бошлаб менингеал симптомлар (энса мушаклари ригидлиги, Керниг-Брудзинский симптоми ва б.) пайдо бўлади. Орқа мия суюқлиги тиниқ, нормал ёки бир оз ошган босим остида оқиб чиқади. Орқа мия суюқлигида ҳужайралар миқдори касалликнинг дастлабки кунларида (нейтрофиллар ҳисобига) $100—300 \cdot 10^6/л$ дан кейинги кунларда $900 \cdot 10^6/л$ гача ва бундан ҳам (лимфоцитлар ҳисобига) ошган, оқсил миқдори 1 г/л дан ошмайди. Менингеал формаси яхши кечади, 2—4 ҳафтадан кейин касаллик соғайиш билан тугалланади.

П а р а л и т и к ф о р м а с и. Касаллик бу формада бир неча босқичлар: препаралитик (бошланғич), паралитик, тикланиш ва қолдиқ ҳодисалар босқичларидан ўтади.

П р е п а р а л и т и к б о с қ и ч и ўткир бошланиб, ҳарорат $38,5—40^{\circ} С$ гача кўтарилади, юқори нафас йўлларида катарал кўринишлар (ангина, бронхит, ринит, назофарингит), меъда-ичак бузилишлари (ич кетиш, қусиш, қоринда оғриқ) бош оғриғи, ҳолсизлик, уйқу босиш ёки уйқусизлик, алаҳсираш, томир тортишуви кузатилади.

Орқа мия симптоми мусбатлигида умуртқа поғонасида оғриқ бўлганлиги учун ўтирган бемор ўз тиззасини лабларига етказа олмайди. Умуртқа поғонасига енгиллик бериш ва тутиб туриш мақсадида бемор ўтирган вақтда икки қўлига таянади (тиргак белгиси) ва кўпинча менингит белгилари, умумий гиперестезия (тери қопламида оғриқнинг кучли бўлиши) пайдо бўлади.

Орқа мия суюқлигида цитоз ва оқсил миқдори кўпаяди, глобулин реакцияси мусбат бўлади.

П а р а л и т и к б о с қ и ч касалликнинг 2—5-кунлари бошланади. Парез ва фалажланишлар ҳарорат тушиши билан ёки ҳарорат авжига чиққан пайтда пайдо бўлади. Кўпинча (58—82 фоиз ҳолларда) оёқ мушаклари шикаст-

ланади. Қўл мушаклари фалажланишининг гавда, бўйин ва тананинг бошқа мушаклари фалажланиши билан қўшилиб келиш ҳоллари камроқ қайд этилади.

Фалажланиш бўш, носимметрик бўлиб, ҳаракат чегаланиши, мушак тонуслари камайиши, пай рефлексларининг йўқолиши ёки камайиши кузатилади. Фалажланиш пайдо бўлгандан сўнг 1—2 ҳафта ўтгач, мушалар атрофияси ривожланади. Касалликнинг 5-кунидан орқа мия суюқлигида оксил миқдори кўпайиб, цитоз камаяди.

Тикланиш босқичи фалажланиш пайдо бўлгандан кейин бир неча кун ўтгач бошланади. Бу давр бошида шиш йўқолиши ва кам шикастланган нерв хужайралари функциясининг нормаллашуви ҳисобига айрим гуруҳ мушакларида ҳаракат тикланиши кузатилади. 4—6 ойдан сўнг тикланиш босқичи секинлашади ва 2-3 йил давом этиши мумкин.

Қолдиқ кўринишлар босқичи айрим группа мушакларининг атрофияланиши билан характерланади ва бунинг натижасида қинғир-қийшиқлик, деформация, оёқ-қўллар контрактураси бўлади (13-расм).

Қолдиқ ҳодисалар босқичи айрим мушак гуруҳларининг атрофияси билан характерланади, шунга кўра, оёқ-қўл ва гавдада қийшайиш, деформация ва контрактура-лар пайдо бўлади (14-расм).

Нерв системаси шикастланишлари ўчоқларига боғлиқ равишда полиомиелит касалликларининг қуйидаги формалари: орқа мия (оёқ, бўйин, диафрагма ва танадаги бўш фалажланишлар); бульбар (энг хавфли ҳисобланади, нафас аъзолари, сўзлаш, ютиш бузилишлари билан боғлиқ бўлган хавфли ҳолатлар); понтин (имо-ишора мушаклари фалажланишига олиб келувчи юз нерви ядролари шикастланади); энцефалитик (умуммия ҳодисалари ва бош миянинг ўчоқли шикастланишлари симптомлари). Кўпинча орқа мия бульбарли ва бульбар-орқа мияли аралаш формалари кузатилади.

Диагнози. Диагностика клиник, эпидемиологик ва лаборатория маълумотларига асосланади.

Полиомиелитнинг паралитик бўлмаган формалари ва препаралитик босқичи диагностикаси асосий қийинчиликлар туғдиради.

Атрофлича тўпланган эпидемиологик анамнез диагноз қўйишда ёрдам беради (полиомиелит касаллиги бор бемор билан мулоқотда бўлиш, мавсумийлик).

Лабораторияга ахлат (15—20 г), халқумдан олинган ювинди, ютқумдан олинган суртма тўқима культурасини зарарлаш учун келтирилади. Лабораториядан жавоб 8—10



14- расм. Полиомиелит. Қолдиқ ҳодисалар босқичи. Оёқ-қўллар ва гавда мушаклари фалажи атрофияси умуртқа поғонаси ҳамда кўкрак қафасининг оғир деформацияси билан.

кундан сўнг олинади. Серологик текшириш учун (РСК, РН ва фенол-қизил индикатори билан қилинувчи рангли тажриба) касалликнинг биринчи кунлари, 2 ҳафтадан сўнг ва ундан ҳам кеч олинган бемор қони зардоби ишлатилади.

Даволаш. Специфик даволаш усули йўқ.

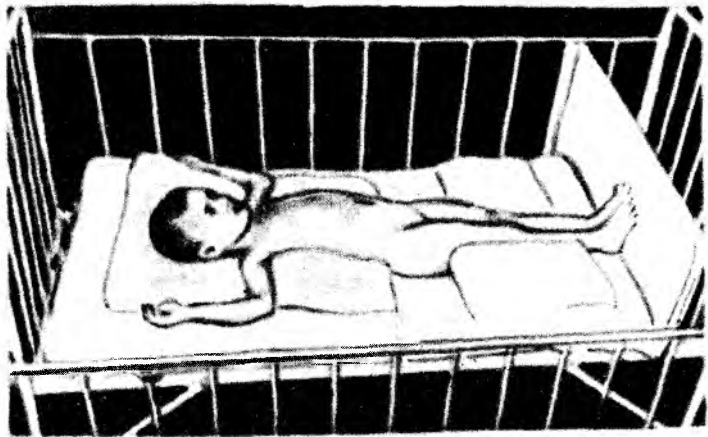
Препаралитик босқичда ҳар бир килограмм тана массасига 0,3—0,5 мл ҳисобида мушаклар орасида иммуноглобулин қилиш тавсия этилади.

Мия ва унинг қобикларидаги шишни камайтириш учун венага 40 фоизли 20—40 мл глюкоза эритмаси юборилади. Витаминлар терапияси (С, В, В₁₂ витаминлари) ўтказилади, оғриқ қолдирувчилар, аминокислоталар қўлланилади.

Нафас олиш бузилганда бошқарилувчи нафас олишга ўтилади.

Беморлар 2—3 ҳафта давомида ўринда ётиш режимини ссақлашлари керак.

Фалажланиш пайдо бўлиши биланок, оёқ-қўллар деформация, контрактура ва ҳоказоларга учрамаслиги учун уларнинг тўғри ҳолатда бўлишлиги (15-расм) назорат қилиб борилади. Тикланиш даврида даволаш физкультураси, массаж, физиотерапевтик даволаш, организм қувватини орттирувчи терапия ўтказилади. Ортопед назорати, албатта, зарурдир. Қолдиқ ҳодисалар босқичида санатория давоси қўлланилади.



15- расм. Полиомиелит. Беморнинг ўриндаги вазияти.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Полиомиелит профилактикасида Себин А штаммларидан (ЖВС) тирик кучсизлантирилган суюқ поливалент вакцина билан эмлаш энг таъсирчан. Тиббий монелик қиладиган кўрсатмалари бўлмаган 3 ойлик —16 ёшдаги болаларга полиомиелитга қарши планли эмлашлар қилинади.

Вакциналаш 3 ойлик вақтдан бошлаб оралиғи 1 $\frac{1}{2}$ ой хисобида уч марта ўтказилади: Ревакцинация эса 1 ёшдан 2 ёшгача ва 2 ёшдан 3 ёшгача бўлганларда 1 $\frac{1}{2}$ ой оралик билан икки мартадан ўтказилади. Катта ёшдаги болаларда, 7—8 ёшлиларда ва 15—16 ёшда 1 мартадан ревакцинация ўтказилади. Полиомиелитга қарши вакцинация кўйиш, ўғма ва қоқшол билан биргаликда (АКДС вакцинаси билан) ўтказилади.

Полиомиелит билан оғриган беморлар ва шунга шубҳа қилинган шахсларни ўз вақтида аниқлашда изоляция қилиш муҳимдир. Паралитик формада енгил оғриган, тикланиш жараёнлари дуруст кечаётган беморларни 20 кундан кечиктирмай алоҳида ажратиб қўйиш, ўртача ва оғир паралитик формасида эса 40 кундан кечиктирмаган ҳолда ажратиб ётқизиш лозим.

Профилактик тадбирлардан яна бири — полиомиелит билан оғриган болаларни ёки ана шу касалликка шубҳа қилинганларни эрта ажратиб қўйишдир (изоляция қилиш). Улар тезда махсус ажратилган бўлимга, мабодо, ана шундай бўлим бўлмаса, юқумли касалхоналарнинг ажратиб қўйилган палата ёки боксларига госпитализация қилинади.

Реконвалесцентларга ўтқир ҳолатлар йўқолгандан кейин, лекин касаллик бошлаганидан сўнг албатта 21 кун ўтказиб жавоб берилади. Реконвалесцентларга жавоб берилгач, уйда 12 кун давомида ажратиб қўйиб назорат қилиш мақсадга мувофиқдир.

Санитария-профилактика тадбирлари, аҳоли яшаш жойларидаги ифлос чиқиндиларни ўз вақтида тозалаш ва бар-тараф этиш, озиқа маҳсулотлари объектлари, сув таъминоти, пашшалар билан курашиш, яшаш жойларини ободонлаштириш, болалар муассасаларида санитария-гигиеник режимларга риоя қилиш, болалар касаллиги кўпайиб кетишининг олдини олиш устидан назорат қилишдан иборат.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р . Бемор госпитализация қилингунига қадар касаллик ўчоғида кундалик, мунтазам дезинфекция ўтказилади, сўнгра пашшаларни йўқотишга боғлиқ яқнловчи дезинфекция ўтказилади.

Полиомиелитли беморга яқин бўлган шахслар, жумладан 15 ёшгача бўлган соғлом болалар ва болалар муассасаларида ишлайдиган ҳамма катта ёшдаги кишилар, озиқ-овқат корхоналарининг ходимлари ва уларга тенглаштирилган корхоналардаги шахслар ЖВС билан бир марта зудлик билан иммунланади. Мактабгача болалар муассасасида ёки мактабда ўтқир полиомиелитли бемор топилганда бемор ажритилган группа, синфдагина ЖВС билан эмлаш ўтказилади. Кейинчалик полиомиелитга қарши навбатдаги планли эмлашлар болаларга белгиланган муддатларда ўтказилади.

Полиомиелит касаллиги бўлмаган стационар — палаталаридан биридан полиомиелитли бемор топилган тақдирда беморлар ва палата ходимлари ўртасида бир марта ЖВС билан иммунланади. Беморлар билан дуч келган шахслар орасида иммунлаш ўтказишнинг иложи бўлмаганда улар учун 20 кунлик карантин белгиланади. Беморлар билан контактда бўлган шахслар устидан 20 кун мобайнида тиббий кузатув олиб борилади.

ПОЛИОМИЕЛИТСИЗ ЭНТЕРОВИРУСЛИ (КОКСАКИ ВА ЭСНО) ИНФЕКЦИЯЛАР (ENTEROVIROSIS)

Клиник қўриниши жиҳатидан полиомиелит касаллигини эслатувчи Коксаки энтеровируси дастлаб (1948 йилда Америка Қўшма Штатлари Коксаки шаҳрида болалар ахлатидан ажратиб олинди. 1951 йилда ЕСНО вируси топилганлиги ҳақида биринчи марта хабар қилинди. Уларнинг инсон патологиясидаги роли номаълум бўлганлиги учун улар «етимча вируслар» деб аталди.

Этиологияси. Қўзғатувчилар бўлиб майда Коксаки ва ЕСНО энтеровируслари ҳисобланади. Улар Picornaviridae оиласига ва Enterovirus авлодига мансубдирлар. Хозирги вақтда Коксаки вирусининг 32 та ва ЕСНО нинг 28 та серологик турлари аниқланган. Ташқи муҳитда бу вируслар ниҳоятда чидамлидир. Уларни беморлар ахлатидан, бурун-ҳалқум ажримларидан ва бемор қонидан топиш мумкин. Коксаки вируслари тажриба ўтказилувчи ҳайвонлар учун патоген бўлса, ЕСНО вируслари эса патоген эмас.

Эпидемиологияси. Нажас билан, шунингдек йўталиш, аксириш, сўзлашиш вақтида вирус ажратадиган беморлар ва ташувчилар касаллик қўзғатувчиларининг манбалари ҳисобланади. Фекал-орал йўл билан юқади. Қўзғатувчиларнинг сувда, сабзавотларда, сутда, атрофдаги буюмларда узоқ вақт сақланиши туфайли инфекция сув орқали (очиқ сув ҳавзаларида, ҳовузларда чўмилганда, сувини ичилганда), озиқ-овқат маҳсулотлари, контакт йўл билан ўтиши мумкин. Бурун-ҳалқумдаги шилликда вируслар борлиги қўзғатувчиларни ҳаво-томчи йўли билан ўтишига сабаб бўлади, бу йўл шу гуруҳдаги касалликлар учун асосий йўл ҳисобланади.

Энтеровирус инфекцияга сезгирлик 3 дан 10 яшаргача болалар орасида айниқса юқори. Касалланиш ва ташувчиликнинг ёз ва куз даврида ўсиши қайд қилинади.

Патогенези. Полиомиелитдаги бўлгани каби патогенезга ўхшаш.

Клиник манзараси. Коксаки ва ЕСНО вируслари келтириб чиқарган касалликлар қатта клиник хилма-хиллик билан характерланади. Яширин давр 1 дан 7 кунгача (кўпинча 2—4 кун) давом этади. Касаллик ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38—40° С гача кўтарилиши ва шу ҳолатда 2—5 кун, баъзан 7 кунгача ушланиб туриши мумкин. Ҳарорат кўпинча икки тўлқинли характерга эга бўлади, бош оғриғи, бош айланади, қувватизлик, қусиш, қоринда оғриқ, ютишда қийналиш, томоқ ва юзнинг қизариши, кўз склераси томирлари инъекцияси пайдо бўлади.

Қонда лейкоцитознинг биров ошганлиги ва унинг тезликда нормоцитоз ёки лейкопенияга ўтиши қайд этилади.

Касалликнинг у ёки бу белгиларининг қай даражада ривожланишига қараб клиник кўриниши қуйидагича бўлади:

Э п и д е м и к м и а л г и я (мушаклар оғриғи) юқоридаги белгилар билан биргалликда беморлар кўкрак қисми ва эпигастрал соҳасида, орқа ва оёқларда қаттиқ хуружли

оғриқнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Бундай оғриқлар спазматик характерда бўлиб, бир неча соатдан 1—2 кунгача давом этади. Баъзи беморларда серозли менингит аломатлари ва бошқалар пайдо бўлиши мумкин.

Г е р п е т и к а н г и н а ўткир бошланади. Ҳалқумнинг шиллиқ олди қаватларида тилча, танглайда папулалар ёки атрофи қизил ҳалқа билан ўралган пуфакчалар пайдо бўлади, 2—3 кундан сўнг пуфакчалар атрофидаги ҳалқачалар катталашади ва сарғиш-кулранг яра ҳосил бўлади.

С е р о з л и м е н и н г и т ҳарорат кўтарилиши ва кучли бош оғриғи пайдо бўлиши билан бошланади. Касалликнинг 2—3-кунлари менингит белгилари авж олади: орқа мия ригидлиги, Керниг — Брудзинский симптоми мусбат бўлади. Орқа мия суюқлиги юқори босим билан чиқади, тиниқ 1 мкл да 200 гача ва ундан кўпроқ лимфоцитлар сақлайди. Оқсил миқдори нормада ёки бироз кўпайган бўлади.

Қонда лейкоцитлар миқдори нормада ёки $10-15 \cdot 10^9$ /л гача кўпайган бўлади.

Реконвалесцент даврида эозинофиллар 15—20 фоизгача ортади.

Полиомиелитга ўхшаш формаси кечиши бўйича полиомиелитни эслатади, бироқ бу ҳолда касаллик катарал даврсиз парезлар ва фалажликлар пайдо бўлишидан бошланади. Полиомиелитга қараганда бирмунча енгил кечади. Пайдо бўлган кучсиз парез ва фалажликлар 2—8 ҳафта мобайнида батамом йўқолади.

Чақалоқлар энцефаломиокардити оғир ҳолатда давом этиб кўпинча юрак ва мия шикастланганлиги учун ўлим оқибати билан тугайди.

Бошқа формалари ҳам учрайди: энтеровирус иситма, энтеровирус экзантема, энтерик (ичак) формаси, катарал формаси; уларнинг номи тегишли симптомлар пайдо бўлишини характерлайди.

Диагнози. Дигностикаси клиник, эпидемиологик ва лаборатория маълумотларига асосланади. Касалликнинг ўткир даврида вирусни ажратиб аниқлаш учун лабораторияга ахлат, бурун-ҳалқум ювиндиси (касалликнинг 1—3 кунларида) қон, менингит бўлса — орқа мия суюқлиги юборилади. Серологик реакция учун жуфт зардоб: биринчи зардоб касалликнинг биринчи кунлари, иккинчиси тузалиш даврида олинади. Бу зардоблар вирусга қарши нейтралловчи антителолар борлигини ёки касаллик бошланишига нисбатан улар титрининг ортиб боришини аниқлаш учун текширилади.

Даволаш. Даволаш симптоматик, яъни касаллик белги-

ларини йўқотишга қаратилган. Серозли менингоэнцефалитда орқа мия суюқлиги пункция қилинади. Касалликнинг биринчи кунлари оғриқ қолдирувчи аналгетиклар 25 фоиз магний сульфат эритмасини мушаклар орасига, 40 фоизли глюкоза эритмасини венага юбориш, витаминлар терапияси тавсия қилинади. Беморларга парвариш касаллик турига қараб олиб борилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Беморлар камида 3 ҳафта ажратиб қўйилади. Уюшган коллективлар, болалар муассасалари ва озиқ-овқат корхоналаридан беморлар чиқса, улар албатта госпитализация қилинади.

Реконвалесцентларга касаллик бошланганидан камида 30 кун ўтгач, коллективга қатнашишга ижозат берилади. Мактабгача бўлган муассасаларда бемор аниқланган ҳолда 12 кун давомида карантин эълон қилинади.

БРУЦЕЛЛЁЗ (BRUCELOSIS)

Этиологияси. Қўзғатувчиларнинг *Brucella* авлодига мансуб 6 тури мавжуд: одамда асосан 3 хил қўзғатувчилар касаллик келтириб чиқаради:

B. melitensis — қўй-эчкилар бруцелласи қўзғатувчилари; *B. abortus bovis* — қорамол бруцелласи қўзғатувчилари; *B. abortus suis* — чўчқалар бруцелласи. Касаллик қўзғатувчилар биринчи марта 1886 йилда инглиз врачлари Брюс томонидан, одам жасадидаги қораталоғдан топилди. Брюс шарафига қўзғатувчилар бруцелла, касаллик эса, бруцеллёз деб аталди.

Одам учун қўй-эчкилар бруцеллёз қўзғатувчилари ниҳоятда хавфли ҳисобланади. *B. abortus suis* СССР да одамлар ўртасида деярли касаллик келтириб чиқармайди. Бруцеллалар ташқи муҳитга чидамлилиги билан ажралиб туради.

Қўзғатувчилар сув ва тупроқда 3 ойгача, сутда — 10 кунгача ва ундан кўпроқ, пишлоқда — 5 кунгача, юнгда 3 ойгача сақланади. Юқори ҳароратга бруцелла чидамсиздир. 60° С да қайнатилганда 30 минутдан сўнг бир лаҳзада ҳалок бўлади, дезинфекцияловчи эритмаларга (3 фоизли лизол, 5 фоизли хлорли оҳак эритмалари) таъсирчандир.

Эпидемиологияси. Бруцеллёз типик зоонозларига алоқадордир, чунки инфекция манбаи бўлиб уй ҳайвонлари ҳисобланади. Юқорида кўрсатилганидек, инфекция манбаи сифатида кўпроқ инфекция тарқатадилар. Қорамол ва чўчқалар эса нисбатан камроқ инфекция манбаи ҳисобланади. Бир неча турдаги соғлом ва касалланган ҳайвон-

ларни биргаликда боқиш вақтида бруцелла қўй-эчкилардан қорамол ва бошқа турдаги ҳайвонларга ўтиши, ана шундай ҳолда кишилар ўртасида ҳам касаллик авжланишлари келиб чиқиши мумкин.

Мушуклар, итлар, туялар, буғу, отлар инфекциянинг иккинчи даражали манбаи бўлиб хизмат қилади, уларда ҳам бруцеллалар топилади. Бемор одам атрофдагилар учун хавф туғдирмайди.

Касал ҳайвонлар қўзғатувчиларни қоғонок суюқлиги, чала туғилган боласи, сийдиги, гўнги, сути билан бирга ажратади. Бундан ташқари, қўзғатувчилар ҳайвоннинг қони ва гўштида бўлади. Инфекция ўтишининг учта йўлини кўрсатиб ўтиш мумкин: 1) бевосита касал ҳайвонларнинг ажратмалари ва шу ажратмалар теккан буюмларга дуч келинганда, касал ҳайвонларни парвариш қилишда, сутини соғишда, жунини қирқишда, гўштини нимталашда юз берадиган контакт — маиший йўл (энг кўп учрайдигани); 2) озиқ-овқат йўли — инфекция тушган маҳсулотлар: хом сут, хом сутдан тайёрланган творог, бринза, касал ҳайвон гўшти орқали; 3) ҳаво-чанг йўли (нисбатан кам учрайдиган йўл) — касал ҳайвонлар жунини тайёрлашда юқади. Бруцеллаларнинг сувда узоқ вақт сақланиши муносабати билан инфекциянинг сув орқали ўтиш йўлини ҳам истисно қилиб бўлмайди.

В *melifensis* бруцелласига мойиллик жуда юқори даражада. Бруцеллэз — чорва ходимларининг профессионал (касбга алоқадор) касаллигидир.

Касалликдан сўнг узоқ давом этмайдиган иммунитет ишланади.

Касалликнинг кўпайиши баҳор, ёз мавсумларига тўғри келади. Касаллик дастлаб (март, апрель) эрта баҳорда кўпайиб, ҳайвонларнинг ёппасига урчиши, чала туғилиш ва абортлар билан боғлиқ бўлади. Бунда инфекция турмуш-контакт йўли орқали қўзғатувчиларнинг жадал суръатда аборт қилинган ҳомила, йўлдош, туғруқ йўллари ва бошқалардан ажралиши орқали тарқалади.

Касалликнинг мавсумийликка хос иккинчи кўтарилиши ҳайвонларнинг максимал лактацияси даврига (май — июнь) тўғри келади.

Бу даврда зарарланиш кўпинча алиментар хусусиятга эга бўлади

Гўшт комбинатлари ходимлари орасида касалланишнинг кўтарилиши молларни кўп сўйиш даврига тўғри келади.

Патогенези. Организмга тушган бруцеллалар шикастланган тери ёки шиллик қаватлар орқали лимфа йўллари-дан регионар лимфа тугунларига етиб боради ва шу ерда

яширин давр давомида кўпаяди. Касаллик бошланиши пайтида ана шу ерда у қонга тушади ва кейинчалик қон орқали макрофаглар системаси аъзоларига (жигар, қораталоқ, суяк кўмиги, лимфа тугунлари) ўтиб, инфекциянинг иккиламчи ўчоғини ҳосил қилади. Бруцеллёзда беморларнинг талайгина қисмида иммуннитет пайдо бўлиши организмни кўзгатувчилардан ҳоли қилишни таъминлай олмайди. Инфекция ўчоқларида бруцеллаларнинг сақланиб қолиши ва кўпайиши, уларнинг қонга қайта-қайта тушиши, эндотоксинемия организмнинг турли аллергик реакциялар билан сенсibiliзациясига олиб келади. Касаллик ўртача ўткир ва хроник кечиб, кўзиш ва ремиссиялар билан алмашилиб туради.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 2—3 ҳафта, I ҳафтадан 1 ойгача бўлган ўзгаришлар билан давом этади. Бруцеллёз клиник жиҳатдан турлича намоён бўлади. Баъзан касаллик ҳеч қандай аломатларсиз давом этиб, диагнози фақат лаборатория текширишларига асосланади. Клиник ривожланган ҳолларда эса, бруцеллёзнинг кўп ва хилма-хил белгилари пайдо бўлади. Ўткир бруцеллёзнинг (касаллик бошланишидан 3 ойгача) унчалик ўткир бўлмаган (3 ойдан 6 ойгача), сурункали (6 ойдан ортиқ), касалликдан кейинги қолдиқ ва резидуал кўринишлари фарқ қилинади.

Кечишининг оғир-енгиллигига кўра енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формалари фарқ қилинади. Бруцеллёзнинг ўткир формасида касаллик кўпинча продром даврдан бошланади. Беморлар умумий беҳоллик, лоҳаслик, кайфият ёмонлашуви, уйқу бузилиши, бел, мушаклар, бўғимлар соҳасида оғрик, бир оз эт жунжикишидан нолийдилар. Продром давр бир неча кундан бир неча ҳафтагача давом қилади. Хабарчилар даврдан кейин аста-секин бруцеллёзнинг клиник манзараси ривожланади. Гавда ҳарорати юқори рақамларгача кескин кўтарилади. Гавда ҳароратининг кўтарилиши эт жунжикиши билан ўтади. Кейинчалик унинг пасайиши ва кўп терлаш кузатилади. Иситма бўлишига қарамай, умумий аҳвол узоқ вақтгача бузилмайди ва беморлар иш қобилиятларини сақлаб қоладилар. Сўнгра улар тез чарчаб қолиб, бош оғриғи, жиззакилик, айрим йирик бўғимларда қисқа вақтда оғрик пайдо бўлиб туришидан шикоят қилдилар. Ҳарорат эгри чизигининг ҳар хил типлари қайд қилинади: тўлқинсимон, ремиттирловчи, интермиттирловчи, камроқ ҳолларда доимий.

Айрим беморларда лимфатик тугунлар, аксарият жағ ости ва бўйин, камроқ қўлтиқ ва чов лимфатик тугунлари катталашади. Иситма даврининг дастлабки кунларидан

бошлаб талок ва жигар катталашиб, узоқ вақтгача шундайлигича қолади. Бу органлар бирмунча зич консистенцияли бўлиб қолади.

Доимий симптомлардан бири оғриқ сезгилари (алгиялар) дир. 2-хафтанинг охирида айрим йирик бўғимларда оғриқ пайдо бўлади. Уларнинг вақт-вақти билан, тўлкинсимон пайдо бўлиши характерлидир. Алгиялар бўғимлар зарарланишига (артритлар) шунингдек бойлам — халтача системаси (пери- ва параартритлар), суяк усти пардаси (периоститлар), синовиал халтачалар (бурситлар) мушаклар (миозитлар), тери ва тери ости ёғ клетчаткаси (фиброзит ва целлюзитлар) зарарланишига боғлиқ.

Асаб системаси шикастланиши оқибатида бош оғриғи, терлаш, тери коплами рангининг ўчиши пайдо бўлади. Беморлар учун асаб тарангланиши ва йиғлоқликка мойиллик характерли бўлади. Қонда лейкопения ($3 \cdot 10^9$ /л) ва нисбий лимфоцитоз, анэозинофилия, нейтропения, тромбоцитопения, СОЭ кўпайиши кузатилади.

Кеч бошланган даво организм реактивлигининг пасайиши ҳолларида касалликнинг унча ўткир бўлмаган ва сурункали формасига ўтиб қолишига сабаб бўлади.

Унчалик ўткир бўлмаган бруцеллёз юқорида кўрсатилган белгилардан ташқари, аллергия характерга эга бўлган ўчоғли ўзгаришлар, артрит, неврит, плексит ва бошқаларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Унчалик ўткир бўлмаган бруцеллёз аста-секин сурункали хилига ўтгач, янги орган ва системаларни патологик жараёнга тортади, организмда реактивликнинг ўзгариши билан характерланади. Ҳарорат кўпинча субфебрил ва нормал ҳолатда бир неча hafta, ойлар (ремиссия даври) гача ушланиб туриши мумкин. Бруцеллёзнинг сурункали формасида кўпинча ҳаракат системасида (артрит, бурсит; тендовагинит, периостит, перихондрит), нерв системасида (радикулит, ишиорадикулит, плексит, невралгия) турғун ўзгаришлар кузатилади. Шунингдек жинсий системада ўзгаришлар: эркакларда орхит (тухум яллиғланиши), орхоэпидимит (тухум ва тухум йўллари яллиғланиши), аёлларда оофорит (тухумдон ва найча яллиғланиши), эндометрит (бачадон шиллик қаватлари яллиғланиши) ҳайз кўриш циклининг бузилишлари кузатилади.

Сурункали бруцеллёз рецидив ва ремиссия даврлари билан алмашилиб, 2—3 йилгача давом этиши мумкин.

Бруцеллёздан сўнг колдик ҳодисалар: бўғин, мушакларда оғриқ пайдо бўлиши, бош оғриши, дарғазаб бўлиш, бўғинлар деформацияси билан ҳаракат аппарати томонидан юзага келадиган ўзгаришлар бўлиши мумкин.

Ҳозирги вақтга келиб касалликнинг клиник манзараси бирмунча ўзгарган. Бруцеллэзнинг оғир формалари кам учрамоқда. Баъзан субфебрилитет билан қўшилиб келган ниҳоятда енгил ҳоллари учраб туради.

Асоратлари. Энг кўп типик асоратларига орхит, эпидимит, сальпингит ва оофорит, бурсит, зотилжам, ўткир ва унча ўткир бўлмаган эндокардитлар, плексит, периферик нервлар неврити ва ҳоказолар киради.

Диагнози. Касалликнинг хилма-хил белгилари бруцеллэзни аниқлашни қийинлаштиради. Диагностикага атрофлича, тўла тўпланган эпидемиологик анамнез ва лаборатория текширувлари ёрдам беради. Бруцеллэзни қон, суяк кемиги, сийдик лимфа тугунлари ва ҳоказолардан ажратиб олиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Гемокультура олиш учун антибиотиклар билан даволашдан аввал беморлар билан венасидан ҳарорат юқори даражада бўлган пайда стерил пробиркага 5—10 мл қон олинади. Сурункали формадаги бруцеллэз авжланишлари даврида даволаниш бошланишидан аввал алоҳида тайёрланган муҳитга қон, суяк кўмиги ва лимфа тугунлари пунктати олиб L-формадаги бруцеллани топиш учун экилади. Махсус лабораториялардан жавоб, экилишнинг 5—10-кунлари, баъзан эса 20—30 кундан сўнг олинади. Бруцеллэз диагностикасида одатда, Райт Хаддлсон РСК, РНГА Кумбснинг антиглобулинли синови, Бюрненинг тери аллергик синови қўлланади.

Райт ва Хаддлсон реакцияси касалликнинг 8—9-кунлари, Бюрне синови 7—8-кунлари ва ундан ҳам кечроқ мусбат натижага эга бўлади. Райт реакциясини қўйиш учун лабораторияга бармоқдан ёки венадан олинган 1—2 мл қон жўнатилади. Қон зардобининг 1:200 ва ундан юқори даражада суюлтирилгани мусбат чиққан реакция ҳисобланади. Хаддлсон реакцияси бевосита бемор ўриндиғида ўтказилиши мумкин; бунинг учун 1 мл қон олинади. Бу реакция профилактик тарзда оммавий вакцинация ўтказиш вақтида қўлланилади ва у нисбатан сифатли реакция ҳисобланиб, агглютинация титрининг юқорилиги ҳисобга олинмайди.

РНГА ўзига хос реакция ҳисобланиб, уни 1:100 нисбатда суюлтирилганда мусбат натижа ҳисобланади.

Касалликнинг 10-кунидан сўнг Бюрненинг теридаги аллергик синови қўйилади, бунинг учун 0,1 мл бруцеллин олинади ва билакнинг кафт юзаси учдан бир қисмининг ўртасига, тери қатламига юборилади. Мусбат ҳолатларда 24—48 соатдан сўнг оғриқли шиш пайдо бўлади. Шиш ўлчамига қараб реакция баҳоланади. Шиш диаметри 1 дан

3 см гача бўлса, у кучсиз-мусбат ҳисобланади, 4 дан 6 см гача бўлса мусбат, 6 дан кўп бўлса юқори мусбат ҳисобланади.

Касалликнинг сурункали формасида, диагностика ама-лиётида глобулинга қарши зардоб қўллаш билан тўла бўл-маган антителоларни аниқлашга асосланган Кумбс реак-цияси қўлланади.

Люминесцент-серологик методи фиксация қилинган суртмага нишонли зардоб томчисини керакли миқдорда томизиб люминесцент микроскоп остида кўришдан иборат.

Даволаш. Ўткир бруцеллёз билан оғриганлар, шунинг-дек сурункали бруцеллёзи авж олиб, кучайган беморлар госпитализация қилинади.

Ўткир, унчалик ўткир бўлмаган бруцеллёзда ва сурун-кали жараён авжланишларида (яққол кўзга ташланган умумий интоксикацияда юқори ҳароратда ва бошқ.) анти-биотиклар тайинланади. Тетрациклин қаторидаги антибио-тиклар (тетрациклин, тетрациклин, тетрациклин) кўпроқ фойда беради, улар 0,3 г миқдорда суткасига 4 мартадан берилади. Шу-нингдек, левомицетин ва бошқа антибиотиклар 0,5 г дан суткасига 4 марта берилади. Юқорида айтиб ўтилган ан-тибиотиклар учун даволаш схемаси куйидагича: препарат-ни 5—7 кун ичиш тавсия этилади, 5 кун танаффусдан сўнг даволаш курси қайтарилади. Антибиотиклар билан олиб борилган 2—3 даволаш курсидан сўнг вакцина тера-пияси қўлланилади. Вакцинани кўпроқ венага юбориш са-маралироқдир, агар тўғри келмаса, тери ичига юбориш ло-зим. Вакцина дозаси (миқдори) бемор ҳолати, жўнатиш усули, организм аллергияси ҳолати (Бюрне синамаси на-тижалари бўйича), олдинги юборилган вакцинага нисбатан организмнинг жавоб реакциясига боғлиқ бўлади. Вена ичига вакцина юборишда, организм реакциясини камайтириш мақсадида Руднев методи қўлланилади: вакцинанинг сут-калик дозасини бирданига юбормай, балки 1,5—2 соат оралатиб, 1 ¹/₂—2 соатда икки марта қилинади; умуман даволаш курси учун венага инъекциялар 3—5 кун ораликда, 7—10 марта қилинади. Организм сезувчанлигини аниқлаш учун 1—2 млн микроб таналари 2—3 кун оралиги билан юборилса, кейинчалик кетма-кетлик билан —5—10—25—75—100—125 млн микроб таналарини юбориш мумкин. Ва-кцина жўнатилиб, орадан 2-3 соат ўтгач, организмда қалти-раш, бўғинларда оғриқ кучайиши, орадан 6—8 соат ўтиб, ҳа-роратнинг 38—40° С гача кўтарилиши кузатилади. Орадан 1—2 кун ўтгач, ҳарорат пасаяди, терлаш кучаяди, жигар ва талок катталашади. Вакцинанинг кейинги юборилиш-ларида организмда десенсибилизация кузатилиб, оғриқ

камаяди, ҳарорат пасаяди, беморнинг умумий ҳолати яхшиланади.

Бруцеллэзнинг ниҳоятда оғир ҳолатларида бўғинлар марказий ва периферик нерв системалари шикастланишлари, орхитларда (антибиотиклар билан бир вақтда) преднизолон ёки преднизон 20—30 мг миқдорда 4—6 кун давомида тайинланади. Кортикостероид препаратлар бутадион ва бошқа яллиғланишга қарши воситалар билан бирга-ликда берилади. Симптоматик терапияда умумқувватга киргизувчи иштаҳа очувчи воситалар, В группаси витаминлари, аскорбин кислотаси, юрак фаолияти дорилари, оғриқ қолдирувчилар кенг қўлланилади. Бўғинларда оғриқни камайтириш учун 3—5—10 мл дан 0,25% новокаин эритмаси венага юборилади. Организм умумий реактивлигини кўтариш учун 2—4 кун оралиғи билан 100—150—200 мл дан қайта қон ёки 100-200 мл дан қуруқ плазма куйиш керак.

Бруцеллэзни даволашда физиотерапевтик тадбирлар кенг қўлланилади. Ўткир ҳодисалар пайдо бўлганда даволаш гимнастикаси ва массаж тавсия этилади.

Беморлар тузалиб, 6 ой ўтгач, уларга турли курортларга йўлланма берилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари ўртасида инфекцияни йўқотиш ва атроф-муҳитни, шунингдек, ҳайвонот маҳсулотидан тайёрланган хом ашёни зарарсизлантириш йўли билан кишиларни муҳофаза қилишдан иборат. Ана шу мақсадда бруцеллэзга нисбатан хавф туғилган жойларда касалланган ҳайвонларни ўз вақтида аниқлаш мақсадида тери ичига қилинувчи Бюрне синамаси ва серологик реакция ўтказилади. Бу эса ўз навбатида касалланган ҳайвонларни аниқлашга ёрдам беради.

Кишиларни инфекциядан сақлаш умумсанитария чоралари ва индивидуал ҳимоя воситаларини қўллашни амалга ошириш орқали олиб борилади. Булар хўжаликларда ва хом ашё маҳсулотларини қайта ишлаш корхоналарида дезинфекция режимига риоя қилиш, бруцеллэз билан касалланиб қолиш хавфи бўлган хўжаликларда ҳайвонларни сўйиш, сўнгра бино ва асбоб-ускуналарни дезинфекция қилиш, ҳайвонлар билан ишлаш қоидаларига риоя қилиш: ишловчиларни индивидуал ҳимояси ва шахсий гигиенаси учун тегишли воситалар (халат, резина қўлқоп ва махсус оёқ кийими, енгча, клеёнкали фартук ва ҳоказолар) билан таъминлаш, тегишли хўжалик биноларини иссиқ сув ва дезинфекция қилувчи, ювиб тозаловчи воситалар билан таъминлашдан иборат.

Бемор ҳайвонлардан олинган маҳсулотлар зарарсизлантирилади: сутлар пастеризация қилинади ёки қайнатилади,

сут маҳсулотлари фақат қайнатилган ёки пастеризация қилинган сутдан тайёрланади. Гўшт термик тарзда қайта ишланади. Бринза 60 кун ушлаб турилади.

Бруцеллёзга нисбатан эндемик ноҳияларда ҳайвонларда профилактик эмлаш ўтказилади, шунингдек инфекция тарқалиб кетмаслиги учун карантин тадбирлари ташкил қилинади. Меҳнат фаолияти давомида бруцеллёзга қўй-эчки хилидан юқтириш эҳтимоли бўлган кишилар профилактика мақсадида планли эмлашдан (вакцинация, ревакцинация) ўтказилади.

Тери устига бир марта эмланса, 8—12 ойдан сўнг ревакцина ўтказилади. Аллергик ва серологик реакциялари манфий бўлган, 18 ёшдан юқори кишиларда, шунингдек ноҳўя таъсир ҳоллари бўлмаган кишиларда вакцинация ва ревакцинация ўтказилади.

Эмлаш учун қуруқ, тирик вакцинадан *B abortus* (штамм 19—ВА) фойдаланилади.

Вакцина ва ревакцина зарарланиш эҳтимоли бўлган жойларга ишга жойлашишдан 1—2 ой илгари, оммавий ишлар бошланишидан аввал (туғруқ, юнгни олиш, кўп миқдорда ҳайвонларни сўйиш ва ҳоказолар) ўтказилади. Бруцеллёз билан оғриши эҳтимоли бўлган шароитларда ишловчи шахслар (чорвадорлар, чорва маҳсулотларини ва хом ашё маҳсулотларини қайта ишловчилар) диспансер кузатувида бўладилар.

Шу вақтнинг ўзида терапевт томонидан бруцеллёзга хос лаборатория текширувчилари (Райт ва Хеделсон реакциялари) ўтказилади.

Бруцеллёзга нисбатан хавfli жойларда яшовчи аҳоли ўртасида бруцеллёз хўжаликларида ишловчи ходимлар ўртасида санитария оқартув ишлари олиб борилади.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р . Ўтқир босқичда бруцеллёз билан оғриганлар атрофдагилар учун унчалик хавф туғдирмаса-да, стационарга ётқизилади. Бруцеллёз билан оғриб ўтганлар тузалгандан сўнг, 2 йил давомида мунтазам диспансер назоратидан ўтказиб турилади.

ЛЕПТОСПИРОЗ (LEPTOSPIROSIS)

Этиологияси. Қўзғатувчилар Spirochaetaceae оиласига *Leptospira* авлодига мансубдирлар. Ҳозирги вақтга келиб патоген лептоспираларнинг 20 та серологик гуруҳга бирлашган 176 та серологик вариантлари аниқланди. СССР да инсон ва ҳайвонлардан 26 та лептоспира сероварлари топилган, улар 13 та серологик гурӯҳга мансубдир. СССР да қуйидаги серотиплар кўп тарқалиб, касаллик

келтириб чиқармоқда: *L. grippotyphosa*, *L. pomona*, *L. tarassovi*, *L. ieterohaemorrhagiae*, *L. canicola*, *L. hebdclomadis* ва бошқалар. Лептоспиралар нам шароитда яхши сақланади. Сув ҳавзаларида улар 2-3 ҳафта, тупроқда 3 ойгача, озик-овқат маҳсулотларида бир неча кун тириклик қобилятини сақлайди. Лептоспиралар паст ҳароратга чидамли, лекин юқори ҳароратга ва қуритилишга чидамсиздир. Қайнатилганда бир лаҳзада ҳалокатга учрайди.

Эпидемиологияси. Табиатда инфекциянинг асосий манбаи кемирувчиларнинг ҳар хил турлари ҳисобланади: оддий даласичқон, даласичқоннинг экономка тури, дала сичқони ва майда сичқон, кулранг каламушлар шулар қаторига киради. Инфекциянинг қўшимча манбаларига, шунингдек, лептоспирозга учраган ва касалланиб ўтган ҳайвонлар (қорамол, чўчка, от, ит, қўй, эчкилар) ҳисобланади. Касал одам атрофдагилар учун амалда хавfli эмас. Лептоспироз инфекциянинг табиий ўчоқлари, антропоургик (хўжалик) ва аралаш ўчоқлари фарқ қилинади.

Лептоспирознинг табиий ўчоқлари дарё, кўл қирғоқлари, ботқоқлик ва намликларда учрайди. Касалланган кемирувчиларда касаллик сурункали кечиб, улардан контакт-турмуш йўли, сув ва озика орқали, қишлоқ хўжалиги ишлари билан шуғулланиш вақтида овда, балиқ тутишда, кўзикарин йиғишда, йўлда учраган кичик ҳавзалардан сув ичилганда, чўмилишда, оёқяланг юришда, касалланган кемирувчилар тегиб ўтган озик-овқат маҳсулотини истеъмол қилган ҳолларда инфекция юқади.

Касаллик авжланиши июнь-сентябрь ойларига тўғри келади. Антропоургик ўчоқларда инфекция манбаи бўлиб ўй ҳайвонлари: чўчка, қорамол, итлар, шунингдек каламушлар хизмат қилади. Лептоспироз эпизоотиялари вақтида уй ва ёввойи қушлар (ўрдак, ғоз ва қарқара, қамиш орасида юрувчи парранда, қора ўрдак, ёввойи ўрдак, сувтовуқ ва ҳоказолар) зарарланиши мумкин. Қора молларда, айниқса бузоқчаларда касаллик оғир кечади. Чўқаларда лептоспироз клиник белгилари кам ифодаланиши билан характерланади. Касалланган ҳайвонлар кўзгатувчиларни сийдик орқали ажратишади. Лептоспироз ташиб юришлик 1 ойдан 1 йилгача ва ундан узоқроқ давом этиши мумкин. Касалланган ҳайвонлардан лептоспиранинг одамга ўтишида сув асосий омил бўлади. Инфекция тушган сувни очнаҳор ичиш, анҳорларда чўмилиш вақтида оғизга сув киришда зарарланиш мумкин. Лептоспиралар организмга оғиз бўшлиғи, кўз, бурун шиллиқ қаватлари орқали, шунингдек, жароҳатланган тери орқали чўмилиш вақтида,

шолипоярларда, сув ичида ялангоёқ ишлаш вақтида, пичан ўриш вақтиларида ўтиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда одам касалланган сигир сутларини, шунингдек, улар сийдиги билан зарарланган мақсулотларни истеъмол қилишда, касалланган ҳайвонларни парвариш қилиш, сўйиш ва танасини нимталаш вақтларида касалланиши мумкин.

Йирик шаҳарларда, айниқса порт шаҳарларда кул ранг каламушлар инфекция манбалари ҳисобланади. Аксарият дератизаторлар, сантехниклар касалланадилар. Докер, шахтерлар орасида авж олиш ва айрим спорадик касалланиш ҳоллари юз бериб туриши мумкин. Антропоургик ўчоқларда лептоспироз йил мобайнида қайд қилинади ва спорадик тус олади.

Лептоспира ўчоқлари СССР нинг марказий вилоятларида, Шимолий Қозоғистонда, Шимолий Кавказда, Қримда, Украинанинг жанубий чўл районларида учрайди, уларда қўшимча инфекция манбаи бўлиб, қорамоллар хизмат қилади.

Патогенези. Лептоспираларнинг актив ҳаракати туфайли улар организмнинг ҳимоя тўсиғига чап бериб, тезда қонга ўтади. Қон оқими билан кўзғатувчилар турли аъзоларга ўтиб, асосан жигар, талок, буйрак, ўпка ва бошқаларда жойлашади. Бундай жараён касалликнинг яширин даврига тўғри келади. Касаллик бошланишида лептоспиралар, метаболизм ва улар парчалаш мақсулотлари қайтадан қон оқимига тушади. Қон орқали яна қайтадан кўпгина аъзо ва тўқималарга, асосан, буйрак, буйрак усти бези, жигар ва мия пардаларига тушади. Касалликнинг иккинчи ҳафта-сига бориб рўй-рост ифодаланган интоксикация оқибатида қон томирлари капиллярлари шикастланади, уларнинг ўтказувчанлиги ортиб, геморрагик синдром (ички органларга, тери қопламларига қон қуйилиши, қон кетишлар) ривожланади. Лептоспиралар гемолизинлари таъсири билан боғлиқ бўлган гепатоцитлар ва камроқ ҳолларда эритроцитлар гемолизи шикастланишлари сариқлик келтириб чиқаради. Мана шу даврда буйрак, асаб системаси, кўз ва ҳоказоларда турли асоратлар келиб чиқиши мумкин. Атроф-муҳитга лептоспиралар сийдик орқали бир неча ҳафта давомида ажралиб туради. Уларни орқа мия суюқлигидан ҳам топиш мумкин. Маълум серотип учун махсус иммунитет ҳосил бўлгач, тузалиш бошланади.

Клиник манзараси. Яширин давр 6—20 кунгача давом этади, кўпинча 7—12 кун бўлади. Лептоспирознинг сариқлик ҳамда сариқлик аломати бўлмаган формалари фарқланади. Касаллик бирданига, бехосдан қалтираш ва ҳароратнинг тез кўтарилиб, 30—40°С гача бориши орқали ку-

затилади. Қувватсизлик, баданнинг увишиб оғриши, бошнинг тинимсиз оғриши, мушаклар, айниқса, болдир ва бўйин гўштларининг оғриши кузатилади. Юз қизаради, кўз склераси томирлари кенгайди ва қон қуйилишлар содир бўлади (16-расм), тил қуруқшаб, караш боғлайди. Касалликнинг 4—5-кунлари тери қопламада полиморф тошма, сариклик, (розеола-папулалари, доғли-папулалари ёки геморрагик) тошма пайдо бўлиши мумкин (17-расм). Жигар катталашади, пайпаслаб кўрилганда оғриқ сезилади.

Айрим беморларда, касалликнинг дастлабки иккинчи ҳафтасида геморрагик аломат: терида петехиал тошма, инъекция қилинган жойларда қон йиғилиб кўкариб қолиши, бурун, меъда-ичак ва бачадондан қон кетиши, қон қусиш, мияга қон қуйилиши, миокард ва бошқалар пайдо бўлади. Тромбоцитлар сони пасаяди.

Нефрит ҳодисалари юзага келиши мумкин. Касаллик энгил кечганда, сийдикда маълум миқдорда оқсил, ягона эритроцитлар, лейкоцитлар ва гиалин цилиндрлари пайдо бўлади. Сариклик аломати бўлмаган формада сариклик кам кўзга ташланади ёки умуман бўлмайди.

Касаллик оғир кечганда тана ҳарорати юқори даражада кўтарилади ва 6—10 кун мобайнида сақланади. Сариклик формасида, касалликнинг 3—5-кунидан бошлаб склералар сарғайиши пайдо бўлиб, сўнгра тери ҳам сарик рангга кирди. Сийдик ҳам қорамтир тус олади. Қондаги билирубин миқдори ошган, реакция тўғри йўналган бўлади. Сариклик юзага келганидан сўнг тана ҳарорати критик тарзда ёки қисқа лизис билан пасаяди, бемор аҳволи оғирлашади. Касалликнинг биринчи кунлари, айниқса, 7—10-кунига келиб сийдик миқдори камаёди ва унда маълум даражада оқсил миқдори, эритроцит, лейкоцит, гиалин ва донадор цилиндрлар борлиги аниқланади. Қондаги қолдиқ азот таркиби кўтарилади. Касаллик яхши кечиб, даволаш нечоғлик эрта бошланган бўлса, касалликнинг иккинчи ҳафталари охирига келиб олигурия, полиурия билан алмашинади. Сийдик аста-секин ўз ҳолига қайтади. Хасталик оғир кечганда эса, айниқса, ўткир буйрак етишмовчилиги ҳолларида, уремия авж олиши ва ўлим содир бўлиши кузатилади.

Қонда гипохром анемия, гемоглобин миқдорининг (64—80 г/л гача) камайиши, тромбоцитопения, лейкоцитоз (102—12·10⁹/л) чапга силжиган нейтрофилёз, анэозинифилия, лимфопения; СОЭ нинг кўтарилиши (50—60 мм/соат гача) кузатилади. Айрим беморларда нормал ҳароратнинг 5—6-кунлари рецидив қайталаниши кузатилади. Рецидив вақтида ҳарорат кўтарилиши даври 3 кундан 9 кунгача сақланади.

Асоратлари. Касаллик оғир кечганда ўткир буйрак етишмовчилиги, ўткир буйрак-жигар етишмовчилиги, қон кетишлар, миокардит, ўткир юрак-томир етишмовчилиги, мия шишуви, менингит, энцефалит, кўз шикастланишлари, зотилжам, отитлар кузатилади.

Диагнози. Касаллик диагностикаси клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланади. Лаборатория методлари билан текширишлар лептоспирозни аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлади.

Касалликнинг дастлабки 5-кунида билак венасидан 102—12 мл қон олинади ва лабораторияга юборилади, микроскопда текшириш учун қоннинг 2 мл керак бўлади, қолгани эса (4 мл) дистилланган сувга қуён зардобини қўшган ҳолда, сув-зардобли озиқа муҳитига экиш учун ишлатилади. Экишни бевосита озиқли муҳит солинган бир нечта пробиркаларда бемор ўриндиғида ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Бунда ҳар бир пробиркага текширилаётган материалдан 5—10 томчи томизилади. Биологик синама учун 4 мл қон дефибрилланади ва (0,5—2 мл) денгиз чўчқаларига, 2, 3 ҳафталик қуёнчаларга юборилади. Эҳтиёж туғилганда орқа мия суюқлиги олиб текширилади. Касалликнинг 2-ҳафтасида ёки кечроқ лабораторияга стерил равишда 0,5—1 мл миқдорида сийдик юборилади, экиш учун 3—4 та муҳитли пробиркага солинади ва биологик синама учун ишлатилади.

Лептоспиралар ва РСК тирик культуралари ҳамда РМА га қўйиш учун лабораторияга касалликнинг 7—8-куни қон (2 мл) юборилади. Жуфт зардоблар текширилади, чунки касалликдан сўнг специфик антителолар бир неча ойдан бир неча йилгача сақланган бўлади. РПГА реакцияси ва иммунфлюоресцент методларидан ҳам фойдаланилади.

Даволаш. Даволаш эрта ва комплекс тарзда олиб борилиши керак. Касалликнинг энгил формаларида симптоматик ва витамин-парҳез терапияси билан чегараланса бўлади. Энгил ва ўрта энгил формаларида пенициллин мушак орасига 300.000—4 000 000 ТБ да ҳарорат тушгунига қадар 2—3 кун давомида тайинланади. Бундан ташқари, дезинтоксикация терапияси ўтказилади. Оғир формаларда кунига 10 000 000—16 000 000 ТБ да пенициллин поливалентли лептоспироз иммунглобулини юборилади. У ўзида одам учун патоген ҳисобланган, жуда кўп тарқалган лептоспироз иммунглобулинларга қарши антителолар сақлайди. Иммунглобулин ёт оксилга бўлган синовидан ўтказиб бўлингач, мушаклар ичига қуйидаги дозаларда: 8—13 ёшли болаларга —3 мл, 13 ёшдан юқоридагиларга ва катталарга —5—10 мл дан юборилади. Даволаш 3 кун давом этади.

Юрак қон-томир етишмовчиликларида кардиотоник воситалар ва глюкокортикоидлар тавсия қилинади. Ўткир буйрак етишмовчилигида суткалик диурез микдори камайган ҳолда, 20 фоизли маннитол (300 мл), 20 фоизли глюкоза эритмаси (500 мл), 4 фоизли натрий гидрокарбонат эритмаси (150—200 мл) олиниб, томчилаш йўли билан венага 2 мартага бўлиб юборилади. Ўткир буйрак етишмовчилигининг анурик босқичи ривожланаётган вақтда беморлар «сунъий буйрак» аппарати ёрдамида гемодиализга ўтказилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Профилактик чоралар эпидемик жараённинг барча омилларига: инфекция манбаи, ўтиш йўллари ва аҳолининг мойиллигига нисбатан ўтказилади.

Соғлиқни сақлаш ҳамда ветеринария назорати органлари ёрдамида касалланган ҳайвонларни, бактерия ташиб юривчиларни аниқлаш ва ажратиб қўйиш, антропоургик ўчоқларда ҳайвонларни эмлаш ишлари олиб борилади. Аҳолини сув билан таъминлаш устидан санитария назорати ўтказилиши шарт (очиқ сув ҳавзаларидан истеъмол қилиш, хўжалик мақсадларида ишлатиш, чўмилиш ва ҳайвонларни суғориш учун алоҳида жойлар ажратилган бўлиши керак, жамоат фойдаланадиган қудуқларда санитария назорати ўрнатилиб, уларнинг кишлоқ хўжалик ҳайвонлари ва кемирувчилар ажралмалари билан ифлосланишига йўл қўймаслик лозим. Ҳайвонлар ва одамлар ўртасида касаллик пайдо бўлиши биланок, сув ҳавзаларининг ифлосланиш сабаблари бартараф қилингунига ва ўз-ўзидан тозаланиш муддати келгунига қадар (ифлосланиш сабаблари бартараф қилингач, 3—4 ҳафтадан сўнг) касалланган ҳайвонлар фойдаланган сув ҳавзаларидан сув истеъмол қилиш, хўжалик мақсадларида фойдаланиш, чўмилиш ман этилади. Лептоспира билан ифлосланишига шубҳа қилинганда истеъмол қилинувчи сув фақат қайнатиб ичилади. Дала ва бошқа кишлоқ хўжалик ишларида ишловчилар қўл-оёқлари жароҳатланишининг олдини олиш борасида чора-тадбирлар (резина этикларда, қўлқоп ва ҳоказоларда ишлаш) кўрилади.

Лептоспироз бўйича ноқулай бўлган жойларда ботқоқликларни қуритиш учун гидротехник чоралар қўлланилади.

Шаҳарларда дератизацион тадбирлар ўтказиб турилиши зарур. Лептоспироз билан оғриган ҳайвонлар сути сарғиш ёки қон аралаш бўлса, қайнатиш йўли билан ҳайвонларга озуқа сифатида берилади. Сутда кўзга ташланган ўзгаришлар бўлмаса, у қайнатилгач, истеъмол учун рухсат берилади. Лептоспироз билан касалланган ҳайвонларни соғиш ва парвариш қилишда шахсий профилактика қоидаларига

риоя қилинади. Касалликнинг ўткир даврида ҳайвонларни сўйиш ман этилади. Сўйилгандан сўнг орган ва тўқималарда ўзгаришлар (сариклик, қон қуйилишлар) топилса, у ҳолда гўшт техник жиҳатдан қайта ишлашга ёки қайнатиб тарқатишга жўнатилади.

Сўйилган, ўлган ҳайвон териси шахсий профилактика коидаларига риоя қилинган ҳолда ажратиб олинади ва 10 кун давомида қуритилиб, ҳеч қандай мустасносиз ишлатилади.

Ўлдирилган лептоспироз вакциналари билан специфик эмлаш табиий ва антропоургик ўчоқларда яшовчилар ўртасида ва касаллик юқиш хавфи туғилган кишилар ўртасида олиб борилади. Лептоспироз вакцинаси тери остига 2 марта — 2 ва 2,5 мл (катталарга), етти ёшдан бошлаб 7—10 кун оралиғи билан қилинади. Ревакцинация вакцинациядан бир йил ўтгач 1 марта 2 мл миқдорда (дозада) қилинади.

Эмлашдан сўнг организмда кенг тарқалган қўзғатувчиларга қарши иммунитет ҳосил бўлади. Жонли аттенцирланган (кучсизлантирилган) вакцина топилиб, у амалиётда қўлланилмоқда.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Ҳар бир лептоспироз билан касалланиш ҳолатлари юзага келганда ёки унга шубҳа қилинганда беморлар госпитализация қилиниб, жойлардаги соғлиқни сақлаш ташкилотларига хабар қилинади ва рўйхатга олинади.

Инфекция ўчоқларида пухта эпидемиологик текширув ўтказилади. Ичак инфекцияларидаги каби дезинфекция ишлари олиб борилади.

ҚАЙТАРИШ УЧУН ВАЗИФАЛАР

(Шартли мисоллар)

1. 10 ноябрда Б. исмли граждanka ич терлама билан оғриди. 30 октябрда у турмушга чиққан эди. Эпидемиологларнинг маълумотига кўра шаҳарнинг бошқа районларидан 9, 11 ва 12 ноябрда яна 4 киши ич терлама билан касалланган (улар ҳам 30 октябрда тўйда бўлишган). Тўйда илгари ич терлама билан касалланиб ўтган В. исмли граждanka яхна гўшт ва салат тайёрлаган. Яхна тайёрлашда яхши қайнатилмаган гўшт мýсорубкадан (гўшт қиймалагичдан) чиқарилган ва гўшт устига шўрваси қуйилган. Яхна совуши учун истеъмол қилинишига қадар ойна олдида 1 сутка сақланган.

Инфекция манбаини топиш учун қандай текшириш ишлари олиб борилиш зарур (материални олиш техникаси,

лабораторияга олиб келиш ва текшириш натижаларини олиш муддатлари)?

Ич терлама билан касалланиш воситасини ва инфекциянинг тарқалиб кетмаслиги учун олиб борилувчи чораларни кўрсатинг.

2. Ич терлама ва паратиф А, В учун дифференциал (қиёсий) диагностикада нима асосий ҳисобланади? Ана шу мақсадда қандай лаборатория текширув ишлари олиб борилиши керак ва қайси муддатларда?

Ич терлама ва паратиф билан оғриган беморлардан олинган материални лабораторияда текшириш муддатлари нималарга боғлиқ?

3. М. аҳоли пунктида навбатдаги текшириш вақтида очик сув ҳавзасидан (К. дарёсидан) Эль-тор вабо вибриони топилди. Бир вақтнинг ўзида ҳар хил жойларда яшовчи, лекин касалланишдан 2 кун олдин дарёда чўмилган ва канализация перови тушган жойнинг пастки қисмида балиқ овлаган 6 киши вабо касаллигига шубҳа қилиниб, госпитализация қилинган. М. аҳоли пунктида эпидемияга қарши қандай тадбирлар ўтказиш керак? Касаллик диагнозини аниқлаш учун қандай лаборатория текширишлари олиб борилади (материал олиш техникаси, бактериологик лабораторияга келтириш муддатлари ва шарт-шароитлари, тахминий ва якуний жавоб муддатлари)?

Инфекциянинг тарқалиш сабаблари ва йўллари аниқланг. Вабо ўчоғининг жойланиши ва тугатилишидаги эпидемияга қарши тадбирлар комплексини тузинг.

4. Йўлларни айланиб юрувчи вазифасида ишловчи А. исмли гражданин ўзи хизмат қиладиган участкадан ўлик ҳолида топилди. Маъракасидан 2—3 кун ўтгач 4 киши қувватсизлик, кўз олдида туман ва тўр пайдо бўлиши, предметларнинг кўринмай чаплашиб кетиши, кўз олдида нарсалар 2 тадан бўлиб кўриниши, оғиз, бурун, томоқ шиллиқ қаватларининг қуриши, чанқаш аломати, ютиш қийинлиги, кўкрак қаватининг қисилиб, ҳансираш юзага келганлигидан госпитализация қилинган. Ҳарорати нормада.

Эпидемиологик текширишларнинг кўрсатишича, А. исмли гражданин ўз участкасини айланиб чиқишда ўзи билан уй шароитида дудланиб тайёрланган сон гўшtidан қилинган бутерброд (нон ичига бир парча гўшт солиб) олиб кетган. Ана шу сон гўшtidан оила аъзоларининг бирортаси ҳам истеъмол қилмаган ва у маъракада ишлатилган. Қасалланган кишиларнинг кўрсатишича, улар худди ана шу дудланган гўшtidан истеъмол қилишган.

Сизнинг тахминий диагнозингиз қандай? Лабораторияга текшириш учун қандай материал жўнатилиши керак?

Тахминий диагнозга мувофиқ касалланганларга шошилишчи равишда қандай даволаш чоралари қўлланиши керак? Касалланганларни касаллик юқтириш йўллари ва инфекция ўчоғида олиб боришчи тадбирларни кўрсатинг.

5. Болалар боғчасининг ҳар бир группаларидан 2 кун давомида 22 бола ичбуруғ касаллиги билан госпитализация қилинди. Эпидемиологик текширишларнинг кўрсатишича, дастлабки касаллик чиқишидан бир кун аввал болалар боғчасида нонуштага винегрет (сабзавотлардан тайёрланган совуқ овқат) берилган. Винегретни эса бир кун илгари кечкурун И. В. исм-фамилияли ошпаз тайёрлаган. Унда эса кейинги пайтларда ич суриш кузатилган-у, лекин у врачларга мурожаат қилмаган. Инфекция манбаини топиш учун қандай текширишлар олиб борилишини, касаллик юқиши йўллари, инфекция ўчоғида ўтказиладиган шартли тадбирларни кўрсатинг.

6. Ревматизм (бод) касаллигини даволайдиган болалар санаторийсидан 6 соат давомида 32 бола (85 боладан) ўткир токсик инфекция диагнози билан госпитализация қилинган. Эпидемиологик текширишлар бўйича, ана шу ҳодиса содир бўлишидан бир кун аввал қайнатилган илик сут холодильникнинг юқори полкасига қўйилган, унинг тепасидаги музхонада эса гўшт музлатиб сақланган. Музлатилган гўштни эритиб олишда бир қисм сув сутга оқиб тушган ва ана шу сут термик тарзда қайта ишланмасдан болаларга нонуштага берилган. Касаллик чиқиш сабабларини ва авжланиш йўллари кўрсатинг. Санаторийда қандай чоралар ўтказилмоғи керак? Инфекция тарқалиб кетмаслиги учун инфекция ўчоғида олиб бориладиган чоратадбирларни санаб ўтинг ва касалларни шифохонадан санаторияга чиқариш вақтидаги шартларни ва улар устидан олиб бориладиган назоратни кўрсатинг.

7. В. исмли гражданка болалар боғчасида медицина ҳамшираси — тарбиячиси вазифасида ишлаган. У 21 сентябрда вирусли гепатит диагнози билан касалхонага келтирилди. У ишда 19 сентябрда охириги марта бўлган.

Касаллик кечишининг формалари, даври, вирусли гепатитнинг асосий аломатларини санаб ўтинг. Касалликнинг қайси даврида у атрофдагилар учун айниқса хавfli ҳисобланади? Инфекция тарқалишининг қандай йўллари ва механизмлари мавжуд, касалланганларнинг яшаш ва иш жойларида эпидемияга қарши қандай чоратадбирлар ўтказилмоғи керак?

НАФАС ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИ

ГРИПП (GRIPPE)¹

Этиологияси. Қўзғатувчилари Orthomyxoviridae оила-сига тааллуқли. Грипп вирусининг учта серологик типи — А, В ва С фарқ қилинади. Вирус А эпидемик жиҳатдан энг катта хавф туғдиради, унинг антиген хусусияти доимо ўзгариб туради. Вирус А нинг 4 та кенжа серотипи аниқланган — А₀, А₁, А₂ ва А₃. Грипп В вируси грипп А вирусига нисбатан барқарор антиген структурага эга. Грипп С вируси энг барқарор ҳисобланади.

Грипп вируси ташқи пардаси таркибига иккита турли хил антиген: гемагглютинин (Н) ва нейраминидаза (N) киради. Гемагглютининнинг (Н) 4 та мустақил кенжа типи: Н₀, Н₁, Н₂ ва Н₃ бўлиб, улар А₀, А₁, А₂ ва А₃ вирус-ларга мувофиқ келади. Грипп вирусининг пардалари иккин-чи антигени — нейраминидазанинг (N) иккита кенжа ти-пи бор: N₁ (вируслар учун умумий А₀ ва А₁) ва N₂ (вирус-лар учун умумий А₂ ва А₃). Грипп А вируси у ёки бу юза антигенлари борлиги туфайли А(Н₀Н₁), А(Н₁Н₁), А(Н₂Н₂), А(Н₃Н₂) деб белгиланади. Грипп вируслари — хужайра ичи паразитларидир. Атроф-муҳитда кам чидамли, қиздирганда, қуритганда, турли дезинфекция қиладиган моддалар таъсири остида тез ҳалок бўлади, музлатишга чидамли.

Грипп вирусларини экиш ва ажратиш учун товук эмбри-онларидан фойдаланилади. Лаборатория ҳайвонларидан ка-салликка сассиқ кўзан, оғмахон ва сичқонлар энг сезгир бўлади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб ҳисоблан-ган бемор одам касалликнинг дастлабки кунларида айниқса, хавфли ҳисобланади. Бемор йўталганда, аксирганда ва гап-лашганда касалликнинг 4—7-кунларигача вирус ажралиши давом этади. Зотилжам асорат берганда эса —10—12 кун-гача боради. Касаллиги ҳеч қандай аломатларсиз ва яширин кечаётган беморлар ҳам хавфли ҳисобланади, чунки улар-нинг сони клиник намоён бўлган инфекцияли беморларга нисбатан кўпроқ ва улар фаол равишда атрофдаги одам-ларни зарарлаб юраверадилар.

Қўзғатувчилар бемор ётган хонадан ҳаво-томчи йўли орқали ўтиб ҳам бошқаларни зарарлаши мумкин.

Грипп қўзғатувчиларининг тарқалишига турар жой шароитларининг ёмонлиги, бемор билан яқин муомала қи-

¹ Французча grippe — хужум қилиш, ушлаб олиш.

лишга сабаб бўладиган зич яшаш, меҳнат шароитларининг ёмонлиги, аҳолининг бир жойдан иккинчисига кўчиб юриши имкон беради. Грипп кўзғатувчиларининг ташқи муҳитга чидами камлиги сабабли уларнинг бемор ажратмаларидан ифлосланган уй-рузғор буюмлари (идиш, сўрғич, ўйинчоқ, сочиқ ва ҳоказо) орқали ўтиши кам кузатилади. Гриппда эпидемик жараён спорадик ҳоллар ва мавсумий кўтарилиш, эпидемик авж олиш, пандемиялар кўринишида кечиши мумкин. А типигаги грипп вируси кўзғатган эпидемиялар учун уларнинг тез ривожланиши типик ҳисобланади, бу — вируснинг ўзгарувчанлиги, янги антиген вариантларининг пайдо бўлиши билан боғлиқ. Эпидемия даврида грипп ва ўткир респиратор касалликлар миқдори 10—20 марта ошиб кетади. Қисқа (1—1¹/₂ ой) муддат ичида эпидемияга кўпгина шахарлар, мамлакатларнинг аҳолиси (аҳолининг 30—40 фоизи) тортилади. Бунда деярли ҳамма ёш гуруҳлари бирдай касалланади. А вируси ҳамма янги серотипларининг айланиб юриш муддати — 11 йил. Бу давр ичида ҳар бир серотипда 3—4 тагача антиген вариантлар пайдо бўлади. Улар ўз навбатида гриппнинг янги эпидемик авж олишларига сабабчи ҳисобланиб, улар 2—3 йил ўтгач, пайдо бўлади.

70 йил мобайнида А вируси ўз антиген структурасини беш марта ўзгартирган. Вируснинг бир тури йўқолиб, ўрнига бошқаси пайдо бўлган: А0, А1, А2, А3. 1977 йил охирида грипп А3 ҳодисалари ҳали рўйхатга олиниб турган даврда А (Н₁Н₁) серотипи кўзғатган грипп пайдо бўлди. Бу серотип кўзғатган сўнгги пандемия 1956 йилда кузатилгани сабабли асосан 25 ёшгача бўлган шахслар касалланганлар.

Шундай қилиб, касалланиб ўтган одамларда А (Н₁Н₁) грипп серотипига барқарор иммунитет борлиги аниқланган. Сўнгги йилларда гриппнинг иккита кенжа серотипи А — (Н₁Н₁), (Н₃Н₂) ва В серотипи циркуляция қилиб юрган. А (Н₁Н₁) ва А (Н₃Н₂) кенжа серотиплари кўзғатган эпидемиялар одатда шахарларнинг бир қисмини қамраб оларди, бунда умумий касалланиш (6—10% гача) паҳт рақамларда бўлиб, асосан болаларда учраган. 1986 йилда А (Н₁Н₁) вируси кўзғатган грипп кечишининг оғир-енгиллиги ва тарқалишига кўра аввалги йиллардаги авж олишлардан кам фарқ қилган.

В вируси кўзғатган эпидемиялар аста-секин ривожланади, аҳолининг 10-25 фоизини қамраб олади ва ҳар 2—3 йилда такрорланади. С вируси асосан болалар орасида спорадик касалланиш кўзғатади. Мамлакатимизда у Европа қисмининг жанубида учрайди.

Шундай қилиб, грипп тарқалишига: А вируси антиген структурасининг ўзгариши; барқарор бўлмаган типоспецифик иммунитет; кўпчилик аҳолида табиий сезгирликнинг юқорилиги; клиник кечиши жиҳатидан ўзгарган симптомсиз формаларининг кўплиги; инкубацион даврининг қисқалиги; кўзгатувчиларнинг ҳаво-томчи йўли билан осонликча ўтиши имкон беради. Грипп билан касалланиш куз-қиш ва қиш-баҳор пайтларида кўпаяди.

Патогенези. Юқори нафас йўллариининг шиллиқ пардалари инфекция дарвозалари ҳисобланади. Бунда трахеянинг цилиндрсимон эпителийси кўпроқ зарарланади. Вирус цилиндрсимон эпителий хужайраларида кўпайиб, уларда дегенератив ўзгаришлар, некроз ҳосил қилади. Остидаги тўқима шишади, томир деворлари ўтказувчанлиги бузилади, бу бурун қонашига, балғамда қон пайдо бўлишига олиб келади ва ҳоказо. Организмнинг интоксикацияси натижасида нерв ва юрак-томирлар системалари зарарланади. Иммунитетнинг йўқолиши экзоген ёки эндоген келиб чиққан иккиламчи бактериологик асоратлар қўшилишига имкон беради, қўшилиб келадиган хроник касалликлар кўзийди. Вирус тарқалишига касалликнинг дастлабки соатларида зарарланган хужайраларда ҳосил бўла бошлайдиган интерферон тўсқинлик қилади. Касалликнинг 1-ҳафтаси охирига келиб специфик антителолар титри орта боради. Касаллик бошдан кечирилгандан кейин типоспецифик иммунитет 20 йилгача сақланади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 1—2 кун давом қилади. У бир неча соатдан 3 кунгача ўзгариб туриши мумкин. Кечишга кўра енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формалари, клиник белгиларига кўра типик ва атипик турлари фарқ қилинади.

Типик грипп гавда ҳарорати кўтарилиши ва эт жунжикиши билан ўткир бошланади. 4—5 соат ўтиши билан гавда ҳарорати 38,7—40°C га кўтарилади. Енгил кечганда у субфебрил бўлиб қолиши мумкин. Беморнинг кайфияти ёмонлашади. У пешона ва қош усти равоқлари соҳасидаги бош оғриғидан, кўз соққаси ҳаракатидаги оғриқдан, мушак, бўғим, суяклардаги оғриқдан, уйқусизликдан, йўтал, бурун битиши, томоқ қуриши, аксириш, кўп терлаш, ҳолсизликдан шикоят қилади.

Беморни кўздан кечирганда юз, бўйин гиперемияси ва склера томирлари инъекцияси қайд қилинади. Нафаси тезлашган, артериал босими пасайган, юрак тонлари бўғиклашган, пульси гавда ҳароратидан орқада қолади. Бурни қонаши эҳтимол. Нафас органлари томонидан юқори нафас йўллариининг яллиғланиш белгилари (бурун битиб қолиши,

аксириш, товуш бўғилиши, курук йўтал) аниқланади. Томоғи кизарган, тилини караш қоплаган. Ёш одамлар 10—12 кунгача, ёши улғайганлар эса бундан ҳам узок муддат йўталиб юриши мумкин.

Грипп вируси ва унинг токсинлари периферик нерв системаси ва бош миёни зарарлантиради, бу невралгия, невритлар, энцефалит симптомлари билан намоён бўлади.

Асоратланмаган гриппда иситма даври ўрта ҳисобда 2—4 кун, камроқ ҳолларда 5 кун давом қилади ёки бир кунгача қисқаради.

Гриппнинг оғир формасида интоксикация кескин ифодаланган: қаттиқ бош оғриғи, гавда ҳарорати юқори (40°С гача), нафас қисади, цианоз, гипотония, томир уриши кучсиз ва тез, кўнгил айнийди, бемор қусади, ҳушидан кетади, талвасалар, менингеал ҳодисалар бўлади, тери ва шиллик пардаларда айрим геморрагиялар пайдо бўлиши мумкин. Гриппнинг оғир формалари аксарият эпидемиянинг дастлабки ҳафтасида кузатилади.

Гриппда конда лейкопения нисбий лимфоцитоз билан, нейтрофил қаторнинг чапга силжиши, анэозинофилия топилади.

Асоратлари. Энг кўп юз берадиган асорати вирус ёки иккиламчи бактериал инфекция (пневмококклар, стафилококклар, гемолитик стрептококклар ва б.) келтириб чиқарган зотилжам ҳисобланади. Грипп учун ўткир юрактомирлар етишмовчилиги, ларингитлар, трахеобронхитлар, бронхитлар, бронхиолитлар, фронтитлар, гайморитлар, отитлар каби асоратлар, шунингдек, бурун қонашидан то ўпканинг геморрагик шишига қадар турли хил геморрагик ҳодисалар характерли.

Диагнози. Эпидемик авжланишлар вақтида грипп диагностикасини аниқлаш қийин бўлмайди. Эпидемиялар оралиғида, енгил формадаги гриппларда уларни бошқа ўткир респиратор касалликлар билан киёс қилиш (ОРВИ) зарурдир.

Грипп учун касалликнинг ўткир бошланиши, кучли интоксикация, катарал ўзгаришларнинг кам сезилиши, лейкопения характерли.

Грипп ва бошқа (ОРВИ) касалликларни аниқлашда серологик, вирусологик ва иммунфлюоресцент лаборатория текшириш усуллари ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Серологик текшириш усуллари учун биринчи зардоб касалликнинг 3-кунигача олиб бўлиниши, иккинчи зардоб эса — касаллик бошланиб 3 ҳафта ўтгандан сўнг олиниши керак. Зардоб РПА ва РСК жараёнларида текширилади. Диагностик жиҳатдан титр 4 мартага ёки ундан ҳам кўпроққа кўтарилиши мумкин.

Серологик усул клиник диагнознинг нечоғли тўғри қўйилганлигини исботлашда қўлланилади.

Грипп вирусини аниқлаб олиш учун махсус лабораторияга касаллик бошланган дастлабки кунларда ёки ўта авж олган маҳалда оғиз, ҳалқумдан олинган ювинди сувни жўнатилади.

Даволаш. Касалликнинг оғир-енгиллигидан қатъи назар, гавда ҳарорати нормал бўлгунча ва касаллик белгилари йўқолгунча, бемор ўринда ётиш режимига амал қилиши зарур. Унга шунингдек мул иссиқ ичимлик берилади (лимонли, мурабболи, асалли чой, илиқ сут). Поливитаминлар кунига 3 марта 2 дражедан тайинланади. Тумовда бурунга 2% ли эфедрин, нафтизин, галазолин ёки санорин эритмаси томизилади. Йўталда кодеин, либексин, дионинли препаратлар, буғ ингаляциялари қўлланилади. Бош оғриғи ва мушакдаги оғриқларни камайтириш учун аналгин, амидопирин, аскофен ишлатилади.

Специфик воситаларидан гриппнинг оғир формаларида имкон борича касалликнинг биринчи кунларидан гриппга қарши донор иммунглобулини энг таъсирчан. Гриппга қарши иммунглобулин болаларга гавда оғирлигига кўра 0,15—0,2 мл дан, катталарга 6 мл дан мушак орасига юборилади.

Вирус А кўзғатган гриппда ремантадин билан даволаш керак. У фақат дастлабки 2 кунда фойдали. Ремантадин қуйидаги схема бўйича тайинланади: 1-суткада 2 таблеткадан (100 мг). Кунига 3 марта овқатдан кейин, 2- ва 3-кунлари 2 таблеткадан кунига 2 марта, 4-кунига 2 таблеткадан 1 марта.

Гриппнинг оғир формаларида гриппга қарши иммунглобулин такроран, дезинтоксикацион суюкликлар (изотоник натрий хлорид эритмаси, гемодез, полиглюкин, реополиглюкин) суткасига 800—1000 мл дан, албатта, лазикс, бринальдикс (салуретиклар) ёки мочевина, маннитол (диуретиклар) киритиб юборилади. Зарурат бўлганда стероид гормонлар (суткасига 200 мг гача преднизолон ёки 250—500 мл гидрокортизон) парентерал юборилади. Асоратлар қўшилиб келиши антибиотиклар тайинлаш учун кўрсатма ҳисобланади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Гриппнинг специфик профилактикаси учун тирик ва инактивланган вакциналардан фойдаланилади. Гриппга қарши тирик вакциналар иккита турда чиқарилади — катта ёшдаги соғлом аҳолини интраназал иммунлаш учун (16 ёшдан ошган) ва 1 ёшдан ошган болалар аҳолисини перорал иммунлаш учун. Тирик вакцина 3 ҳафталик танаффус билан икки марта юборилади.

Соф вибрионлардан тузилган инактивланган вакцина (вибрион вакцина) игнасиз инъектор ёрдамида оқим методи билан тери орасига юборилади. Парчаланган вирионлардан иборат инактивланган вакцина адсорбланган гриппоз химиявий вакцина (АГХ) — вирион ва тирик вакциналар эмлаб бўлмайдиган шахсларга бир марта тери остига юборилади.

Гриппга қарши актив иммунлаш шу жойда аҳолининг кам деганда 70 фоизи эмланган тақдирдагина таъсирчан бўлади. Профилактик вакцинацияни грипп билан касалланиш кўтарилишидан 1-2 ой олдин тугаллаш зарур.

Грипп билан касалланиш кўтарилган даврда профилактика мақсадида эндоген интерферонни турли хил тирик вакциналар (гриппоз, қизамиқ, полиомиелит вакцинаси ва б.) билан рағбатлантирилади.

Бевосита грипп юкиш хавфи бўлганда одам лейкоцитар интерферонни ишлатиши керак, препарат уни ҳар бир бурун йўлига суткасига 2 марта (5 томчидан) томизиш ёки пуркаш йўли билан (0,25 мл дан) қўлланилади.

А гриппига қарши профилактика мақсадида шунингдек, 1 таблеткадан ремантадин тунга 5—30 кунгача эпидемик шароитга кўра қўлланилади.

Гриппга қарши иммунглобулин профилактиканинг фақат шошилиш чораси сифатида касаллик ўчоғида (болалар касалхоналари, гўдаклар уйлари, санаторийларда) қўлланилади.

Грипп тарқалишига қарши курашда умумгигиеник тадбирлар: хоналарни шамоллатиш, интенсив инсоляция, нам усулда тозалаш, хоналарни, айниқса, болалар ва даволаш муассасаларини ультрабинафша нурлатиш, идишларни иссиқ сув билан ювиш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш (қўл ювиш, алоҳида идиш, сочик, ўринбошдан фойдаланиш) муҳим ўрин тутади.

Асоратланмаган грипп ўчоғида касалланган беморларни алоҳида хонада ажратилади ёки унинг ўринбошини парда билан тўсиб қўйилади. Гриппнинг асоратланган формалари билан касалланган беморлар ва ёпиқ болалар коллективларидаги (гўдаклар уйи, болалар уйлари, санаторийлар ва б.) ва кўп болали оилалардаги ўтқир респиратор инфекцияга учраган дастлабки беморлар касалхонага ётқизирилиши керак. Беморлар батамом соғайиб кетгунларигача ажратиладилар.

Бемор ётган хона мунтазам шамоллатиб турилади ва нам усулда тозаланади. Беморларни парвариш қиладиган шахслар респиратор тақишлари керак. Оила аъзолари бемор билан имкони борича камроқ мулоқотда бўлиш-

лари керак. 1 ёшгача бўлган заифлашган болаларга мушаклари орасига 0,2 мл/кг дозада гриппга қарши иммунглобулин юбориш тавсия этилади. Пассив иммунитет давомлиги 18—20 кун.

Бемор тузалгач, у ётган хона яхшилаб шамоллатилади. Совун-содали эритмада намлаб артилади.

Грипп эпидемияси вақтида болалар муассасаларида, поликлиника, касалхона, туғруқхона ва бошқа муассасаларда санитария-гигиена режимига жиддий риоя қилинади. Туғруқхона, болалар консультациялари ва поликлиникалари, боғча ва бошқа даволаш-профилактика муассасаларида ишловчи ходимлар гриппни юқтирмаслик ва тарқатмаслик учун респираторларда (чангдан сақловчи аппарат) ишлайдилар. Ётоқхоналарда ва бошқа уюшган коллективлар бўладиган жойларда изоляторлар ташкил қилинади.

Болалар муассасаларида аниқланган грипп билан оғриган беморлар уйида изоляция қилинади. Касаллик оғир кечганда ёки ноқулай турмуш шароитларида бемор дарҳол касалхонага жойлаштирилади. Бемор изоляция қилинган, хона шамоллатиб 0,5 фоизли хлорамин эритмаси билан намлаб артилади. Хизмат қилувчи ходимлар ниқобда ишлашлари керак. Гурпуада ўз вақтида касалланган беморни аниқлаш мақсадида ҳар куни медицина кўриги ўтказилади. Болалар сайр қилиш учун олиб чиқилганда хоналарни ультрабинафша нури билан нурлантириш тавсия этилади.

ПАРАГРИПП (PARAGRIFFE)

Этиологияси. Касаллик кўзғатувчиси Paramyxoviridae оиласига мансубдир. Бу вируснинг таркибида РНК бор. Вирусларнинг 4 та серотипи (ПГ—1, ПГ—2, ПГ—3, ПГ—4) маълум, улар одамга зиён етказилади. Лаборатория шароитида одам эмбрион буйрак хужайраларида улар культивация қилинади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб бемор хизмат қилади. Инфекция ҳаво-томчи йўли билан тарқалади. Парагрипп билан кўпинча кичик ёшдаги болалар кўпроқ оғрийди, бироқ у катталарда ҳам учраши мумкин. Касаллик бўлиб ўтгач, айнан худди ана шу вирус учун турғун иммунитет ҳосил бўлади. Парагрипп йил давомида спорадик ҳоллар кўринишида учраб, мавсумий равишда баҳор ва куз, киш ойларида кўпаяди.

Патогенези. Грипп касаллигининг айнан ўзи.

Клиник манзараси. Яширин давр ўртача, 3—4 кун ўзгаришлар билан 2-7 кунгача давом этади. Касаллик кў-

пинча аста-секин 3-5 кун давомида авж олиб суствик билан кечади. Енгил катарал ҳолатлар — йўтал, бурун суюлиши, баъзан субфебрил ҳарорат пайдо бўлади. Бемор совук қотиши, бош оғриши, бироз ҳолсизлик, овозининг хириллаши, кўкракдаги оғриққа шикоят қилади, бу эса парагрипп учун характерли бўлган ларингит ва ларинготрахеит билан узвий боғлиқдир. Бурун билан нафас олиш қийинлашади.

Бурундан чиқувчи суюқлик аста-секин куюклашиб боради ва иккиламчи инфекциянинг қўшилиши оқибатида шиллиқли, шиллик-йирингли характерга эга бўлади.

Болаларда, айниқса, кичик ёшдагиларда, ларингит оғир кечади. Баъзан бўғиз стенози, круп (нафаснинг бўғилиши) юз беради. Парагрипп вақтида нафас йўллари бошдан-оёқ шикастланиши мумкин. Бронхит (бронхиолит) ва ўпка паренхимасининг яллиғланиши (зотилжам) оғир кечади.

Асоратлари. Кичик ёшдаги болаларда рахит, анемия ва бошқа касалликлар бўлса, уларга иккиламчи инфекцияларнинг қўшилиши туфайли зотилжам, ангина, синусит, отит ва бошқалар пайдо бўлади.

Диагнози. Парагрипп гриппдан фарқли равишда токсикоз кўринишлари кучсиз намоён бўлади. Юрак қон-томир ва нерв системаси шикастланишлари бўлмайди, кўпроқ бўғиз ва пастки нафас йўллари шикастланишлари кузатилади. Диагнозни аниқлашда лаборатория методлари: вирусологик (бурун-ҳалқум ювиндисидан парагрипп вирусини топиш), серологик (бемор қони жуфт зардобини текшириш) ва парагриппни тасдиқловчи иммунфлюоресценция усули бўйича текширишлардан фойдаланилади.

Даволаш. Даволаш симптоматик бўлади. Даволаш ва профилактика мақсадида мушакларга гриппга қарши иммунглобулин юбориш мумкин. Асоратлар юзага келганда антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар, ингальяция ва бошқалар тавсия этилади. Круп авж олганда илиқ компресслар, иссиқ ванналар, намловчи ингальяциялар ўтказилади.

Профилактикаси. Гриппда бўлгани каби.

АДЕНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ (ADENOVIROSIС)

Этиологияси. Кўзғатувчиси Adenoviridae оиласига мансуб.

Одамдан ажратиб олинган 32 та аденовируслар типидан 3, 4, 7, 14 ва 21 типлари оғир кечувчи касалликлар келтириб чиқаради. 8 типи организми айниқса, сезувчан бўлгани сабабли одамнинг ичига тушгач, кератоконъюнктивит пайдо қилади. Аденовируслар таркибида ДНК бўлади. Улар грипп вирусларига қараганда атроф-муҳитга бирмунча чидамлидирлар.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб, беморлар ва вирус ташиб юрувчилар ҳисобланади. Беморлар касалликнинг дастлабки 5-6 кун давомида бурун, бурун-ҳалқум шиллиғи, балғам ва конъюнктура ажралмалари билан аденовирус ажратадилар. Касалликнинг охириги кунларида ҳам аденовирус ахлат орқали ажралиб туради. Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Кўзгатувчининг атроф-муҳитга чидамли бўлиши туфайли инфекция турмуш-алоқа, озиқа ва сув йўли орқали (бассейн, кўл, булоқларда чўмилишда) тарқалиши мумкин.

Кўпинча 6 одан 3 ойгача бўлган болалар касалланади. Касаллик бўлиб ўтгач, типоспецифик (ана шу типга хос) иммунитет қолади.

Аденовирус инфекцияси спорадик ҳолларда ва айрим эпидемик авжланиш кўринишларида болалар коллективларида учраб туради. Касаллик кўпинча куз, қиш ойларида кўпаяди. Яширин даври узоқ чўзилганлиги (3-12 кун) сабабли аденовирус авжланишлари грипп авжланишларига нисбатан узоқроқ давом этади.

Патогенези. Аденовируслар кўпроқ нафас йўллари шиллик қавати ва кўз конъюнктивасини шикастлайди. Улар ичак шиллик қаватларида ҳам кўпайишлари мумкин. Регионар лимфа тугунлари шикастланади, вегетатив ва эндокрин система фаолияти бузилади ва кейинча у томирлар бузилишига (тери рангининг оқариши, тахикардия) олиб келади.

Клиник манзараси. Яширин (инкубацион) давр 4—12 кунгача давом этади. Ўткир аденовирус инфекцияларининг қуйидаги клиник формалари: ринофарингит, ринофаринготонзиллит, ринофарингобронхит, фарингоконъюнктивал лихорадка, пардали ёки фолликуляр конъюнктивит, зотилжам кузатилади.

Кўпинча ринофаринготонзиллит, ринофарингоконъюнктивитлар қайд қилинади. Яширин давр 5-6 кун давом этади.

Касаллик кўпинча аста-секин (2-3 кун давомида) юзага келади. Умумий ўзгаришлар — беҳоллик, қалтироқ босиши, ҳарорат кўтарилиши, бош оғриши кескин юзага келади. Маҳаллий ўзгаришлар эрта бошланади: бурун битади, томоқ ва ҳалқум орқа деворининг қизариши овқат ютиш вақтидаги оғрик, қуруқ йўтал ёки балғам ажралиши ва кўкрак қафасида оғрик пайдо бўлиши кузатилади. Баъзи беморларда қорин оғриши, ичак фаолиятининг бузилиши, баъзан жигар катталашуви пайдо бўлади. Иситма 2-7 кунгача тушмайди. Беҳоллик ва бошқа умумий белгилар иситма билан биргаликда йўқолади, лекин катарал ўзгаришлар 1-2 ҳафтагача чўзилади.

Ўткир ринофарингоконъюнктивит организм умумий ҳолати ўзгаришларининг етарли даражада бузилиши билан характерланади, ҳалқум шиллиқ қаватлари, нафас йўллари ва шунингдек, кўзда яллиғланиш ўзгаришлари (ринит, тонзиллит, фарингит, назофарингит, ларингит, трахеит, бронхит, конъюнктивит) кузатилади. Турли хилдаги бир неча аъзо ёки айрим аъзолар биргаликда бирин-кетин шикастланади. Нафас йўллари шиллиқ қаватлари шикастланишлари билан бир вақтнинг ўзида кўзда шикастланиш, баъзан фақатгина фарингит ёки конъюнктивит кузатилади.

Конъюнктивитлар бир неча кундан 2 ҳафтагача ва ундан ортиқ давом этади. Бунда қовоқ шиллиқ қаватлари ва кўз олмаси томирларининг кенгайиб қизариши, конъюнктива шишуви ва нозик донадорлиги (катарал ёки фолликуляр конъюнктивит) кузатилади. Конъюнктивитлар пардали ҳам бўлиши мумкин. Кўз ажралмалари оз миқдорда, серозли бўлади. Кўзнинг шох пардаси ва рангдор ёй пардаси шикастланмайди. Бурундан қон кетиши, қўнгил айниши, қусиш ва ич кетиш ҳоллари камдан-кам кузатилади.

Кератоконъюнктивитларда юқорида айтиб ўтилган белгилардан ташқари касаллик бошланганидан бир неча кундан сўнг (2 ҳафтагача) кўз шох пардасида юзаки думалоқ хира тортишлик пайдо бўлади ва баъзан у ёйилиб кетади. Касаллик 2-4 ҳафта давом этади ва одатда бутунлай соғайиш билан тугалланади.

Аденовирус инфекциясининг энг оғир формаси зотилжам бўлиб, у кўпинча 1 ёшгача бўлган болаларда учрайди. Зотилжам аденовирус инфекциясининг бошқа формалари билан биргалика кечиши мумкин. Одатда, зотилжам ўчоқли характерда бўлади. Тана ҳарорати 1-2 ҳафта ва ундан ҳам кўпроқ юқори даражада сақланиши мумкин. Нафас қисиши, цианоз ва умумий интоксикация кўринишлари юзага келади.

Асоратлари. Отит, синусит, зотилжам, плеврит, артритлар иккиламчи инфекция қўшилишидан юзага келади. Аденовирус инфекцияси организмдаги сурункали касалликларнинг қайталанишига сабабчи бўлиши мумкин.

Диагнози. Аденовирус инфекциясида экссудатив ўзгаришлар ўткир намоён бўлади, токсикоз бўлмайди, конъюнктивит, айниқса пардали конъюнктивит характерли бўлади. Аниқ диагноз фақат лаборатория текширувлари: вирусологик (тўқималар культурасида аденовирусни топиш), серологик ва иммунфлюоресценция усулини қўллашдан сўнг қўйилади.

Даволаш: симптоматик тадбирлар; оғриқ қолдирувчи, юрак — йўталга қарши, меъда-ичак, кўз ва ҳоказо воси-

талари тавсия этилади. Касаллик оғир кечганда иммуноглобулин, интерферон, дезоксирибонуклеаза қўлланилади. Асоратлар пайдо бўлишининг олдини олиш учун беморлар ўринда ётиш режимини сақлашлари керак. Улар овқати сифатли ва витаминларга бой бўлиши керак.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Касалликнинг фақат оғир формалари ва асоратлари билан оғриган беморларгина касалхонага жойлаштирилади. Бошқа беморлар уйларида ажратиб қўйилади. Беморлар бутунлай соғайиб кетгунига қадар изоляция давом этади. Инфекция авжланишларининг олдини олиш учун чўмилиш ҳавзалари хлорланади. Бошқа тадбирлар грипп профилактикасидан қаралсин.

ЧИН ЧЕЧАК (VARIOLA VERA)

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси Poxviridae оиласига мансубдир. Вируслар таркибида ДНК бўлиб, улар ташқи муҳитга ниҳоятда чидамли бўлади. Қуриган чечак пустикуларида ва йирингли ажралмаларда ифлос кийим ва бошқа предметларда вируслар бир неча кундан бир неча ҳафтагача сақланади. Қуриган чечак пўстлоғи бир неча йилгача зарарли бўлиб қолади.

Вирус дезинфекция воситаларига ҳам бардошлидир. У фақат 8 фоизли лизол эритмасида, 3 фоизли хлораминда, 2 фоизли гипохлорит кальций эритмасида, тиндирилган хлорли оҳак эритмаси ва ҳоказоларда ҳалокатга учрайди.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи — бемор кишидир. У касаллик бошланишидан бошлаб токи пустила пўстлоғи тушгунига қадар (6 ҳафта) ташқи муҳитга қўзғатувчиларни ажратиб туради. Касалликнинг 3-кунидан 9-кунигача бемор ниҳоятда юқумли ҳисобланади. Клиник ва атипик кечувчи чечак (тошмаларсиз чечак, вариолоид) атрофдагилар учун катта хавф туғдиради. Вирус нафас йўлларида шиллик ва тери элементлари ажралмалари орқали ажралади. Чечак билан ўлганлар мурдаси узоқ вақт юқори даражада зарарли бўлиб қолади.

Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Аксирганда, йўталда, қаттиқ гапиришда вирус шиллик билан 1 метр ва ундан ортиқ масофага ёйилади. Вируслар қуритилишга бардошли бўлгани учун ифекция фақат томчи йўли билан эмас, балки чанг орқали ҳам ўтиши мумкин. Беморлар билан бевосита алоқада бўлганда ва пўстлоқ ютилиб кетиши оқибатида меъда — ичак йўли орқали зарарланиш мумкин. Инфекция бемор ажралмалари билан ифлосланган предметлар (кийим — кечак, рўмолча, ётоқ анжомлари, ўйинчоқлар) орқали ҳам юқади.

Одам чечакни тез юктира олади. Касаллик ўтиб кетгач, турғун иммунитет қолади.

Революциядан олдин Россияда ҳар йили чечак билан касалланишнинг 100—150 минг ҳоллари қайд этиларди. 1919 йилда В. И. Ленин томонидан мамлакатимиз аҳолисини шартли равишда чечакка қарши эмлаш ҳақида декрет имзоланди. 1936 йилга келиб бизнинг мамлакатда чечак баргараф этилди.

1958 йилда Бутун дунё соғлиқни сақлаш ассамблеясининг XI сессиясида Совет ҳукумати чечакни дунё бўйича йўқотиш программасини таклиф қилди. Бу таклиф қабул қилинди.

Бу дастурнинг амалга оширилиши 1980 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш анжуманининг XXXIII сессиясида бутун жаҳонда чечакнинг тугатилганлиги тўғрисида эълон қилиш имконини берди.

Чечакни маймунлардан юкиши ҳодисалари ҳам кўрсатилди. Лекин бу инфекция кейинчалик одамдан — одамга айрим ҳоллардагина ўтиши мумкинлиги қайд этилади.

Поксовируслар борлиги (оқ чечак, маймунлар чечаги ва б.), шунингдек ВОЗ тавсияномаларига хилоф равишда айрим мамлакатларнинг лабораторияларида чин чечак вирусини сақлаш тиббий ходимларни одамнинг бу оғир ва хавфли инфекцион касаллиги билан курашишга шай бўлиб туришга мажбур қилади.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб, нафас йўллариининг шиллиқ қаватлари ва шикастланган тери қоплами ҳисобланади.

Лимфа тугунларида ва ўпка тўқимасида вируслар бутун инкубацион (яширин) давр мобайнида тўпланиб, қон оқимига сингиб боради ва тери юзалари, шиллиқ қаватлари ва бошқа тўқималарда тарқалади. Тўқималарда вирусларнинг иккиламчи тўлқинланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида тери ва шиллиқ қаватларда кенг тарқалган шикастланишларга сабаб бўлади.

Клиник манзараси. Чин чечакнинг қуйидаги энгил, ўртача оғир ва оғир клиник формалари фарқ қилинади. Чечак кечиши қуйидагича: инкубацион (яширин); бошланғич, тошмалар тошиш, тошмалар қуриши ва пўстлоқ тушиши даврларига бўлинади.

Ўртача оғирликда кечувчи чечакда инкубацион давр 9—12 кун, баъзан 5—22 кунгача ўзгариб давом этади.

Бошланғич даври 3—4 кунга чўзилади. Касаллик ҳайратга солувчи қалтираш билан бошланади. Ҳарорат тезликда кўтарилиб, иккинчи кун 40°C га ва ҳаттоки 41°C га етади. Пуслъ ва нафас олиш тезлашади. Ҳолсизлик, кўнгил ай-

ниш, қусиш, оёқларда, белда оғриқ, қопчиқ суягида характерли оғриқ пайдо бўлади. Уйқусизлик бошланади. Алаҳсираш, хушни йўқотиш, томир тортишиши юзага келиши мумкин. Юз, конъюнктива ва шиллиқ қаватлар қизариши мумкин.

Касалликнинг 2—3-кунлари 30—40% беморларда «раш» деб аталувчи продромал ёки токсик тошмалар пайдо бўлади. Полиморф характерга эга бўлган қизамиқ ёки скарлатина тошмаларига ўхшаш тошмалар асосан юзда, қўл — оёқларда, қориннинг пастки қисмида ва соннинг ички юзасидан (Симон учбурчаги), шунингдек кўкрак мушаклари соҳаси ва елка юқори қисмининг ички юзасида (елка учбурчаги) тошади. Тошмалар бир неча соатдан 2 суткагача сақланиб, сўнг йўқолиб кетади. Касалликнинг 2—3-кунлари, бошлангич даврда ҳарорат кўп миқдорда пасайиб, бемор ўзини анча яхши ҳис этади. Тошмалар тошиш даври бошланишида ҳарорат нормагача тушади. Юзда, айниқса, пешонада, бошнинг сочли қисмида ва қўл панжаларида майда қизғиш доғлар пайдо бўлиб, улар кейинчалик тўқлашиб, мис қизғиш рангга киради ва папулага айланади. Дастлабки 2—3-кун камрок, 4—5-кунлари қаттиқ папулалар — нўхатсимон катталикдаги тугунчалар тананинг ҳамма қисмига ва юмшоқ танглай, бурун, ҳалқум шиллиқ қаватларига тошади. Баъзан тошмалар бронхларнинг шиллиқ қаватига, конъюнктивага, уретрага, қинга, тўғри ичакка тошади ва азобли оғриқ беради.

2—3 кундан сўнг ана шу кетма-кетликда (юзда, бошнинг сочли қисмида, қўлларда, танада, оёқларда) тугунчалар везикулаларга — тиниқ суюқлик тўпланган, оқ — пуштиранг, қизил ҳошия билан ўралган пуфакчаларга айланади (4—5-кунлари тери везикулалари лойқаланади ва тошмалар тошишининг 6-кунига (касалликнинг 8 — 9-кунлари) келиб пустулаларга айланади (18-расм). Пустулалар атрофидаги гиперемия ҳошияси, шиш ва инфильтрация катталашади. Пустулалар везикулага ўхшаш кўп камерали бўлиб, ўртасида киндиксимон чуқурчаси бўлади. Улар ҳам юздан бошланади.

Йиринглаш бошланиши билан бир вақтда ҳарорат поғонали кўтарилиб, 39—40°C ва ҳаттоки ундан юқорига кўтарилиб, ана шу даражада 3—5 кун сақланади. Беморнинг умумий ҳолати оғирлашади, ақл хиралашади, пульс тезлашади ва ритми бузилади, артериал босим пасаяди. Агар ақл — ҳуш сақланиб қолса, бемор кўп азобланади. Оғиздан йиринг ва сўлак оқиб, сассиқ ҳид пайдо бўлади. Бемор юзи таниб бўлмас ҳолатга киради, қовоқлар шишади, кўзлар юмилади, бурун ва лаблар шишади. Тери тарангла-

ниши туфайли бемор қай аҳволда ётишни ва баданга қўл теккизишда қайси ҳолатга киришини билмайди. Овқат ютишда оғриқ ва тери қичишиши безовта қилади. Шиллик қаватлардаги тошмалар чайнаш ва овқат ютишнинг бузилишига олиб келади. Бурун ва нафас йўлларининг шикастланишида нафас олиш бузилади. Қонда лейкоцитоз, нейтрофиллар сонининг кўпайиши қайд этилади.

11—12- кунлари қотиш ва пўстлоқ кўчиш даври бошланади. Тери қичишиши кучайиб оғриқ бера бошлайди. Бир вақтнинг ўзида бир неча кун давомида харорат нормагача пасаяди, иштаҳа пайдо бўлади, уйқу нормаллашади, шиллик қаватлар шикастланиши билан боғлиқ бўлган бузилишлар йўқолади, тузалиш босқичи бошланиб, пўстлоқлар аста кўча бошлайди ва у касаллик кечишига қараб 2—4 ҳафта давом этади. Пўстлоқ тушиб кетгач, унинг ўрнида қизғиш — қўнғир доғ қолади, кейинчалик бу жойда чандик ҳосил бўлиб, бемор умр бўйи чўтир бўлиб қолади.

Юқорида ёзилган типик чечакдан ташқари, унинг оғир формалари ҳам учрайди.

Асоратлари. Энцефалит, менингоэнцефалит, энцефаломиелит, ирит, кератит, абсцесс бөрүвчи зотилжам, ўпка гангренаи плеврит.

Диагнози. Диагностикаси клиник маълумотларга, эпидемиологик анамнез ва лаборатория текшириш методларига асосланади. Чин чечакка шубҳа туғилганда лаборатория текшируви ўтказилиши керак. Чунки вакцина қилинганларда чечак атипик сийқаланган формада кечади.

Тери ва шиллик қаватларга тошган пустиула, везикула, шунингдек пўстлоқ, макула ва папула қириндисидан материал олиниб лабораторияга текширувга жўнатилади.

Касалликнинг биринчи кунлари қон (1—2 мл) стерилланган пробиркаларга олинади, стерил тампонлар ёрдамида бурун-хулқум шиллик қавати ажралмалари олинади. Қон дарҳол дистилланган сувда эритилади (1:3). Серологик текшириш учун қондан зардоб олинади. Везикула ёки пустиуладан материал олиш учун уларни тагидан пастер пипетканинг ингичка тортилган капилляри ёрдамида тешилади. Пипетканинг иккинчи томони пастга энгаштирилади, шунда суюқлик йиғилиши осонлашади. Макула ёки папула қириндиси скальпель ёрдамида олинади, пўстлоқ эса пинцет ёрдамида ажратилади. Материал камида 10 та тери элементларидан йиғиб олинади. Секцион материал олишда стерил равишда тери элементлари ичидаги нарсалар, юракдан қон, ички органлардан (ўпка, жигар, талок, буйрак, буйрак усти бези) кесмалар олинади. Олинган материалдан бир вақтнинг ўзида ёғсизлантирилган предмет

ойналарига везикула, пустила суюқликлари ва папула ичидаги нарсадан суртма тайёрланади. Суртмалар ҳавода қуритилади. Суртма суртилган ойна томонлари бир-бирига тегмайдиган қилиб тахлаб олинади.

Серологик текшириш учун венадан (1—3 мл) қон, ундан зардоб олинади. Агар бунинг имкони бўлмаса, қон бармоқдан игна ва микропипетка ёрдамида олинади. Қон (0,2—0,4 мл) стерил пробиркага олинади. Пробиркаларда 1,8 ёки 1,6 мл хлорид натрийнинг изотоник эритмаси бўлади. Улар 5 минут давомида (1000 айланиш ҳолида) центрифугада айлантирилади. Чўкма устидаги суюқлик (1:20 ёки 1:10 нисбатида суюлтирилган зардоб) сўриб олинади. Тўпланган материал пробирка ёки флаконга солиниб, резина пробкада беркитилади ва лейкопластир ёпиштирилади. Маҳкам беркитилган пробирка ва флаконлар целлофанга ўралади, суртма суртилган ойналар, пахта билан ўралиб металл қутига ёки пеналга жойлаштирилади. Қутича қопқоғи лейкопластир билан яхшилаб ёпиштирилади. Олинган материал илова карточкаси билан бирга чопар орқали жўнатилади. Илова қоғозида бемор фамилияси, исми, ёши, касаллик бошланиш куни, тошмалар тошган ва материал олинган кун, шунингдек ким билан мулоқотда бўлганлиги, текширилувчи материал характери, вакцина ва ревакцина ўтказилганлиги тўғрисида маълумот кўрсатилади. Лабораторияда вирусоскопик, вирусологик ва серологик текширишлар қўлланилади. Чин чечакнинг шошилинич диагностикаси учун экспресс-диагностика методларидан: Морозов бўйича бўйаш, электрон микроскопия, РИФ, РНГА ва РМПА қўлланилади. Экспресс-методлар ёрдамида тезлик билан фақат тахминий жавоб олиш мумкин. Лекин у чечак вируси билан вакцина вируси фарқини кўрсата олмайди.

Шу мақсадда бемордан олинган материал 12 кунлик товук эмбриони ёки тўқима культурасига юктирилади. Вирус бўлмаса эмбрион ўлмайди. Касалликнинг 5—6 кунлари гемагглютининлар титри РТГА ёрдамида антигеммагглютинин титри аниқланади.

Даволаш. Даволаш комплекс, касаллик оғирлиги ва кечиш даврига боғлиқ тарзда олиб борилади. Специфик (хос) даволаш методи ишлаб чиқилмаган. Баъзида иммунглобулинни эрта юбориш орқали (тана вазнига 1 м кг дан) яхши натижага эришилади. Даволаш ва профилактика мақсадида метисазон ва бошқа химиявий препаратлар қўлланилади. Яллиғли асоратлар бўлганда антибиотиклар ичилади. Токсикозни камайтириш мақсадида вена ичига гемодез, реополиглюкин, полиглюкин, 5 фоизли глюкоза эритмаси ва ҳоказолар қуйилади. Юрак-қон томир етишмов-

чиликларида строфантин, коргликон, адреналин, кокарбок-силаза ва бошқалар ишлатилади.

Беморни парвариш қилиш катта аҳамиятга эга. Матрац ва кроват қулай бўлиши керак. Пудалган ёстиқ ва остга қўйувчи доира тавсия этилади. Бемор ички кийимлари ва ётиш жиҳозлари тез-тез алмаштирилади.

Везикула ва пустулаларга 5—10 фоизли калий перманганат суюқлиги суртилади. Тери қичишишини камайтириш мақсадида рух ёки ментол (ялпиз) суртмалари суртилади, иссиқ ванналар тавсия этилади.

Меъда-ичак йўллари шикастланиши даврида суюқ, ярим суюқ овқатлар тайинланади. Ютиш вақтидаги оғриқни камайтириш учун 0,5 фоизли кокаин эритмаси суртилади. Оғиз бўшлигини 2 фоизли натрий гидрокарбонат, борат кислотаси билан чайқаш тавсия этилади. Лаб ва бурун шиллиқ қаватлари вазелинли, шафтолили ва бошқа мойлар билан суртилади. Оғир ҳолатларда глицерин ва борат кислотаси шимдирилган тампон билан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватлари артилади. Кўзлар 1 фоизли борат кислотаси билан ювилиб ва 20 фоизли альбуциддан томизилади.

Иккиламчи инфекциялар профилактикаси мақсадида беморлар териларини қашимасликлари учун тирноқлари тағроғидан кесилади, қўллар тоза бўлиши шарт. Ёш болалар қўли бинт билан ўраб қўйилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Асосий ўринни специфик (хос) профилактика-эмлаш эгаллайди. Ҳозирги вақтда мамлакатимизда чечак тугатилганлиги сабабли 1980 йилдан бошлаб эмлаш бекор қилинган. Чечак пайдо бўлиши шишилиш чоралардан бири бўлган чечакка эмлаш воситаси ўз аҳамиятини сақлаб қолган. Чечакка эмлаш учун қуруқ чечак вакцинаси қўлланилиб, у ишлатишдан олдин 50 фоизли стерилланган глицеринда эритилади. Эмлаш елканинг ташқи юзасига қилинади. Вакцинани бир неча марта терига игна санчиш ва игнасиз йўл билан юбориш мумкин. Эмлангандаги иммунитет ўртача 5 йилгача сақланади. Қайта эмлаш вақтида эритилган вакцина уч нуктага томизиб киритилади.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Чечак билан оғриган беморни ёки ана шу касалликка шубҳа қилинган беморни аниқлаш фавқулодда ҳолат ҳисобланади. Бу вақтда шошилиш тарзда юқори ташкилотларга, шунингдек бир вақтнинг ўзида республика Соғлиқни сақлаш нозирлигига ва СССР Соғлиқни сақлаш нозирлигига хабар қилинади.

Бемор касалхонага жойлаштирилишига қадар у билан мулоқотда бўлиш тўхтатилади. Уни фўқат чечакка қарши

эмланган киши парвариш қилиши мумкин. Бемор ётган хонадаги нарсалар у госпитализация қилиниб ва хона дезинфекция қилинмагунига қадар ташқарига чиқарилмайди. Бемор госпитализациясига қадар кундалик, сўнгра тугалланган дезинфекция ўтказилади. Инфекция ўчоғидаги ишлар муҳофазаловчи кийимда (медицина қўлқопи, кўзойнак, пахта-докали ниқоб) олиб борилади.

Йўлларда инфекция тарқалиб кетмаслиги учун бемор медицина ходимлари қуршовида (албатта эмланган ҳолда) касалхонага жўнатилади. Бемор тошмаларидан пўстлоқ бутунлай тушиб кетмагунича касаллик бошланган вақтдан кейин 40 кунгача касалхонада сақланади.

Инфекция ўчоғида, инфекция манбаини топиш, шунингдек бемор билан мулоқотда бўлган ҳамма шахсларни аниқлаш учун эпидемиологик текширув ишлари олиб борилади. Зарурият туғилган вақтда аҳоли пунктида беморларни ёки чечак касаллигига шубҳа қилинганларни топиб аниқлаш учун уйма-уй айланиб юриш ташкил қилинади.

Беморлар билан мулоқотда бўлганлар, уларга аввал эмлаш ва қайта эмлаш ўтказилганлигидан қатъи назар алоҳида ажратилган жойга 14 кун давомида изоляция қилинади. Карантин тугатилишига қадар уларга кундалик медицина назорати ташкил этилади. Профилактик мақсадда улар тезда чечакка қарши эмланади ва эмлаш мумкин бўлмаганларга чечакка қарши гаммаглобулин юборилади. Бемор билан мулоқотда бўлган чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунидан эмланадилар.

Чин чечак касаллиги қайд қилинган жойда қисқа вақт ичида бутун аҳоли чечакка қарши эмлади.

Беморлар билан билвосита мулоқотда бўлганлигига шубҳа қилинган шахслар, бемор изоляция қилинганидан сўнг 14 кун давомида назорат остида бўладилар. Улар ўртасида ҳам тезликда чечакка қарши эмлаш ишлари олиб борилади.

ДИФТЕРИЯ (DIPHTHERIA)

Этиологияси. Дифтерия кўзгатувчиси — *Corynebacterium* туркумига тааллуқли. Коринебактериялар — учи тўғри ёки бир оз бўртиб чиққан, иккала учида қалинлашмаси бўлган ҳаракатсиз, грамусбат таёқчалардир. Люминесцент микроскопия ёрдамида таёқчаларнинг учларида Нейссер бўйича бўялганда волютин дончалари (Бабеш-Эрнст дончалари) топилади. Корифосфин билан бўяшда улар бошқа микроорганизмларнинг волютин дончаларига қараганда бошқача ялтиллаб туради.

Коринебактериялар туркумига токсиген (дифтерия кўзгатувчиси) ва нотоксиген коринебактериялар кириб, улар дифтерия клиник белгилари бўлган касалликларни кўзгатамайди.

Культурал, биохимиявий ва бошқа хоссаларига кўра дифтерия коринебактерияларининг 3 серологик типи — *gravis, milis* ва кам учрайдиган *intermedius* фарқ қилинади. Кўзгатувчи типи билан касаллик клиник симптомларининг оғир-енгиллиги ўртасида мувофиқлик қайд қилинмайди.

Кўзгатувчилар ўсиши вақтида экзотоксин ажратади ва у вирулентликнинг асосий омили ҳисобланади. Дифтерия коринебактериялари ташқи муҳитга анча чидамлидир. Куритилган ҳолда турли предметларда (ўйинчоқ, идишлар, кийим-кечак ва ҳоказоларда) улар бир неча кун, сут ва бошқа озиқ-овқат маҳсулотларида 10—15 сутка сақланади. Паст ҳароратга чидамли бўлсалар, юқорисига сезгирдирлар. Барча дезинфекцияловчи воситалар одатдаги концентрацияда (3—5%) қўлланганда 20—30 минут ўтгач дифтерия коринебактериялари ҳалокатга учрайди.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб бемор киши (клиник яққол ифодаланган ёки белгиларсиз кечувчи) реконвалесцентлар ва дифтерия коринебактерияси штамларини ташиб юрувчилар ҳисобланади.

Дифтерияда инфекция асосан ҳаво-томчи йўли билан ўтади, чунки беморлар ҳам, ташувчилар ҳам кўзгатувчиларни йўтал, аксириш, кичқириш, сўзлашиш вақтида шилимшиқ томчилари билан ажратадилар. Кўзгатувчилар шунингдек бемор ёки ташувчи юқумли қилган уй-рўзғор буюмлари (идиш, ўйинчоқлар ва б.), озиқ-овқат маҳсулотлари (сут, турли совуқ таомлар ва б.) орқали тарқалишлари мумкин. Ўчоқдаги юқишда инфекция тушган шахсларнинг тахминан 10 фоизи касалланмайди, уларда соғлом ташувчилик шаклланади. Эмланган болаларда анти-токсик иммунитет борлиги касаллик пайдо бўлмаган тақдирда ҳам токсиген ташувчиликни истисно қилмайди. Касалланиш куз ойларидаги мавсумий кўтарилишда айрим спорадик ҳоллар кўринишида қайд қилинади. Касаллик бошдан кечирилгандан кейин мустаҳкам иммунитет қолади.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб томоқ, бурун ва юқори нафас йўллариининг шиллик қавати ҳисобланади. Камдан-кам ҳолларда кўзгатувчилар кўзнинг шиллик пардаси, ташқи жинсий органлар ва шикастланган тери орқали кириши мумкин.

Бўғма бактериялари кириш дарвозасига тўпланиб, у ерда кўпаяди ва ўзидан токсин ажратади. Маҳаллий ўзгаришлар ва касалликнинг умумий кўринишлари организм интоксикацияси билан боғлиқдир.

Дифтериядаги маҳаллий ўзгаришлар шиллик қаватлар некрози ва фибриноз парда ҳосил бўлиши, унинг остки тўқималар билан маҳкам жипслашганлиги билан намоён бўлади. Яллиғланган шиллик қават устида лойқа кулранг ёки сарғиш қоплам пайдо бўлиб у фибрин, лейкоцит, сидирилиб тушган эпителий ва дифтерия бактерияларидан ташкил топади. Кўп қаватли эпителий билан қопланган (оғиз бўшлиғи, ҳалқум шиллик қаватларида) жараён авж олганда некроз фақат эпителия қопламаларининг ўзидагина бўлмай, балки унинг остидаги қўшувчи тўқимада ҳам бўлади. Ҳосил бўлган фибриноз парда остки тўқималарга маҳкам ёпишиб тегишли тўқималардан қийинлик билан кўчади (дифтеритик яллиғланиш). Парда пахта тампони ёки шпатель билан кўчирилгач, бодомча безлари усти бироз қонайди.

Шиллик қавати бир қаватли цилиндрик эпителийдан ташкил топган трахея ва бронхларда кўпинча эпителий қавати некрозга учрайди. Ҳосил бўлган фибриноз парда тегишли тўқимага яхши бирикмаганлиги сабабли осонлик билан кўчади (крупоз яллиғланиш). Жараёнга регионар лимфа тугунлари ҳам кўшилади. Дифтериянинг токсик формасида томоқ, ҳалқум ва бўйин клетчаткасида шиш пайдо бўлади. Дифтерия токсини биринчи ўринда асаб, юрак қонтомир системаси, буйрак усти бези ва буйракни шикастлайди.

Клиник манзараси. Инкубацион даври 2—10, кўпинча 3—5 кунгача давом этади. Патологик жараёнларнинг жойлашиш жойига қараб қуйидаги клиник формалари: ҳалқум, ҳикилдоқ бурун дифтерияси камдан-кам ҳоллардаги дифтерия (кўз, кулоқ, ташқи жинсий органлар, жароҳатлар) фарқланади. Ана шу формаларнинг ҳар бири кечиш жараёни оғирлигига қараб енгил ва токсик формаларга бўлинади. Токсик формаси ўз навбатида субтоксик, I, II, III субтоксик, гипертоксик ва геморрагик формаларга бўлинади.

Ҳалқум бўғмаси клиник жиҳатдан энг кўп учрайдиган форма бўлиб, у кейинги вақтларда 80—90% ҳолларда қайд қилинмоқда. Ҳалқум бўғмасида фақат бодомча безлари шикастланиши мумкин (локал формаси). Агар фасодли яралар бодомча безларидан ташқарида юмшоқ танглай тилча ва томоқда бўлса, у ёйилган дифтерия формаси деб аталади. Касалликнинг токсик формасида ҳалқумдаги кенг тарқалган жараёндан ташқари (19-расм) регионар лимфа тугунларининг яққол реакциялари ва умумий интоксикация билан кечувчи бўйин клетчаткасининг токсик шишуви кузатилади.

Дифтериянинг локал формаси кўпроқ учрайди.

Унинг кенжа тури сифатида катарал (фасодли яралар бўлмади) ва оролчали формаси (бодомча безларида йиғилган фасодли яралар алоҳида оролча кўринишига эга бўлади) кузатилади. Касаллик аста-секин бошланиб, ҳарорат аста 38°C гача кўтарилади, умумий лоҳаслик, иштаҳа йўқолиши бош оғриғи, ютинганда бироз оғриқ пайдо бўлади. 1—2-куннинг охирида ҳалқумда қизариш пайдо бўлади. Бодомча безининг бири ёки кўпинча ҳар иккисидан оқиш-кулранг рангда, етарли катталиқдаги фасодли яралар пайдо бўлади. Улар пахта тампони ёки шпатель ёрдамида кўчириб олингандан сўнг, шу жой консираб қолади. Жағ ости ва олдинги бўйин лимфа тугунлари бироз катталашади. Токсикоз кузатилмайди. Ўз вақтида даволаш бошлаб юборилса 2—5 кунда караш йўқолади, ҳарорат нормага тушади.

Ёйилган формасида касаллик кўпинча ўткир бошланади, ҳарорат $38,5\text{—}39^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади, қалтирок босиш, ҳолсизлик, бош оғриғи, уйку бузилиши пайдо бўлади. Бодомча безлари катталашган, шишган, караш кулранг рангда, қаттиқ кўринишда бўлиб ҳар икки бодомчани, танглай ярим доирасини, юмшоқ танглай ва бурун-ҳалқум соҳаларини қоплайди. Регионар лимфа тугунлари локал формадагига нисбатан кўпроқ катталашади ва оғриқ кузатилади. Дифтериянинг тарқоқ формаси кўпинча локал формадаги специфик даволаш бўлмаганлиги сабабли ривожланиш жараёнида келиб чиқади. Ўз вақтида бошланган специфик даволашда касаллик 7—10 кунга чўзилади.

Ҳалқум дифтериясининг токсик формаси кўпинча қизғин равишда бошланади: ҳарорат $39\text{—}40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади, умумий лоҳаслик яққол кўзга ташланади, юз рангсизланиб бироз кўпчийди. Юрак товушлари бўғиқ, тахикардия (томир минутига 140—160 марта уради) кузатилади. Караш қаттиқ бўлиб, лойқа-кулранг ёки қўнғир-кулранг бўлади. Бодомча безлари юмшоқ танглай ва ҳатто қаттиқ танглайни қоплайди. Жараёнга бурун-ҳалқум ва бурун бўшлиғи кўшилиб, улардан қонли йиринг ажралади. Оғиздан ёқимсиз қўланса ҳид келади. Ҳалқум шишуви ва караш нафас олишни механик равишда қийинлаштиради, натижада нафас шовқинли, бўғилган ҳолга келади.

Токсик формадаги дифтерия учун бўйиннинг юқори лимфа тугунлари ўзгариши ва бўйин клетчаткаси шишуви характерли бўлади. Тери ости клетчаткаси шишининг ёйилиши интоксикация кучига боғлиқ бўлиб, токсик дифтериянинг уч даражасида фарқланади: I даража — шиш бўйин ўртасигача ёйилади; II даражада — шиш ўмров суягигача етиб боради; III даражада — шиш ўмров суягидан пастга тушади.

Специфик дифтерияга қарши зардоб билан даволангандан сўнг шиш ва караш 5—10 кунда йўқолади. Касалликнинг жойли кўринишлари бартараф этилади.

Дифтериянинг гипертоксик формаси оғир ва шиддат билан авж олувчи жойли жараёнлар билан юрак қон-томирлари фаолиятини тез сусайтирувчи, ниҳоятда оғир интоксикация билан кечади. Беморлар кўпинча дастлабки 4—5- кунгек ҳалокатла учрайдилар.

Ҳиқилдоқ дифтерияси (дифтерияли ёки ҳақиқий круп). Касаллик мустақил равишда ёки ҳалқум, бурун (иккиламчи круп) дифтериясига қўшилган ҳолда ривожланиши мумкин. Дифтерияли крупда 3 та босқич фарқланади:

Дисфоник босқичда касаллик ҳароратнинг кўтарилиши, беҳоллик, ўзини ёмон ҳис этиш, хириллаб қолишдан бошланади. Беморни кўпол «аккиллашга ўхшаш» йўтал қийнайди ва шу сабабли овоз йўқолади (афония). Шунингдек жаранғдорлиги йўқолиб, овоз хириллаб қолади. 1—3 кундан сўнг касаллик стенотик босқичга ўтади. Унинг илк аломати — ўзига хос шовқинли нафас олишдан иборат бўлиб, худди нам дарахтни арралашдаги каби товушга ўхшаш бўлади. Юқори нафас йўллари стенозининг иккинчи аломати эса нафас олиш пайтида кўкрак бўшлиғи манфий босимга эга бўлганлиги сабабли кўкрак қафасининг қўлга уннайдиغان жойларининг (ўмров ости чуқурчалари, қовурғалар оралиғи, тўш соҳаси) ичига кириб қолишидир. Нафас актида ёрдамчи мушаклар ҳам иштирок эта бошлайди. Стеноз босқичи бир неча соатдан 2—3 кунгача давом этиши мумкин. Агарда беморга оператив усулда ёрдам берилмаса (интубация, трахеостомия) у ҳолда касаллик асфиксия босқичига ўтиб кетади.

Асфиксия босқичи боланинг яққол безовталаниши ва унинг серуйқулик билан алмашинуви, лаб, бурун, тирноқларнинг кўкариши билан характерланади. Нафас тез, юзаки бўлади, пульс кучсизланган, аритмик бўлади, артериал босим тушиб кетади, пешонани совуқ тер босади, кўпинча томир тортишишлар қўшилиб, асфиксия ўлимга олиб келади. Бурун дифтерияси кичик ёшдаги болаларда кузатилади. Тана ҳарорати субфебрил ёки нормал бўлиб, бурундан нафас олиш қийинлашади, бурун орқали қон аралаш сарғиш суюқлик ажралиб чиқади. Бурун катаклари атрофидаги тери қопламаларида чақа ва ёриқлар пайдо бўлади. Бурун шиллиқ қаватида пўстлоқдан иборат парда ёки ярачалар бўлади. Организм интоксикацияси кам намоён бўлади.

Камдан-кам учрайдиغان дифтерия турлари. Кўпинча

кичик ёшдаги болаларда, ҳалқум ва бурун дифтериясининг иккиламчи инфекцияси оқибатида кузатилади. Болалар ўртасида планли равишда дифтерияга қарши эмлашлар ўтказилиши муносабати билан клиник оқим ўзгарди. Томоқ дифтерияси кўпинча катарал ёки лакунар ангина кўринишида кечади.

Асоратлари. Коллапс миокардитлар, периферик фалажлар ва парезларнинг ривожланиши натижасида гипоталамо-гипофизар системанинг етарли бўлмаслиги тез-тез учрайдиган дифтерия асоратларига олиб келади.

Миокардитнинг дастлабки ва кечки хиллари фарқланади. Дастлабки миокардитлар касалликнинг 2—5- кунлари пайдо бўлиб, тахикардия пайдо бўлиши билан боғлиқ ҳолда, юрак ритмининг бузилиши, артериал босимнинг қисқа вақтли кўтарилиб, кейинчалик тушиши, айниқса минимал босимнинг тушиб кетиши кузатилади. Пульс кичиклашиб ипсимон бўлади, тери қопламанинг оқариши, адинамия қайд этилади. Коллапс ривожланиши оқибатида ўлим юзага келиши мумкин. Қон айланишининг кечки бузилишлари биринчи ҳафтанинг охири, 2—3- ҳафталарда аж олади.

Касалликнинг дастлабки 2—4- ҳафталарида юмшоқ танглайнинг периферик фалажланиши, аккомодация ва полиневрит ривожланиши мумкин. Кекирдак, томоқ, тана ва қулоқ мушаклари фалажланиши кам учрайди.

Буйрак асоратлари — нефрозлар сийдикда альбуминурия, цилиндрурия ва сийдикдаги якка эритроцитлар каби қатор ўзгаришларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

Диагнози. Касаллик диагностикаси клиник эпидемиологик ва лаборатория маълумотларига асосланади.

Дифтерияни аниқлашда бактериологик текширув усули етакчи аҳамиятга эга. Материални йиғишда қуруқ стерилланган пахта тампонларидан фойдаланилади. Бодомча безлари ва бурундан материал айрим-айрим тампонлар билан наҳорга ёки овқатдан камида 2 соат ўтгандан кейин олинади. Бодомча безларидан материал йиғишда шпателдан фойдаланиш, тампонни тил, тишлар ва лунж, шиллиқ пардасига теккизмаслик керак. Қараш бўлганда материални зарарланган ва соғлом тўқималар чегарасидан олинади. Бурундан материални битта тампон билан олинади, уни аввал битта бурун йўлига, кейин иккинчисига киритилади. Тампонлар лабораторияга материал олингандан кейин 3 соат ичида етказилиши шарт. Олис масофаларга транспортда олиб бориш учун материал 5% ли глицерин эритмасига ҳўлланган тампон билан йиғилади. Олинган мате-

риални совуқдан эҳтиёт қилиш лозим. Бирга қўшиб жўна-тиладиган ҳужжатда фамилия, манзилгоҳ, материалнинг қаердан (томоқ, бурун, тери) олингани ва материал жўнатган муассаса номидан ташқари, текшириш мақсади ҳам қайд қилиниши лозим.

Томоқдаги бодомча безларидан, бурун ва бошқа зарарланган жойлардан текшириш учун материал Петри косачаларига қуйилган зич озикли муҳитлар (Клауберг II муҳити, қон аралаш теллуриг ағари) юзасига алоҳида-алоҳида экилади. Дастлабки жавобни текшириш бошланишидан бошлаб 1—2 суткадаёқ колонияларни бинокуляр стереоскопик микроскоп ёрдамида ўрганишдан, токсигенликка синама қўйишдан ва қатор тезлашган методикалар ўтказишдан кейин олиш мумкин. Дифтериянинг токсиген корине-бактериялари ажратилганда узил-кесил жавобни 3-суткада олиш мумкин. Манфий бактериологик жавобни текшириш бошланишидан 2- ёки 4- суткаларда олиш мумкин.

Даволаш. Дифтерияга қарши антитоксик зардобни эртароқ юбориш — даволашнинг асосий усулидир. Уни юборишдан аввал албатта организмнинг ёт оксилга бўлган сезувчанлиги текшириб кўрилади ва шу мақсадда тери ичига қилинувчи синама ўтказилади. Юбориладиган зардоб миқдори эса касалликнинг клиник формаси, оғирлиги, касаллик бошланганидан сўнг ўтган вақтига қараб белгиланади. Касаллик қанчалик оғир кечиши ва даволаш қанчалик кеч бошланишига қараб шунча миқдорда зардоб юборилиши керак.

Ҳалқум дифтериясининг локал формасида зардобнинг бир марталик дозаси — 10000—30 000 ХБ, ёйилган формасида 30 000—40 000 ХБ, токсик формасида 50 000—120 000 ХБ дан иборат. Зардоб 8—12 соатдан сўнг қайта юборилади, кейин эса умумий интоксикация йўқотилгунига ва ҳалқумдаги фасоднинг бутунлай чиқиб кетгунига қадар ҳар куни юборилади. Ҳақиқатда дифтериясининг оғир кечишига қараб, даволашнинг биринчи куни 15 000 ХБ дан 30 000 ХБ гача зардоб юборилади.

Дифтерияни зардобли даволаш усуллари антибиотиклар терапияси билан қўшилган тарзда олиб борилади. Тетрациклин гуруҳига мансуб ва эритромицин каби антибиотиклар одатдаги дозаларда бемор ёшига қараб 7 кун мобайнида қўлланилади. Ҳалқум дифтериясининг II ва III даражали токсик формасида дезинтоксикация терапияси венага томчилаб гемодез ёки неокомпенсан, реополиглюкинни 10 фоизли глюкоза эритмасига қўшиб юборилиши орқали олиб борилади. Эритма 1 кг тана вазнига 20—30 мг ҳисобида юборилади. Эритмага аскорбин кислотаси, кокарбоксилаза,

инсулин қўшилади. Эритмалар сийдик ҳайдовчи воситаларни тайинлаш билан биргаликда қўшиб юборилади. Круп бўлган беморларни операция қилиб (интубация ва трахеотомия) даволаш консерватив методлар (иссиқлик муолажалари, буғ ингаляцияси, кислород терапияси ва б.) наф бермаганда ва стенознинг II босқичи III асфиксия босқичига ўтган оғир стенозда қўлланилади. Интубациянинг моҳияти шундан иборатки, беморга торайган ҳиқилдоғи бўшлиғига найча қўйилади. Ҳозирги вақтда дифтерия крупни камданкам учрайди.

Дифтериянинг енгил формаларида, ўткир кўринишлар бартараф этилган, беморларга ўтириб, туришга рухсат берилади.

Дифтериянинг токсик формасида эса, гарчи беморларда асоратлар бўлмаса-да, улар стационарда қуйидаги муддатларда ўринда ётиш режимига риоя қиладилар. I — даражали субтоксик дифтерия ва токсикозда I ойгача, токсик дифтериянинг II даражасида — 40—45 кун, III даражасида — 50—60 кун.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Дифтерия профилактикасининг асоси актив иммунлаш ҳисобланади. Иммунлашнинг эпидемиологик таъсирчанлиги болалар аҳолисини тўлиқ ва ўз вақтида эмлашга боғлиқ, бу ўз навбатида болалар аҳолисини тўла-тўқис ҳисобга олиш, эмлашни ўз вақтида ўтказиш ва ҳисоб-китоб қилиш, эмлаш ўтказишга асослаб берилган вақтинчалик ва доимий тиббий монелик қиладиган ҳоллар борлигига боғлиқ.

Дифтерияга қарши болалар аҳолисининг барчаси планли эмлаши керак. Монелик қиладиган ҳоллар бўлмаганда уч ойлик болалар адсорбланган кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси (АКДС) билан бирламчи иммунланади.

АКДС-вакцинацияси курси вакцинациялаш орасида 45 кунлик танаффус билан препаратни ҳар бири 0,5мл дозада мушак орасига уч марта инъекция қилишдан иборат. Биринчи ревакцинацияни тугалланган вакцинациядан 1,5—2 йил ўтгач 0,5 мл дозада бир марта ўтказилади. Иккинчи ва учинчи ревакцинацияни 9 ва 16 ёшдаги болаларда антигенлар миқдори камайтирилган (АДС-М-анатоксин) адсорбланган дифтерия-қоқшол анатоксини билан 0,5 мл ли дозаларда ўтказилади. Кейинги ревакцинациялар ҳар 10 йилда 26, 36, 46, ва 56 ёшларда АДС-М-анатоксини билан 0,5 мл дозада ўтказилади.

Агар болада АКДС-вакцина билан биринчи эмлашга поствакцинал асорат пайдо бўлса, кейинги эмлаш АДС-М-анатоксин билан ўтказилади.

Дифтерия билан касалланиш тарқалишининг олдини олиш мақсадида доимий эпидемиологик назорат олиб борилади. Эпидемиологик назорат деганда қуйидагилар тушунилади: аҳоли иммун қатлами устидан кузатиш, аҳоли орасида дифтерия қўзғатувчиларининг айланиб юриши устидан назорат қилиш, дифтерияли беморларни эрта аниқлаш, эпидемиологик анализ ва ўтказилаётган тадбирлар таъсирчанлигига баҳо бериш.

Олинган маълумотларни анализ қилиш натижаларидан профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларни режалаштириш ва ўтказиш учун негиз сифатида фойдаланилади. Аҳолининг иммун қатлами устидан кузатув эмлаш хужжатлари материаллари билан болалар ва ўсмирларда дифтерияга қарши иммунитет ҳолатини аниқлаш натижаларини таққослаш йўли билан амалга оширилади.

Болаларда ва ўсмирларда дифтерияга қарши иммунитет ҳолати РНГЛ ёрдамида дифтерия диагностикаси билан аниқланади.

Аҳоли ўртасида дифтерия қўзғатувчиларининг айланиб юриши устидан назорат олиб бориш ва инфекция қўзғатувчилари манбаларини ўз вақтида аниқлаш мақсадида қуйидагилар бактериологик текширилиши керак:

диагностика мақсадида — ҳалқумининг бурун қисмида ўткир яллиғланиш ҳодисалари бўлган беморлар этиологияси дифтерия касаллигига шубҳа қилинганда — мурожаат қилган вақтдан ҳар куни уч марта, ангина диагнози бўлган беморлар бодомча безида патологик суюқлик бўлганда, паратонзиллит, ҳалқум орти абсцесси, инфекцион моноклеоз, стенозлайдиган ларинготрахеитга шубҳа бўлганда — бир марта;

эпидемик кўрсатмалар бўйича — дифтерияли беморга ёки коринебактерияли ташувчига дуч келган шахслар — бир марта;

профилактика мақсадида — болалар уйларига, мактаб-интернатларга, марказий нерв системаси зарарланган болалар учун муассасаларга, сил интоксикацияли болалар учун санаторийларга, болалар ва катталарга мўлжалланган психоневрологик стационарларга қайта кирадиган шахслар — бир марта.

Дифтерияли беморларни эрта аниқлаш учун қуйидагилар ўтказилади:

бодомча безларида патологик қатламлари бўлган ангинали беморларни бирламчи мурожаат қилишдан камида 3 кун мобайнида актив кузатиш ва дифтерияга бир марта бактериологик текшириш;

дифтерияли, дифтерияга клиник жиҳатдан шубҳа қилин-

ган, дифтерия инфекцияси ўчоғидан ангина ва круп диагнози бўлган беморларни; дифтерия коринебактерияси бор ташувчиларни зудлик билан инфекция касалхоналарнинг боксларига ёки айрим палаталарига жойлаштириш;

ангинанинг оғир формалари, ёпиқ болалар муассасалари ва ётоқхоналардаги турмуш шароити ёмон уйлардаги ангинали беморларни провизор бўлимларига жойлаштириш.

Дифтерия ўчоқлари шаклланишининг олдини олиш, уюшган жамоаларда улар шаклланаётганда (сентябрь-октябрь) беморлар ва ташувчиларни аниқлаш учун болалар ва ўсмирларни врач-отоларинголог планли кўздан кечиради. Топилган отоларингологик беморларга даволаш тайинланади. Жамоада бундай беморлар кўп миқдорда бўлганда отоларинголог ва эпидемиолог хулосаси бўйича бактериологик текшириш ўтказилади.

Дифтерияда кўзғатувчиларнинг ўтиш йўллари бартараф этиш яшаш жойлари асосан болалар муассасалари ва озиқ-овқат корхоналарида, санитария-гигиена режимини сақлаш йўли орқали амалга оширилади.

И н ф е к ц и я ў ч о ғ и д а г и т а д б и р л а р . Бемор касалхонага жойлаштирилишига қадар инфекция ўчоғида кундалик дезинфекция, сўнгра яқунловчи дезинфекция ўтказилиб, буюмлар ва ўрин жиҳозлари шартли равишда камерали зарарсизлантиришдан ўтказилади.

Ўчоқда эпидемияга қарши тадбирлар ўтказишда дифтерияли беморларни ва унга шубҳа қилинганларни, коринебактерияли ташувчиларни, отоларингологик касалликлари бўлган, дифтерияга қарши эмланмаган шахсларни ўз вақтида аниқлаш бош вазифа ҳисобланади.

Инфекция манбаи бемор ва унга дуч келган шахслардан атрофида дифтерияли беморлар ва унга шубҳа қилинган шахслар борлиги тўғрисида суриштириш йўли билан аниқланади.

Касалланган бола қатнаган даволаш-профилактика, болалар ва бошқа муассасаларда боланинг ривожланиш тарихи, амбулатор, беморнинг тиббий картаси ва амбулатор беморларни рўйхатга олиш журналлари текширилади. Сўраб-суриштириш вақтида ёки айтиб ўтилган ҳужжатларни текширишда дифтерияга шубҳа қилинган шахслар клиник кўрсатмалар бўлганда касалхонага ётқизилиши керак.

Ўчоқда бемор ёки дифтериянинг токсиген коринебактериялари ташувчиси билан дуч келгани аниқланган шахслар бемор ёки ажратувчи ажратилган вақтдан ва дезинфекция ўтказилгандан кейин етти кун мобайнида бир марта бактериологик текширилиши ва тиббий кузатилиши керак. Биринчи бактериологик текширишдан кейин бемор билан дуч

келган дифтериянинг токсиген коринебактериялари ташувчилари аниқланган тақдирда, текширишни ташувчилар ажратмалари тўхтагунга қадар давом эттирилади. Томоқ ва бурундан бактериологик текширувга материал олиш бемор билан дуч келган одамни врач-отоларинголог кўздан кечириши билан қўшиб олиб борилади. Бадан терисида турли хил тери касалликлари (чипқон, пиодермия, узоққа чўзилган эксориация ва пўстлоқчалар, милкак каби) бўлган шахслар ҳам бактериологик текширилиши керак.

Дифтерия билан касалланишларнинг олдини олиш мақсадида ўчоқда беморга дуч келганлар орасида иммунлаш ўтказилади. Навбатдаги вакцинация ёки ревакцинация муддати келган болалар сўнгги 10 йил ичида эмланмаган ва эмлашга тиббий монеликлар бўлмаган 16 ёшгача ўсмирлар ва бундан катта болалар (ёшидан катъи назар) эмланиши керак. Иммунлаш учун АД-Мёки АДС-М-анатоксиндан фойдаланилади, уни 0,5 мл дозада бир марта юборилади. Беморга дуч келган 3 дан 16 яшаргача бўлган ҳамма қолган болаларда зардоб текширилади. Аниқланган ноиммун шахсларда (0,03 ХБ/мл дан кам титрли) эмлаш ўтказилади.

Болалар муассасаларига қатновчи болалар, шунингдек, озик-овқат корхоналарида ишловчи шахслар ва уларга мансуб кишилар, болалар муассасаларига ва иш корхоналарига текширишнинг манфий хулосаси чиққанидан сўнг ва врачнинг саломатлик тўғрисидаги справкаси билан рухсат этилади. Инфекция ўчоғида дифтерия профилактикаси тўғрисида суҳбат ўтказилади.

Вакцинация ёки ревакцинация ҳамда РНГА титридан ўтиши керак бўлган болалар коллективидаги барча болалар дифтерияга қарши 0,03 ХБ/мл дан кам бўлмаган миқдорда эмланади.

Дифтерия ёки токсиген ташувчанлик қайд этилган ҳолларда группа яккаланиб қўйилади. Ўзаро яқин бўлганлар (болалар ва хизматчи ходимлар)нинг ҳалқум ва бурнидан суртмалар олиниб, бактерия ташувчилиikka текширилади. Якунловчи дезинфекция ўтказилиб бўлгач, текширув натижаси яхши бўлиб, ҳалқум ва томоқнинг бурун қисмида ўткир яллиғланиш ҳолатлари бўлмаса, яккалаб қўйиш тугатилади. Агарда лаборатория усулида текширишнинг имкони бўлмаса, у ҳолда бемор ҳалқуми ва бурнида яллиғланиш ҳоллари бўлмай, у яккалаб қўйилгандан сўнг 7 кун ўтгач яккалаш ишлари тўхтатилади. Хизматчи ходимлар ва болалар устидан 7 кун мобайнида ҳар куни 2 мартадан текшириб, ҳароратни ўлчаш орқали медицина назорати ўрнатилади. Бактериологик тарзда текширишдан ташқари беморлар врач-отоларинголог томонидан кўриб борилади.



11-расм. Ич терлама. Ичак яралари.



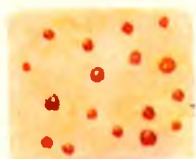
12-расм. Ич терлама. Розеола тошмалари.



16-расм. Лептоспироз. Склера томирлари инъекцияси ва склерага кон қуйилиши.



17-расм. Лептоспироз. Экзантеманинг геморрагик ва розеола элементлари.



18-расм. Чечакда тошмалар.
а-папулалар; б-везикулалар;
в-пустулалар; г-пустоклар.



19-расм. Томоқ дифтериясининг
токсик тури.



20-расм. Скарлатина тошмалари (М. Г. Данилевичдан).



21-расм. Қизамиқ тошмаси.



22-расм. Менингококцемия. Геморрагик тошмалар ва унг сон терисидаги катта қон қуйилишлар (Л. С. Кипнисдан).



23-расм. Менингококкли менингит. Қасал боланинг типик ҳолати.



25-расм. Тошмали терлама тошмалари.

Этиологияси. Кўзгатувчиси А гуруҳига мансуб β-гемолитик стрептококк ҳисобланади. Скарлатина этиологиясининг стрептококк назариясига ватандош олимлардан Г. Н. Габричевский ва И. Г. Савченко (1905—1906) асос солган. Скарлатина профилактикаси учун Г. Н. Габричевский стрептококкга қарши вакцина тайёрлади. И. Г. Савченко эса отларни эмлаш ва антитоксик зардоб олиш учун стрептококк токсинини топди.

Эр-хотин Диклар (1923—1925) эса скарлатинага бўлган мойилликни аниқлаш учун скарлатина токсинини тери ичига юбориб синашни тавсия қилдилар (Дик реакцияси). Касаллик бўлиб ўтгач, организмда антитоксик иммунитет ҳосил бўлади, бунинг оқибатида Дик реакцияси манфий бўлиб қолади. Скарлатина билан оғримаган болаларда эса Дик реакцияси мусбат бўлади.

Стрептококклар ташқи муҳитга анча чидамли ҳисобланадилар. Улар озика маҳсулотларида, айниқса сут ва ўзида қанд сақловчи маҳсулотларда узоқ сақланади. Қуритилган ҳолдаги стрептококклар 6 ойгача яшаш қобилиятини сақлайди. Одатдаги концентрациядаги дезинфекция воситалари уларни 15 минут ичида ўлдиради.

Эпидемиологияси. Касалликнинг клиник жиҳатдан қандай кечишидан қатъи назар асосий инфекция манбаи бўлиб бемор ҳисобланади. Айниқса у касалликнинг биринчи кунлари хавfli ҳисобланади. Касалликнинг юқиши реконвалесцентлик давомида ва асоратлари юзага келганда ҳам сақланиб қолади. Реконвалесцентларнинг касаллик юқтиришига сабаб бўлувчи асоратлардан ринит, синусит, юқори нафас йўллари катарити, кулоқнинг йирингли яллиғланиши муҳим аҳамият касб этади. Скарлатина эпидемиологиясида асосий ўринни касалликнинг сийқаланган, кўпинча аниқланмасдан қолувчи скарлатина формаси эгаллайди. Стрептококкли ангина ва назофарингит билан оғриган беморлар ҳамда соғлом инфекция ташиб юрувчилар ҳам инфекция манбаи бўлишлари мумкин. Даволаш мақсадида пенициллинни қўлланиш организмни стрептококкдан тез ҳоли қилишга олиб келади.

Инфекция асосан ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Шунингдек инфекция беморлар билан бевосита мулоқотда бўлганда, атроф-мут, кундалик эҳтиёж предметлари (идиш-товок, ўйинчоқлар, кийим-кечак ва ҳоказолар), инфекция тушиб қолган озиқ-овқат маҳсулотлари (сут, музқаймоқ, кондитер маҳсулотлари) орқали юқиши мумкин.

Скарлатинага асосан 2 ёшдан 6—7 ёшгача бўлган ёш болалар мойил бўлади.

Скарлатина ҳам бошқа ҳаво-томчи инфекцияларига ўхшаб мавсумий характерга эга бўлади. Касалликнинг кўпайиши куз-қиш ойларига (октябрь-март) тўғри келади. Скарлатина совуқ, нам ҳаволи мамлакатлар учун характерлидир.

Патогенези. Кўзғатувчиларнинг кириш дарвозаси бўлиб бурун-ҳалқум шиллиқ қавати ҳисобланади. Шикастланган ва куйган тери юзаси орқали зарарланиш юзага келиши мумкин.

Касалликнинг циклик тарзда кечиши кўзғатувчиларнинг организмга токсик, аллергик ва септик таъсир этиши билан боғлиқ. Кириш дарвозаларида ва регионар лимфа тугунларида кўзғатувчилар кўпайиб, яллиғланиш ва некротик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Инфекция токсини қонга сўрилиб, организм бўйлаб тарқалади. Умумий интоксикация белгилари — ҳарорат кўтарилиши, тошмалар тошиши, юрак қон томири, марказий ва вегетатив нерв системасининг ўзгаришлари ва ҳоказолар пайдо бўлади. Касалликнинг 5- кунда интоксикация аломатлари йўқолади, сабаби иммунитет юзага кела бошлайди. Касалликнинг 3—5- кундан илк септик асоратлар намоён бўлади. Асоратлар реинфекция мавжудлигида, организм аллергик ҳолатда бўлганлиги сабабли касалликнинг охириги босқичида ҳам юзага келади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр ўртача, 2—7 кун бўлиб, камдан-кам ҳоларда 12 кунгача чўзилади. Касаллик ўткир бошланиб, ҳарорат 38,5—39°C га кўтарилади, қусиш пайдо бўлади. Бемор бош оғриши, бутун баданнинг зиркираши ва ютиш вақтидаги оғриқдан шикоят қилади.

Ҳалқум текшириб кўрилганда юмшоқ танглай тилча ва бодомча безлари қип-қизарганлиги, тилнинг оқ караш боғлаганлиги кўрилади.

Жағ ости лимфа тугунлари пайпаслаб кўрилганда оғриқ сезилади. 1- куннинг охирига бориб ёки 2- кун баданга скарлатинага хос майда нуқтали тошма тошади. Тиниқ-қизил рангли тошмалар (20- расм) бир-бирига шундай яқин жойлашганлигидан баъзан бир-бирига қўшилиб яхлит гиперемия майдонларини ҳосил қилади. Тошмалар аввал бўйин, кўкрак қисмларига тошиб, сўнгра бутун тана бўйлаб тарқалади. Юзлар ўзининг тиниқ қизил ранги билан (айниқса лунжлар) ажралиб туради, лекин энгак ва оғиз соҳасидаги тери юзаси сезиларли даражада оқаради (оқ бурун-лаб бурчаги — Филатов белгиси). Сон ва қўлларнинг ички юзасида, қоринда, айнақса табиий букламларда тошмалар кўп ва тиниқ ҳолатда бўлади. Тери

енгил босиб кўрилганда оқ дермографизм (оқ йўлакча) пайдо бўлиб, касаллик оғир кечаётган вақтда узоқ вақт сақланиб туради.

Катарал ангина касалликнинг 3—4- кунлари лакунар, фолликуляр ёки некротик хилларига ўтиши мумкин. 3—4- кунига келиб тил караш боғлашдан тозаланади ва тиниқ-қизил ранг олади. Унинг кўриниши донадор бўлиб, пишиб етилган малинани эслатади (малинасимон тил).

Касалликнинг биринчи кунлари қонда нейтрофил лейкоцитоз (10 дан $30 \cdot 10^9$ /л гача ва ундан кўп, касаллик оғирлигига қараб) ортиқ қайд этилади. 3—4- кунни эозинофилия пайдо бўлади, СОЭ кўтарилади (20—30—50 мм/соат), касаллик ўнгай кечганда ва асоратлар бўлмаганда 7—10- кунга келиб қон таркиби нормаллашади. Йирингли асоратлар бўлганда лейкоцитоз яна намоён бўлади.

Скарлатинанинг ўткир даври 5—7 кун давом этади. Тошмалар йўқолиши, ҳароратнинг тушиши билан биргаликда аста-секин ангина ҳам йўқолиб боради. Биринчи ҳафта охири ва 2- ҳафтанинг бошларида қўл ва оёқ панжаларида қат-қат пластинкасимон танада эса кепаксимон пўст ташлаш кузатилади.

Касалликнинг ўткир даври тугаллангандан сўнг юзаки хотиржамлик даври бошланади: бемор кайфияти қониқарли бўлади, ҳарорат нормаллашади, лекин юрак қонтомири системасида яққол ўзгаришлар пайдо бўлади. Улар пульснинг секинлашуви (брадикардия) артериал босимнинг кескин тушиши, юрак чегараларининг кенгайиши систолик шовқин пайдо бўлиши билан ифодаланади. Юрак қон-томир системасидаги ўзгаришлар аста-секин, бир неча ҳафталардан сўнг (баъзан 6 ойда йўқолиб боради).

Касаллик кечишининг оғирлиги турлича бўлади. Ана шунга мувофиқ скарлатина клиник формаларини атипик ва типик характерга бўлиш қабул қилинган (А. А. Колтипин). Касалликнинг атипик формаларига «сийқаланган» енгил формалари кириб, касаллик белгилари кам ривожланган, баъзи белгилари эса бутунлай бўлмаслиги (масалан, тошмалар) билан характерланади. Касалликнинг бу хилида, организм интоксикацияси оқибатида типик белгилар пайдо бўлишига қадар ўлим юзага келиши мумкин.

Типик формалари эса енгил, ўртача ва оғир хилларда бўлади. Ҳозирги вақтда скарлатинанинг оғир формалари кам учрайди, лекин бу ҳақда унутмаслик зарур, чунки у интенсив (тезқорлик билан) даволашни талаб қилади. Скарлатинанинг оғир формалари токсик кўринишлари (токсик) маҳаллий жараёнлар (септик) ёки аралаш (токсик-септик) ҳолда кечиши мумкин.

Токсик формасида интоксикация белгилари намоён бўлади: ҳарорат юқори бўлиб, тез-тез қусиш, ақл заифлашуви, алаҳсираш, томир тортишуви, менингеал аломатлар, юрак товушларининг бўғиклиги, пульснинг тезлашуви, артериал босимнинг тушиб кетиши, катарал ёки некротик ангина, тошмалар кеч тошиши кузатилади. Септик скарлатина учун ҳалқумда чуқур, кенг некротик жараёнлар бўлиши, лимфа тугунлари ва атрофдаги клетчаткалар некрози (аденофлегмона) характерлидир.

Асоратлари. Патогенези бўйича асоратлар йирингли, септик ва аллергия хилларга бўлинади. Йирингли-септик асоратлар кўпинча скарлатинанинг ўткир (биринчи) даврида, баъзан иккинчи даврда (септик формаларида) пайдо бўлади. Уларга йирингли лимфаденит, катарал ва йирингли отит, мастоидит, некротик ангина ва ҳоказолар киради.

Нефрит, лимфаденит, артрит ва ҳоказолар аллергия асоратлар бўлиб ҳисобланади.

Диагнози. Диагностикаси клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланади. Бу касалликни аниқлашда бактериологик метод қўлланилмайди.

Даволаш. Даволаш кўзғатувчиларни йўқотишга ва токсикозга қарши курашишга қаратилган. Пенициллин билан 5—7 кун даволаш айниқса яхши наф беради. Пенициллинни мушак орасига кунига 6 марта ҳар бир килограмм тана вазнига 15000—20000 ТБ ҳисобида ёки бициллин — 1 (бир курс даволашга битта инъекция) қилинади. Бициллин мушак орасига 1 кг тана вазнига 20 000 ТБ ҳисобида қилинади.

Касалликнинг септик формасида пенициллин кунига ҳар бир кг тана вазнига 50 000 ТБ ҳисобида қилинади. Бир кунлик пенициллин миқдори 6 та инъекцияга бўлинади. Оғир токсик ва токсик-септик формаларида кортикостероидлар билан даволаш тавсия этилади ва дезинтоксикация терапияси ўтказилади.

Ҳарорат пасайгунига қадар беморлар ўринда ётиш режимини сақлашлари керак. Ҳарорат тушиб, беморнинг умумий аҳволи яхшилангач, инфекция ўчоғида мукамал кундалик дезинфекция ўтказилади ва болаларга хона ичида ёки ҳавода ўйнаш учун рухсат берилади.

Касалликнинг ўткир даврида болаларга кўп миқдорда ичиш учун суюқликлар (лимонли чой, аскорбин кислоталари) билан 5 фоизли глюкоза, мева шарбатлари суюк ёки ярим суюк, бироз оқсили камайтирилган овқат берилади.

Ҳарорат пасайиб ҳалқумдаги жараёнлар сусайгач,

тўла қимматли овқат берилади. Нефрит аломатлари пайдо бўлса, бемор тегишли ўсимлик-сутли парҳезга ўтказилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Скарлатина билан курашиш тадбирларини инфекция манбаи ва инфекциянинг тарқалиш йўллариغا нисбатан олиб борилади. Асосий аҳамият инфекция ўчоқларининг пайдо бўлмаслигига қаратилади. Бу эса айниқса болалар муассасалари шароитида айниқса муҳимдир.

Беморлар уйларида изоляция қилинади. Оғир формадаги скарлатина билан оғриганлар, санитария нуқтаи назаридан ноқулай шароитда квартирада яшаганлар, у ерда 8 ёшгача бўлган болалар бўлса, шунингдек, мактабгача болалар муассасаларида ишловчи катталар, бошланғич 1-2- синфни ўқитадиганлар, хирургик ва туғруқ бўлимларида, сут маҳсулотлари ишлаб чиқариш корхоналарида ишловчиларнинг барчаси касалхонага жойлаштирилиб, даволанади.

Реконвалесцентлар клиник кўрсатмаларга мувофиқ, касаллик бошлангандан камида 10 кундан сўнг касалхонадан чиқарилади. Мактабгача болалар муассасаларида ва бошланғич мактабнинг 1—2- синфига қатновчи болалар ҳамда юқорида кўрсатилган жойларда ишловчи катта ёшдаги реконвалесцентлар, изоляция муддати тугагач, 12 кундан кейин ва бурун-ҳалқумларида яллиғланиш кўринишлари бўлмаса ўз жойларига қатнашга рухсат оладилар. Скарлатинадан инфекция тарқалиб кетмаслиги учун, турар-жой биноларида, болалар муассасаларида гигиена режимига риоя қилиш, зич яшашликни йўқотиш зарур.

Скарлатинада актив эмлаш ҳали ишлаб чиқилмаган.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р . Бемор изоляция қилиниши керак. Агар касалланган бола болалар коллективига қатнаса, бу ҳақда болалар муассасасига албатта хабар қилиш керак. Бола уйда изоляция қилинса, инфекция ўчоғида совун-содали иссиқ эритма билан намли дезинфекциялаш ўтказилади. Бемор идиши, кийим-кечаги қайнатилади. У билан мулоқотда бўлганлар 7 кунгача (бемор госпитализациясидан сўнг) медицина назоратида бўлади. 9 ёшгача бўлган, скарлатина билан оғримаган ва болалар коллективига қатновчи болалар, назорат муддати тугашига қадар уйларида изоляция қилинади.

Агар скарлатина ёки ангина билан оғриганлар топилса, улар тезликда изоляция қилинади. Ангина билан оғриган беморлар изоляцияси скарлатина ўчоғида скарлатина сингари муддатда (22 кун) бўлади.

Бемор уйда даволанганда у билан мулоқотда бўлган 9 ёшгача бўлган бола, бемор тузалганидан сўнг, яллиғланиш кўринишлари бўлмаса ва 7 кун қўшимча карантиндан

сўнг (ўртача 17 кун) болалар коллективига қатнай олади.

Коллективда ўтказиладиган тадбирлар асосан болалар муассасаларига скарлатинани ташқаридан келиб қолишини олдини олишга қаратилган. Бунинг учун болаларни қабул қилиш фильтрини тўғри ташкил қилиш ва ҳар куни қабул вақтида болаларни (тери, томоқ) мукамал текшириб кўриш ва улар ҳароратини ўлчаш керак.

Ота-оналар ўртасида санитария-оқартув ишларини олиб бориб, касалланган болаларни коллективга олиб келмасликларини таъминлаш жуда муҳим.

Бемор аниқланса, уни дарҳол изоляция қилиш тадбирларини кўриш ва дезинфекция ўтказишни йўлга қўйиш даркор. Скарлатина қайд қилинган группа 7 кун изоляция қилинади. Карантин қилинган группадаги болалар ва хизматчилар ҳар куни 2 марта медицина назоратидан ўтказилади ва ҳарорати ўлчаб борилади. Ана шу группадан скарлатина қайта чиқса, унга мойил бўлган болаларни аниқлаш мақсадида Дик реакцияси қилинади. Бунинг учун билакнинг букилувчи юзасига, терига, 0,1 мл скарлатинозли стрептококк токсини юборилади.

Дик реакцияси мусбат бўлган болаларга гамма-глобулин (3 мл) қилинади.

ҚИЗАМИҚ (MORBILLI)

Этиологияси. Қўзғатувчиси *Paramyxoviridae* оиласига киради. Вируслари РНК сақлайди. Маймунлар учун патоген. Лаборатория шароитларида маймунлар ва одам буйраги хужайраларида ўстирилади. Қизамиқ вирусининг олинган штаммларидан қизамиққа қарши тирик вакцина сифатида фойдаланилади. Вирус қиздирилганда, ултрабинафша нур билан нурлатилганда, дезинфекция қиладиган воситалар таъсирида емирилади. Ўраб турган муҳитда ярим соат ичида ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Инфекция қўзғатувчисининг ягона манбаи бўлган бемор киши инкубациянинг охириги 1—2- кунда катарал босқичда ва тошма тошганидан сўнг 3—5 кун мобайнида юкумли ҳисобланадилар. Асоратлар пайдо бўлганда бемор атрофдагилар учун тошма тошган пайтдан бошлаб 10 кун давомида хавfli ҳисобланадилар. Инфекциянинг ўтиши ҳаво-томчи йўли орқали содир бўлади. Қизамиқ вируси ҳаво оқими билан коридор ва зиналардан яқин атрофдаги хона ва квартираларга кириши мумкин. Қизамиққа шу касаллик билан оғрмаган ва унга қарши эмланмаган ҳамма шахслар сезгир. Қизамиққа қарши тирик вакцина эмлаш СССР да қизамиқ билан касалланишнинг бирмунча пасайишига олиб келди.

Қизамиқ бўлиб ўтгач, умр бўйича турғун иммунитет қолади. Қайта касалланиш камдан-кам учрайди. Қизамиққа қарши актив эмлаш олиб боришига қадар қизамиқ 2—3 йил оралиғида қайтарилиб турувчи эпидемик характерга эга эди. Касаллик авжланишлари йилнинг совуқ киш-баҳор ойларига туғри келган.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб, юқори нафас йўллариининг шиллик қавати ҳисобланиб, вирус эпителий хужайраларида кўпаяди ва яллиғланиш жараёнини келтириб чиқаради. Вируснинг қонга ўтиши ва қон оқими бўйлаб айланиб юриши организмнинг умумий интоксикациясига ва турли орган тўқималарнинг шикастланишига олиб келади.

Вирус организмдан шиллик томчилари орқали юқори нафас йўлларида ва бурун, ҳалқумдан йўталганда, аксирганда ажралади. Вирусга қарши иммунитет титри ортиб борган сари организм кўзгатувчилардан тозаланиб боради. Асоратлар организм умумий ҳолатининг сусайиши ва иккиламчи инфекциянинг кўшилишидан пайдо бўлади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр кўпинча 9—10 кун давом этиб, баъзан 17 кунгача, иммунглобулин билан эмланганларда 21 кунгача чўзилади. Касаллик аста-секин бошланади. Бошланғич катарал ўзгариш белгилари ёки продромал давр белгилари: ҳароратнинг 38—39°C гача кўтарилиши, бош оғриши, тумов, қуруқ йўтал, конъюнктивит, ёруғдан кўрқкиш аломатлари пайдо бўлади.

Катарал даврнинг 2 ёки 3-кунлари лунж шиллик қаватида ингичка гиперемия ҳалқаси билан ўралган майда оқиш папулалар пайдо бўлади. Бельский — Филатов — Коплик доғлари 2—3 кун давомида ушланиб туради.

Бемор кўриниши характерли: юзи шишинкираган, қовоқлари бўртган, бироз гиперемияга учраган, ёш оқиши ва бурундан серозли суюқлик ажралиши кузатилади. Катарал давр асосан 2—3 кун давом этади. У қизамиқ тошмалари тошиши ёки лихорадка даври билан алмашинади.

Касаллик бошланишининг 3—4-кунлари ҳароратнинг янги кўтарилиш даври бошланади, тошмалар тошиш даврининг 2—3-кунида 39,5—40,5°C гача кўтарилади. Бир вақтнинг ўзида юз ва қулоқ орқаси терисида йирик доғли тошмалар пайдо бўлади (21-расм). Бир сутка давомида у юзни бутунлай қоплайди ва қисман кўкрак қафасининг юқори бўлагини қоплайди. Тошмалар тошишининг 2-куни, тошмалар танага тарқалади ва қисман қўл-оёқларга ўтади. 3-куни эса қўл-оёқлар терисининг ҳамма қисмини эгаллайди. Тошмалар тери юзасидан кўтарилиб турувчи доғлардан иборат бўлади. Тошмалар тошишининг 4-куни

тана ҳарорати субфебрил даражагача, 5—7- куни нормагача тушади.

Тошмалар қай тартибда пайдо бўлган бўлса, 4- кундан бошлаб ана шу тартибда оқара бошлайди. Тошмалар ўрнида оч-жигарранг доғ қолади ва у 1—2 ҳафтадан сўнг йўқолиб кетади. Кўпинча тошмалар йўқолишида юз ва тана терисининг майда кепаксимон пўст тушиши кузатилади.

Асоратлар бўлмаганда, ҳарорат тушиши ва тошмалар оқариши билан бирга беморнинг умумий ҳолати яхшиланиб боради. Катарал ўзгаришлар камайиб йўқолади ва тузалиш бошланади. Инкубацион давр охирида қонда бироз лейкоцитоз ва нейтрофилёз, тошма тошиши босқичида лейкопения, кўпинча нисбий нейтрофилёз, эозинопения, тромбоцитопения кузатилади. Касаллик кечишига қараб энгил, ўртача оғир ва оғир формаларда фарқланади. Қизамиқ 2 ёшгача бўлган болаларда, айниқса оғир ўтади. Улар орасида кўп ўлим оқибати кузатилади.

Бундан ташқари қизамиқ атипик формада, ёмон сифатли ва абортив, ёки рудиментар кечиши мумкин. Ёмон сифатли формаси оғир кечади ва одатда ўлим билан тугалланади. Қизамиқнинг бу формаси кейинги йилларда деярли учрамаяпти. Абортив ёки рудиментар формаси кўпинча эмланмаганларда кузатилади. Бунда касалликнинг барча аломатлари суст намоён бўлади. Уларнинг кўпчилиги умуман бўлмайди ҳам.

Профилактика мақсадида иммунглобулин қилинган болаларда қизамиқ энгил ўтади. У узоқ давомли, яширин даврли (14—21 кун) бўлиши ва қисқа муддатда ўтиб кетиши билан характерланади. Шиллик қаватларининг катарал кўринишлари кам намоён бўлади ёки бутунлай бўлмайди, ҳарорат субфебрил бўлади, тошмалар қизамиққа хос бўлса-да, оз бўлади.

Қизамиққа қарши жонли вакцина қилинганда энгил формадаги қизамиққа ўхшаш реакция пайдо бўлади. Аммо энгил формадаги қизамиқ атрофдагилар учун инфекция манбаи бўлса, вакцина қилингандаги реакция атрофдагилар учун хавф туғдирмайди.

Асоратлари. Бронхит, бронхиолит зотилжам ларингит, трахеит, ҳиқилдоқ стенози кўринишлари кўшилган ҳолларда қизамиқ крупи, диспепсия, отит, қизамиқ энцефалити ва ҳоказолар.

Диагнози. Диагностика клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланади.

Даволаш. Асоратсиз қизамиқда гигиеник ва профилактик чоралар қўлланилади. Бемор ётган хона яхшилаб шамоллатилади.

Бемор сидкидиллик билан парваришланади; 2—3 кунда уйга иссиқ ванна қилинади. Кўзга кўринадиган шиллик қаватлари мунтазам тозалаб турилади.

Бемор ёшига қараб тез ҳазм бўлувчи юқори сифатли, С, А ва В гуруҳидаги витаминларга бойитилган таомлар; кўплаб микдорда ичиш учун суюқлик берилади. Симптома-тик воситалардан бош оғриганда амидопирин, оғир, курук йўталда кодеин қўлланилади.

Қизамиқда зотилжам асорати пайдо бўлса, антибио-тиklar, горчичникларни ўраб орқага қўйиш, венага плазма, 20 фоизли глюкоза эритмаси, 10 фоизли кальций глюконати, кокарбоксилаза корглюкон, аскорбин кислотаси юбориш тавсия этилади. Қизамиқ крупиди иссиқ муолажалар, уйқу дорилари, кодеин қўлланилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Одамнинг қи-замикқа сезгирлиги жуда юқори бўлгани туфайли бу касал-ликнинг олдини тирик қизамиқ вакцинаси билан актив им-мунлаш йўли орқали олиш мумкин. Қизамиққа қарши бола-лар 12 ойлигидан бошлаб уларга монелик қиладиган ҳоллар бўлмаганида планли эмлашга лойиқ бўладилар. Вак-цина тери остига 0,5 мл дозада ёки тери орасига (0,2 мл) бир марта юборилади. Ўтказиладиган иммунлаш таъсирчан-лиги тирик қизамиқ вакцинасини ташиш, сақлаш шароит-лари ва қўлланишга қўйиладиган ҳамма талабларга риоя қилинишига боғлиқ.

СССР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 1986 йил 28 мартдаги «Қизамиқ профилактикасини такомиллаштириш бўйича тадбирлар тўғрисида»ги буйруғига биноан мактабга-ча муассасалар ва мактабларга қизамиққа қарши эмланган болаларгина қабул қилинади.

Аҳоли орасида иммунитет ҳолати устидан назоратни амалга ошириш мақсадида танлаб текширишлар ўткази-лади. Манфий серологик реакцияси бўлган ҳамма шахслар-ни (ҳомиладор аёллардан ташқари) қизамиққа қарши эм-ланади. Онасидан қизамиққа манфий серологик реакция би-лан туғилган болаларни 12 ойлигида эмас, АКДС вакцина билан учинчи эмлашдан 2 ой ўтгач, ҳаётнинг биринчи йилида (8 ойлигида ва такроран 6—10 ой ўтгач) вакцина-ланади.

Ўчоқдаги тадбирлар. Беморлар уйда ажратилади. Касалликнинг оғир формаси билан оғриган ва асоратланган қизамиқли беморларни, шунингдек эпидемио-логик кўрсатмалар бўйича (ёпиқ жамоалардан) касалхо-нага ётқизилади. Беморни яккалаб қўйиш 5 кун ўтгач яқунланади, асоратлар бўлганда эса тошма тошган пайдан 10 кун ўтгач тўхтатилади. Кўзғатувчисининг ташқи муҳит-

да чидамсизлигини назарда тутган ҳолда ўчоқда шамоллатиш ва умумий гигиеник тозалаш ишларини олиб бориш билан чекланилади.

Қизамиқ билан оғримаган, актив эмланмаган ва иммунглобулин қабул қилмаганлар болалар муассасаларига 17 кун давомида, иммунглобулин олганлар эса 21 кун давомида қўйилмайди.

Жонли вакцина билан эмланганлар эмлаш вақтидан 1 ой ўтган бўлса, болалар муассасаларига қатнашга рухсат этилади.

Инфекция ўчоғида медицина назорати (савол-жавоб, оғиз бўшлиғи, шиллик қаватлари кўз конъюнктиваси ҳар 3—4 кунда кўздан кечирилади) ташкил этилади. Қизамиқ билан оғришнинг қайта ҳодисаси пайдо бўлса, у билан оғримаганлар учун кузатув муддати охири беморда тошма тошиш кунидан бошлаб ҳисобланади. Болалар муассасаларига қизамиқ инфекцияси ташқаридан келтирилганда, мулоқотда бўлган гурӯҳда қизамиқ касаллиги бўлмаган ва унга қарши эмлаш иши олиб борилмаган болалар бўлса карантин ташкил қилинади.

ҚИЗИЛЧА (RUBEOLA)

Этиологияси. Қизилча кўзғатувчиси *Togaviridae* оиласига мансуб. Вируслар таркибида РНК бўлиб, тўқима культураларида культивация қилинади. Химик моддалар таъсирига сезувчан бўлиб атроф-муҳитга чидамсиздир.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб бемор киши ёки бактерия ташувчи ҳисобланади. Бемор инкубациянинг охири кунидан бошлаб, ва касаллик бошланганидан 2 ҳафта ўтгач ҳам атрофдагилар учун ҳавfli ҳисобланади. Қизилча белгиларисиз, яширин кечган беморлар ҳам атрофдагилар учун инфекция манбаи бўлади. Шунингдек, қизилча билан туғилган болалар организмда вирус бир неча ойдан ҳаттоки 1,5 ёшгача сақланиши мумкин. Инфекция ҳаво — томчи йўли билан ўтади.

Қизилча билан кўпинча 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар оғрийди. Касаллик катта ёшдаги кишиларда ҳам учрайди. Қизилча айниқса ҳомиладор аёллар учун ҳавfliдир, чунки у ҳомила шикастланишига (ўлик ҳолда туғилиш, туғма кар бўлишлик, микроцефалия ва бошқа иллатли туғилишлар) олиб келади. Касалликдан сўнг турғун иммунитет қолади.

Қизилча кичик эпидемия шаклларида учрайди. Унинг қиш ва баҳор ойларида кўпайиши кузатилади.

Қизилчанинг ҳар 5—7 йилда вақт-вақти билан кўпайиши қайд қилинади.

Патогенези. Вирус организмга шиллик томчилари билан тушиб юқори нафас йўллари шиллик қаватлари эпителийсида ривожланади ва у ердан қонга ўтиб, лимфа тугунларини танлаб шикастлайди.

Клиник манзараси. Инкубацион даври 12—21 кун давом этади. Касаллик аста-секин бошланади. Ҳарорат $38,5^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади. Беморлар қувватсизлик, бош оғриғи, мушак ва бўғинлар оғриғига шикоят қиладилар. Юқори нафас йўллари кучсиз катарал белгилари пайдо бўлади, томоқда гиперемия, конъюнктивит, орқа бўйин ва кулоқ атрофи лимфа тугунларининг катталашуви пайдо бўлади.

Касаллик пайдо бўлишининг биринчи ёки иккинчи куни юз ва бўйинда майда доғли, қизғиш тошма тошади. Бир неча соатдан сўнг у бутун тана бўйлаб тарқалади ва айниқса қўл-оёқларнинг букилувчи юзаларида, яғрин, думбада кўплаб тошади. Тошмалар 2—3 кун сақланади, сўнгра йўқолади, терининг пўст ташлаш ҳолати ёки доғлар кузатилмайди.

Қонда тошмалар тошиш вақтида лейкопения ($3—4 \cdot 10^9$ л), нисбий лимфоцитоз, плазматик хужайралар сонининг кўпайиши қайд этилади.

Асоратлари. Асоратлари (артрит, энцефалит, миелит, нефритлар камдан-кам учрайди.

Диагнози. Диагностика клиник маълумотларга, эпидемиологик анамнезга ва қон текширилишига (РНГА, РН, РСК, РИФ) асосланади.

Даволаш. Даволаш симптоматик бўлиб, 2—3 кун давомида беморлар ўринда ётиш режимини сақлашлари керак. Энцефалит асорати пайдо бўлса, стероид гормонлари тавсия қилинади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Беморлар тошма тошиш вақтидан бошлаб 5 кун давомида яккалаб қўйилади. Беморлар билан мулоқотда бўлган болалар ажратиб қўйилмайди. Қизилча билан оғримаган ҳомиладор аёллар беморлар билан мулоқотда бўлмаслиги учун эҳтиёт қилинади. Аммо шунга қарамай ҳомиладор аёл қизилча билан касалланган бўлса, унинг ҳомиласига зарар етмаслиги учун профилактик иммунглобулин (10—30 мл) қилинади.

Кучсизлантирилган тирик вакцина топилган ва синаб кўрилган, бироқ ялпи эмлашлар ўтказилмайди.

КЎКЙЎТАЛ (PERTUSSIS)

Этиологияси. Кўкйўтал кўзгатувчиси Bordetella гемоглобинофил бактериялар группасига киради. У юқори даражада юкувчанлик ва атроф-муҳитда чидамсизлик хусусияти билан характерланади.

Эпидемиологияси. Инфекциянинг асосий манбаи бўлиб бемор киши (айниқса касалликнинг бошланиши вақтида) ҳисобланади. Касаллик авж олган сари беморнинг атрофдагилар учун юқумлилик хавфи пасайиб боради, 6-ҳафтанинг охирига келиб узоқ давом этган йўталда ҳам у атрофидаги одамларга хавф солмайди.

Антибиотиклар билан даволаш эса организмдан микрооб-лар ажралиб чиқишини тезлаштиради.

Касалликнинг енгил атипик формалари билан оғриган беморлар актив инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Инфекция манбаи бўлиб инфекция ташиб юрувчилар ҳам ҳисобланади. Қўзғатувчилар ҳаво-томчи йўли билан юқори нафас йўлларида йўтал вақтида ажралиб чиққа сўлак томчилари орқали атрофдагиларга ўтади.

Кўкйўталга бўлган мойиллик юқори даражададир. Кўпинча бу касаллик билан мактаб ёшигача бўлган болалар оғрийди. Катта ёшдаги болаларда кўкйўтал кам учрайди. Кўкйўтал бўлиб ўтгач, турғун иммунитет пайдо бўлиб, у бутун умр сақланади. Актив эмлаш оқибатида кўкйўтал билан касалланиш анчагина камайиб кетганлиги кузати-моқда. Кўкйўтал учун мавсумий авжланишлар характерли эмас.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб юқори нафас йўллари ҳисобланади. Қўзғатувчилар кекир-дак, трахея ва бронхлар, бронхиола шиллик қаватларида кўпаяди.

Кўкйўтал тайёкчалари чиқарган эндотоксин шиллик қаватларни қитиклаб йўтални қўзғайди. Бундан ташқари, у бевосита марказий нерв системасига таъсир қилиб, нафас йўллари шиллик қаватининг нерв рецепторларини қитиклаб, йўтал рефлексини юзага келтиради, натижада одам қотиб-қотиб йўталади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 2—15 кун, кў-пинча 5—7 кун давом этади. Касаллик кечишининг уч даври: катарал, спазматик ва ҳал этилиш даври фарқ қилинади.

К а т а р а л д а в р 1—2 ҳафта давом этади. Гўдак болаларнинг дастлабки яшаш ойларида яширин давр қисқа бўлса, эмланган болаларда у узоқ давом этади. Касаллик йўтал, кучсиз тумов, лоҳас бўлишдан бошланади. Орга-низм ҳарорати нормал қолади ёки ўртача меъёрда кўта-рилади.

С п а з м а т и к й ў т а л д а в р и аста-секин бошла-нади. Йўтал хуружи айнақса кечаси тезлашади. Кўкйўтал-нинг типик хуружи бир неча нафас чиқариш силкинишларидан иборат бўлиб, бирин-кетин қайтарилади. Қисқа муд-

датли танаффусдан сўнг, чуқур нафас олиш кузатилиб, сўнгра нафас чиқариш силкинишлари, сўнгра яна энтикиб нафас олиш ва ҳоказо қайтарилади. Хуруж давомида бир неча реприз бўлиши мумкин. Хуруж сўнггида бироз миқдорда ёпишқоқ тиниқ шиллиқ ажралади. Баъзан йўтал хуружидан сўнг қайд қилиш пайдо бўлади.

Хуруж пайтида юз қизариб, кўкимтир тус олади, бўйин веналари шишади, кўзлар қонга тўлади, ихтиёрсиз равишда сийдик ва нажас чиқиб кетиш ҳоллари пайдо бўлади. Катта ёшдаги болаларда тил юганчасида яра пайдо бўлади, у эса тилнинг тишларга механик урилиши таъсирида келиб чиқади. Бир кеча-кундуз давомида 8—10 марта, оғир ҳолларда 40 мартагача ва ундан кўпроқ йўтал хуружи кузатилади. Касаллик кечишининг оғир — энгиллигига қараб, хуруж 1—2 минутдан 15 минутгача, 1 мартадан 10—20 мартагача бўлган репризлар билан ўзгариб туради. Ўртача оғирликда кечувчи кўкйўтал хуружи оралиғида бола ўзини ўртача ҳолатда ҳис этиб ўйнаши ва ҳатто шўхлик қилиши мумкин.

Хуруж даври 3—4 ҳафта давом этади, сўнгра аста-секин камайиб, бориб-бориб кам намоён бўлади. Баъзан содир бўлган хуруж энгил кечган ҳолда ўзининг типик характери йўқотади.

Қон текширилишида лейкоцитоз ва лимфоцитоз топилади. Лейкоцитлар сони $12-50 \cdot 10^9$ /л га чиқиб боради. СОЭ камаяди ёки нормал ҳолда қолади. Сийдик қуюқлашади. Касаллик умуман 5 ҳафтадан 12 ҳафтгача чўзилади. Кўкйўталнинг асосий 3 хил клиник формалари: энгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формалари фарқ қилинади. Касалликнинг клиник кечишига болалар аҳолисини эмлаш таъсир кўрсатади. Эмланган болаларда касаллик энгил, асоратсиз кечади, 1 ёшгача бўлган болаларда эса, у оғир кечади.

Асоратлари. Бурундан қон кетиши, ларингит, бронхит, бронхопневмония, зотилжам, ўпка эмфиземаси, кўз конъюнктиваларига қон қуйилиши ва ҳоказолар кузатилади. 2 ёшгача бўлган болаларда энцефалопатия (нерв системаси шикастланиши) бўлиши мумкин.

Диагнози. Касаллик диагностикаси клиник маълумотларга, эпидемиологик анамнез ва лаборатория текширишлари натижаларига асосланади. Клиник маълумотларга асосланиб кўкйўтал ва кўкйўталга ўхшаш (паракоклюш) касалликларни бир-биридан фарқ қилиш қийин бўлганлиги учун касаллик диагностикасида бактериологик ва серологик текшириш катта аҳамиятга эга бўлади. Бактериологик текшириш беморлардан қўзғатувчиларни ажратиб

олиш ва уни солиштириб кўришга асослангандир. Беморлардан ёки ана шу касалликка шубҳа қилинганлардан стерилланган пахта тампони ёрдамида ҳалқумнинг орқа деворидан шиллиқ олинади ва ана шу лаҳзада кўмирказеинли муҳитга экилади. Материални лабораторияга келтиришда, уни совуқ олдиришдан сақлаш керак. Дастлабки тахминий жавоб 3- кун ва якунийси 5- кун олинади.

Агглютинация реакциясини касалликнинг 2—3- ҳафта-сида қўйиш мумкин. 1:20 титри ва ундан юқориси мусбат хулоса ҳисобланади. Кўкйўталга қарши оммавий эмлаш олиб борилганлиги учун, агглютинация реакциясининг қайта текширишларида антитело титри ортиб борганидагина у диагностикада исботловчи омил бўлиб ҳисобланади.

Комплемент боғланиш реакциясини 2- ҳафтадан қўйиш мумкин. У 1:10 нисбати ва ундан юқори титрда мусбат ҳисобланади. Кўкйўтал диагнозини тасдиқлашда тезлаштирилган люминесцент серологик метод қулай бўлиб, у микроблар культурасини ажратиб аниқлашда қўл келади, юқори сезгир бўлиб, жавоб тезда олинади.

Даволаш. Ўринда ётиш режими фақат юқори ҳароратда ва асоратлар пайдо бўлганида тавсия этилади. Касаллик энгил кечиши учун тоза ҳаво муҳим бўлиб, бемор бола ётган хона обдон шамоллатиб турилади. Ёз ойларида бемор иложи борича тоза ҳавода кўпроқ юриши, қишда эса бир кечакундузда бир неча соат бўлиши тавсия этилади. Дам олиш вақтини тўғри ташкил этиш, болаларни турли ўйинлар, машғулотлар (қизиқарли китоблар ўқиш, ўйинлар ва бошқ.) билан қизиқтириш лозим, чунки улар мана шу ишлар билан машғул бўлганларида кам йўталишади.

Юқори каллорияли, витаминларга бой таомлар белгиланади. Бемор болалар йўтал хуружидан сўнг дарҳол овқатлантирилиши керак.

Катарал даврда ва спазматик давр бошида, илк гўдак ёшидаги болаларда касаллик оғир кечиб, асоратлар пайдо бўлганида уларни даволаш мақсадида тетрациклин гуруҳига мансуб антибиотиклар (1 кг тана вазнига 0,025 г дан бир кеча — кундузда 8—10 кун давомида), эритромицин (1 кг тана вазнига 0,005 — 0,01 г ҳажмида 5 ёшгача бўлган болаларга бир кеча-кундузда 10 кун давомида) ва бошқалар қўлланилади. Шунингдек, кўкйўталга қарши иммунглобулин 3 мл миқдорида 3 кун давомида берилади. Оксигентерапия, витаминлар терапияси, нейтроплегик воситалар (аминазин, пропазин, ва ҳоказолар) белгиланади, улар эса болаларни тинчлантиришда, уйқуни яхшилашда, иштаҳани очишда, хуружлар сони ва оғирлигини камайтиришда муҳим аҳамиятга эга бўлади.

Профилактика ва кураш чоралари. Эрта диагноз қўйиш, беморларни изоляция қилиш ва актив равишда эмлаш ишларини олиб боришдан иборат. Дастлабки 2 ҳафта давомида касалликка диагноз қўйиш қийин бўлганлиги сабабли, инфекцияга қарши курашишнинг ўзига хос профилактик йўли асосий кураш усулларидадан бўлиб ҳисобланади. Кўкйўталга қарши эмлаш ишлари адсорбланган кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси (Эмлаш схемасини «Дифтерия» бўлимидан қаранг) билан олиб борилади.

Беморлар уйларида изоляция қилинади. Кўкйўталнинг оғир ва асоратли формалари билан оғриган болалар (айниқса 2 ёшгача бўлганлари), шунингдек, қоникарсиз шароитларда яшовчи бошқа болалар ва кўкйўтал билан оғримаган беморлар касалхонага жойлаштирилади. Беморлар касаллик бошланишидан 25 кунгача бактериологик текшириш ўтказиш натижалари манфий бўлганда 30 кун давомида эса бактериологик текширув натижаларисиз изоляция қилинади. Диагностика мақсадида, нафас аъзолари томонидан ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмай, бир неча кун давомида йўталиб юрган болаларда бактериологик текширув ишлари олиб борилади.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Бемор ётган хона обдон шамоллатилади. Бемор билан мулоқотда бўлган, кўкйўтал билан оғримаган болалар ажратиб қўйилганидан сўнг, 14 кун давомида медицина назоратида туради. Катарал ўзгаришлар ва йўтал пайдо бўлса, кўкйўталга шубҳа қилинади. Бундай ҳолатдаги бола диагнози аниқлангунига қадар соғлом болалардан ажратиб қўйилади.

7 ёшгача бўлган болалар, кўкйўтал билан оғриганлар билан мулоқотда бўлган ва кўкйўтал билан оғримаган бўлсалар, беморлар ажратиб қўйилиш вақтидан бошлаб, 14 кун давомида яққалаб қўйилади. Беморлар ажратиб қўйилмаган бўлса, касаллик бошланган вақтидан бошлаб 25 кун давомида яққалаб қўйилади.

Кўкйўтал билан оғримаган, беморлар билан мулоқотда бўлган болалар инфекция ташиб юрувчилар сифатида текширувдан ўтказилади. Инфекция ташиб юришлик топилган болаларда йўтал бўлмаса, 3 марта 3 кун оралиқ интервал билан ўтказилган бактериологик текширишлар манфий жавоб натижасидан сўнг ва болалар поликлиникасидан боланинг соғломлиги тўғрисида справка олиб келингач, болалар муассасаларига қатнашга рухсат этилади.

1 ёшгача бўлган болалар беморлар билан мулоқотда бўлиб, эмланмаган ва кўкйўтал билан оғримаган бўлсалар, уларга мушак ичига 6 мл иммунглобулин (3 мл дан кун оралатиб) юборилади.

Болалар муассасаларида кўкйўтал профилактикаси. Кўкйўтал касаллиги қайд қилинган группа 14 кун давомида изоляция қилинади Ана шу давр мобайнида группага бола қабул қилиш ёки ундан бошқа группага бола ўтказиш ман этилади. Касалланмаган ва эмланмаган 1 ёшгача бўлган болалар мушагига иммуноглобулин юборилади.

Бемор билан мулоқотда бўлган ҳамма болалар ва хизмат қилувчи ходимлар инфекция ташиб юришликка 2 марта 2 кун давомида ёки 1—2 кун оралатиб текширилади.

Болаларнинг кўпчилиги кўкйўтал билан касалланган ҳолларда врач-эпидемиолог рухсати билан кўкйўтал группаси ташкил қилинади, у ерда ҳамма бемор болалар ажратиб қўйилади. Бундан тешқари, бироз йўталган болалар ҳам диагнози аниқлангунига қадар алоҳида группада бўлсалар, беморлар билан мулоқотда бўлган соғлом болаларга ҳам алоҳида группа ташкил қилинади.

КЎКЙЎТАЛСИМОН КАСАЛЛИК (PARAPERFUSSIS)

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси кўкйўтал қўзғатувчисига яқин, лекин у ўзининг полиморфлиги, оддий агарда ўсиш қобилиятига кўра, озиқа мухитининг рангини ўзгартириб, мочевинани парчалаб юбориши билан фарқ қилади.

Эпидемиологияси. Кўкйўтал касаллигига ўхшаш. Инфекция беморлардан ва инфекция ташиб юривчилардан ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади. Касаллик спорадик ҳолларда болалар муассасаларида эпидемик тарзда қайд қилинади.

Клиник манзараси. Яширин давр 4—14 кун давом этади. Касаллик бошидан кучсиз катарал ўзгаришлар: енгил ринит, ўртача томоқ гиперемияси, ҳароратнинг нормал ёки субфебрил бўлиши билан кузатилади. Асосий белгиларидан бири — йўталдир. Кўкйўталсимон касаллик характериға кўра: кўкйўталга ўхшаш, сийқаланган ва ҳеч қандай белгиларсиз кечувчи уч хил формаларда фарқланади.

Асоратлари кам учрайди.

Диагнози. Кўкйўталсимон касаллик билан кўкйўтални фарқлашда бактериологик метод ягона бўлиб ҳисобланади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Кўкйўталсимон касаллик билан оғриган 1 ёшгача бўлган болалар 25 кун давомида изоляция қилинади. Бир ёшдан юқори бўлган болалар клиник кўрсатмаларга биноан изоляция қилинади. Йўтал белгиси йўқолганда, 2 марта бактериологик текшириш ўтказилиб, улар манфий чиқса, бундай болаларнинг

муддатидан илгари болалар муассасаларига қатнашига рухсат берилади.

Специфик профилактика ишлаб чиқилган ва у эпидемик кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилмоқда. Кўкйўталсимон касаллик билан оғриб ўтган болалар кўкйўталга қарши эмланади.

СУВЧЕЧАК (VARICELLA)

Этиологияси. Қўзғатувчиси Herpesvirus авлодига мансуб бўлиб ҳисобланади. Сувчечак вируси қуршалган темирлатки вирусига ўхшаш бўлиб у ҳам организмга тушгач сувчечакка ўхшаш касаллик келтириб чиқаради.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бўлиб тошмалар тошишига 1—2 кун қолган ва 3—4 кун давомида янги, охирги тошмалар тошган бемор киши ҳисобланади. Шунингдек, қуршалган темирлатки билан оғриган беморлар ҳам инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади.

Инфекция ҳаво-томчи йўли орқали юқади. Бемор билан соғлом одамнинг қисқа вақт давомида бир бино ичида бўлиши инфекция ўтиши учун кифоядир. Бундан ташқари у нисбатан катта масофаларга ҳам ўтиши (қўшни хоналар, квартиралар, коридорлар орқали) мумкин. Сучечакка кўпроқ 2—3 ойликдан 7 ёшгача бўлган болалар мойил бўладилар. Бу касаллик учун мойиллик юқори даражада. Касалликдан сўнг мустаҳкам, бир умрли иммунитет ҳосил бўлади.

Сувчечак айниқса шаҳарларда эпидемик тарзда тарқалиши билан характерланади. Касаллик эпидемияси кўпинча куз — қиш фаслларида кузатилади.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб, юқори нафас йўлларининг шиллиқ қавати ҳисобланиб, қўзғатувчилар бу ердан қонга ўтади. Улар тери ва шиллиқ қаватларида ушланиб қолади. Вируслар терининг юзаки қаватларида доғлар, папула ва везикулаларни ҳосил қилувчи патологик жараёни келтириб чиқаради.

Клиник манзараси. Яширин давр 11—21 кун, кўпинча 14—17 кун бўлади.

Продром давр белгилари кам ривожланади, бироқ скарлатинадаги каби тошмалар тошиши ҳам мумкин. Ҳарорат 38°C ва ундан юқорига чиққанда, терининг турли жойларида яққол чегараланган қизғиш доғлар ҳосил бўлади. Бир неча соатлардан сўнг доғлар папулаларга, сўнгра пуфакчаларга (везикулаларга) айланиб, уларда аввал тиниқ, сўнгра лойқаланувчи суюқлик тўпланади.

Везикула атрофида қизил яллиғланиш ҳошияси пайдо бўлади. Везикулада кўпи 1—2 кундан сўнг қурийдди, ёри-

лади ёки беморлар томонидан қашиб юборилади ва улар ўрнида пўстлоқ ҳосил бўлади. Янги тошмалар бир неча кун давомида яна пайдо бўлади ва бунинг натижасида, терида бир вақтнинг ўзида барча босқичга тааллуқли тошмалар: резеола, папула, везикула, пўстлоқ (полиморф тошмалар) пайдо бўлади. Беморларни тери кичишиши безовта қилади. Айрим беморларда тошмалар оғиз бўшлиғи, бурун, ҳалқум, кекирдак жинсий органлар ва ҳоказоларнинг шиллиқ қаватларига ҳам тошади. Шиллиқ қаватлардаги пуфакчалар тезда сарғиш-қулранг таглик юзаки эрозияларга (яраларга) айланади.

Ҳароратли давр — 5 кун, кун ва узоқ давомли тошмалар тошганда эса 8—10 кун давом этади. Ҳарорат кўтарилиши тошмалар тошишининг янги хуружига тўғри келиб, бемор умумий ҳолатининг ёмонлашуви, уйку бузилиши, иштаҳа камайиши, боланинг инжиқ ва жаҳлдор бўлиб қолиши кабиларнинг пайдо бўлиши билан биргаликда кечади.

Сувчечакнинг енгил, атипик формалари бўлиб, нормал ҳолатдаги ҳароратда ҳам терида бироз тошмалар тошади. Кучсизланган болаларда сувчечакнинг оғир формалари — пустулёз, буллёз геморрагик ва ҳоказолар кузатилади.

Асоратлари. Касаллик оғир кечганда, кўпинча қуйидаги асоратлар: ларингит, сохта круп, турли хилдаги пиодермиялар, сарамас, стоматит, отит, лимфаденит, бронхопневмония, нефрит ва бошқалар пайдо бўлади.

Диагнози. Касаллик диагностикаси клиник маълумотлар ва эпидемиологик анамнезга асосланади. Зарурият туғилганда вирусоскопия, комплимент боғлаш реакцияси, ва ҳоказолар ўтказилади.

Даволаш. Ўринда ётиш режимига, гигиеник тозалikka риоя қилиш, тошмалар тошиб бўлгач калий перманганатининг кучсиз эритмасида иссиқ ванна буюрилади. Беморлар тирноғини таги билан олишга ва қўл тозалигига аҳамият берилади. Тошма элементларига калий перманганатининг 1—3 фоизли эритмаси, ёки бриллиант кўки суртилади. Йирингли асоратлар пайдо бўлганда антибиотиклар тайинланади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Сувчечак билан курашиш унинг болалар муассасаларига ва касалхоналарга ўтишига йўл қўймаслик, шахсий ва жамоат гигиенаси чораларини қўллашдан иборат.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Бемор уй шароитида, касаллик бошланганидан 9- кунгача ажратиб қўйилиши керак. У ётган хона яхшилаб шамоллатилади.

Боғчага қатнайдиغان ва 7 ёшгача бўлган мактаб болалари беморлар билан мулоқотда бўлиб, улар илгари сувчечак

билан оғримаган бўлсалар, мулоқотда бўлган кунларидан бошлаб ҳисоб бўйича 11 кундан 21 кунгача соғломлардан ажратиб қўйилади. Инфекция ўчоғида медицина назорати (мулоқотда бўлганларда ҳар 5—6 кунда савол-жавоб, кўздан кечириш ва ҳароратни ўлчаш ишлари олиб борилади) ўрнатилади.

Коллектив ўртасидаги тадбирлар. Очiq болалар муассасаларида сувчечак пайдо бўлиши ҳодисаси кузатилса, бемор бола уй шароитида 9 кунга яққалаб қўйилади. Ёпиқ болалар муассасасида бўлса, бемор бола изоляторга ўтказилади. Болалар муассасаларида сувчечак билан қайта касалланиш ҳолати юз берса, касалланиб ўтган болалар ўткир кўринишлар (ҳарорат тушиши) йўқолганидан сўнг ўз группаларига қатнашга рухсат оладилар. Группа ёки болалар муассасасида (кириш эшиги умумий бўлса) сувчечак ҳодисаси юзага келганда, охириги бемор бола билан алоқада бўлинган кундан бошлаб 21 кун давомида карантин ташкил этилади.

ТЕПКИ (ЭПИДЕМИК ПАРОТИТ — PAROTITIS EPIDEMICA)

Этиологияси. Қўзғатувчиси Paramyxoviridae оиласига мансубдир, вируслар учун юқори юқувчанлик ва ташқи муҳит шароитида чидамсизлик характерлидир.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи бемор киши бўлиб, у касаллик яширин даврининг охириги кунларидан бошлаб 7—9 кун давомида зарарли ҳисобланади. Инфекция тарқалишида касалликнинг сийқаланган формаси билан оғриганлар катта аҳамиятга эга бўлади. Инфекция асосан ҳаво — томчи йўли орқали тарқалади. Эпидемик паротитга ҳам мойиллик юқори даражада, қизамиқ, грипп, сувчечакка нисбатан камроқдир. Бу касаллик билан кўпинча 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар оғрийди. Баъзан ҳатто катталар ўртасида ҳам касаллик авжланишлари кузатилади.

Касаллик бўлиб ўтгач, турғун иммунитет қолади. Қайта касалланиш ҳоллари кам учрайди. Касалликка мавсумийлик хос бўлиб, у асосан йилнинг совуқ вақтларида (январь, март) кўпаяди. Эпидемик паротит авжланишлари ҳар 4—5 йилда қайд қилинади.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб оғиз бўшлиғи, бурун ва ҳалқум, шиллиқ қаватлари ҳисобланади ва у ерларда вирус қонга ўтиб қулоқ олди, жағ ости, тил ости ва бошқа лимфа тугунларига ўтиб, иккиламчи жойлашади. Бундан ташқари у жинсий безларни, меъда ости безини, марказий нерв системасини шикастлаши мумкин. Вирус организмдан сўлак орқали ажралади.

Клиник манзараси. Яширин давр 15—19 кунгача давом этиб, 11—23 кунгача ўзгариб туради. Касаллик дарак берувчи даврдан бошланиб, 12—36 соат давом этади. Сўнгра тана ҳарорати тез кўтарилиб 38—40°С гача чиқиб боради ва сўлак безининг шикастланиш белгилари: унинг бироз шишуви, аввал қулоқ олдида кўзга ташланади, сўнгра орқа ва пастки томонга қараб тарқалади, чайнаш, ютиш, гапириш вақтида кучаювчи оғриқ пайдо бўлади.

Шикастланган томондаги сўлак безидан сўлак ажралиши тўхтайди. Касаллик бошлангач, 1—2 кун ўтиб, кўпинча бошқа қулоқ олди бези ҳам шишади. Шикастланиш жараёнига жағ ости ва баъзан тил ости сўлак безлари ҳам қўшилади. Касалликнинг 3—5-кунига келиб шикастланган без кичрая бошлайди ва 8—10-кунни бутунлай йўқолади.

Ҳарорат даври 3—4 кун, оғир ҳолатларда 6—7 кун давом этади. Қон томонидан лейкопения ёки нормоцитоз, нисбий лимфоцитоз ва моноцитоз кузатилади. Касалликнинг 5—10-кунни бошқа безли органлар шикастланиши белгилари пайдо бўлади. Орхит кўпинча ўсмирларда ва катталарда учраб, ҳарорат кўтарилиши ва тухумнинг катталашуви ва каттиқ оғриши билан характерланади. Меъда ости бези шикастланишида (панкреатит) эса қоринда кучли оғриқ пайдо бўлади ва сийдикда диастаза миқдори кўпайиб кетади. Паротитда кўпинча серозли менингит, гоҳо менингоэнцефалит учрайди.

Диагнози. Касалликнинг типик кўринишида диагнозни аниқлаш осон. Атипик кечиш ҳолларида эса эпидемиологик анамнез маълумотлари ёрдам беради. Комплемент боғланиш серологик реакциялари ва гемагглютинация тормозланиш реакциясидан фойдаланиш мумкин.

Даволаш. Даволаш симптоматикдир. Беморларга суюқ ва ярим суюқ таомлар буюрилади. Шикастланган безга, ичига пахта солинган доқа боғланади (куруқ иссиқ). Оғиз тез-тез 2 фоизли натрий гидрокарбонати эритмаси ва бошқалар билан чайқаб турилади. Симптоматик воситаларда аналгин, амидопирин, ва ҳоказолар тайинланади. Орхит вақтида дастлабки 2—4 кун давомида совуқ қўйишдан фойдаланилади. Сўнгра 4—5-кунлардан кейин иммуноглобулин (9—12 мл) буюрилади. Менингит ва менингоэнцефалит аломатлари пайдо бўлса, орқа мия суюқлиги олиб текширилади ва гидратация терапияси ўтказилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Касаллик профилактикаси беморларни ўз вақтида аниқлаб изоляция қилиш, шахсий ва жамоа гигиенасига риоя қилиш (айниқса болалар муассасаларида) ва паротитга қарши актив эмлаш ишларини олиб боришдан иборат. Вакциналаш болаларнинг

15—18 ойлигида ўтказилади. Жонли вакцина тери ичига 0,1 мл микдорда ёки 1,5 нисбатда, эритилгани тери остига 0,5 мл микдорда юборилади.

Инфекция ўчогидаги тадбирлар. Бемор 9 кун давомида уйда изоляция қилинади. Касаллик оғир кечган вақтлардагина улар касалхонага жойлаштирилади. Беморлар изоляция қилинган хона яхшилаб шамоллатилади ва латта билан тозаланади.

10 ёшгача бўлган болалар беморлар билан мулоқотда бўлсалар-да, эпидемиологик паротит билан оғримаган бўлсалар, врач назоратига олиниб (5—6 кунда 1 марта саволжавоб ўтказилиб, текширилиб, ҳарорати ўлчанади), беморлар билан мулоқотда бўлган вақтидан бошлаб 21 кун давомида болалар муассасаларига қўйилмайдилар. Беморлар билан мулоқотда бўлган вақти аниқ бўлса, улар 10 кун давомида, яъни яширин давр ичида болалар муассасаларига қатнашига рухсат этилади ва 11- кундан 21- кунгача яккалаб қўйилади.

Беморга дуч келган, илгари эмланмаган ва эпидемик паротит билан оғримаган 15 ойликдан ошган болалар зудлик билан паротит вакцинаси билан эмланиши керак (монелик қиладиган ҳоллар бўлмаганда).

Жамоат ўртасидаги тадбирлар. Болалар муассасаларида эпидемик паротит юзага келган бўлса, бемор билан алоқада бўлган кундан бошлаб 21 кун давомида группада карантин жорий қилинади. Карантин давомида болалар медицина назоратида бўладилар. Болалар муассасасида паротит билан қайта касалланиш рўй берса, беморга касалликнинг ўткир кўринишлари йўқолганидан сўнг ана шу муассасага қатнашига рухсат этилади.

Группа хонаси шамоллатилиб, ҳўл латта билан тозаланади.

МЕНИНГОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ

Этиологияси. Кўзгатувчиси *Neiseriaceae*, оиласига, *Neissereria* авлодига мансуб. Антиген структурага кўра менингококкларнинг бир неча серологик группалари — А, В, С, Д, Х, У, Z, W, L 35 ва 29Е лари фарқ қилинади. Бизнинг мамлакатимизда А ва В тури келтириб чиқарган касаллик кўпроқ учрайди. Касалликнинг эпидемик кўпайишлари А типи билан боғлиқдир.

Ташқи муҳитда менингококклар тез халокатга учрайди, бунда унга паст даражадаги ҳарорат таъсири ва қуриб қолиш сабабчи бўлади.

Эпидемиологияси. Инфекциянинг ягона манбаи бўлиб

касалликнинг яққол ёки сийқаланган формалари билан касалланган киши ёки бактерия ташиб юрувчи ҳисобланади.

Эпидемиологик нуқтаи назардан, юктириш юқори бўлиши жиҳатидан, менингококк назофарингити бўлган беморлар хавфлидирлар. Чунки улар атроф-муҳитга йўталганда ва аксирганда микроб чиқарадилар. Менингококк менингити ва менингококкцемия бўлган беморлар касалликдан дарак берувчи давр давомида ташқи муҳитга бурун-ҳалқум ажралмаси орқали қўзғатувчиларни тарқатадилар, лекин касалликнинг ўткир бошланиши касалликка эрта диагноз қўйиш ва уларни тезда ажратиб қўйиш имконини беради. Беморнинг атрофдагиларга юқумлилиқ даврининг узоқлиги унинг бурун-ҳалқумида менингококкнинг қанчалик узоқ сақланиб туришига боғлиқ. Реконвалесцентлик даврида инфекция ташишлик 3 ҳафтагача давом этиши мумкин.

Бактерия ташиб юрувчилар беморларга нисбатан кам хатарли бўлса-да, лекин уларнинг сони беморларга нисбатан жуда кўп ва уларни аниқлаш қийин. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари билан даволашда бактерия ташиб юришлик тезда йўқолади.

Соғлом бактерия ташиб юришлик 2—3 ҳафта давом этади. Узоқ давомли бактерия ташиб юришлик (6 ҳафтагача) бурун-ҳалқумнинг сурункали яллиғланиш жараёнларида кузатилади.

Менингококк инфекцияси учун ҳатто эпидемия зўрайишларида ҳам аҳолининг нисбатан кўн бўлмаган қисми (10—15 фоиздан кўп бўлмаган) касалланиши характерлидир. Инфекция юққанларнинг кўпчилигида инфекция ташиб юришлик ва ўткир назофарингит юзага келади. Инфекциянинг организмда тарқалиб кетган хиллари онда-сонда учрайдиган ҳодиса сифатида қайд қилинади.

Менингококк инфекцияси қўзғатувчиларидан спорадик касаллик йилларида бактерия ташиб юрувчилар сони 1 фоиз атрофида, ўчоқларда 8—12 фоиз атрофида бўлади. Эпидемия вақтларида эса инфекция ўчоғида бактерия ташиб юрувчилар сони 40 фоиздан ҳам ортиб кетиши мумкин.

Инфекция ҳаво-томчи йўли орқали — гапириш, йўталиш ва аксириш вақтларида тарқалади. Менингококклар ташқи муҳитга чидамсиз бўлганлиги сабабли инфекцияга мойил бўлган кишилар инфекция манбаига яқин ва узоқ давом этувчи мулоқотда бўлгандагина инфекция ўтиши мумкин. Менингококк юқишига мойиллик ҳаммада бўлишига қарамай, инфекция манбаи билан мулоқотда бўлганларнинг озчилик қисмларида касалликнинг яққол клиник

кўриниши пайдо бўлади. Организмга инфекция тушгач, у қандай клиник кўриниш келтириб чиқаришига қарамай, специфик иммунитет ҳосил қилиш билан биргаликда кечади.

Менингококк инфекцияси учун касалликнинг вақт-вақти билан мавсумий ва айрим ёшларда кўпроқ бўлиши характерлидир. Вақт-вақти билан касаллик кўпайиши ҳар 10—15 йилда кузатилади. Эпидемик тарзда кўтарилган йилларида, қиш-баҳор даврида (февраль—апрель) касаллик ёз ойларидагига нисбатан 6—10 марта кўп учрайди. Эпидемик даврда касаллик ўртача, эпидемик оралик даврдагига нисбатан 50—60 марта кўпроқ учрайди.

Инфекцияга 5 ёшгача бўлган болалар ҳаддан ташқари мойил бўладилар. Эпидемиялар оралигида ҳам касаллик кўпинча ёш болаларда учрайди. Эпидемия вақтларида касалликнинг катта ёшдагиларга ҳам ўтиб бориши кузатилади. Эпидемик авжланишлар вақтида менингит ва менингококкцемиянинг энг аввал мактабгача бўлган болалар муассаларида, шунингдек, мактаб, интернат, болалар уйлари, билим юрти, ҳарбий қисмлар, ётоқхоналар ва ҳоказоларда оммавий тус олиши характерлидир. Касалликнинг кўпайиши аҳоли пунктларида узоқ давом этувчи характерга эга бўлади.

Менингит тарқалишига аҳоли зичлиги, санитария маданияти пастлиги, уй-жой шароитининг ёмонлиги ҳам сабабчи бўлиб, у инфекция ташиб юрувчилар сонининг кўпайиб кетишига олиб келади. Менингит билан оғришнинг кўпайиши инфекция ташиб юрувчилар сонининг ортиши билан бевосита боғлиқдир.

Менингококк инфекцияси ҳамма мамлакатларда тарқалган.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси — томоқ, бурун-ҳалқум шиллиқ қавати бўлиб, у ерда яллиғланиш жараёни (юқори нафас йўллари катарити, назофарингит) кузатилади. Беморларнинг фақат айрим қисмидагина менингококклар жойли барьер лимфоид ҳалқасини ёриб ўтиб, қонга тушади ва турли орган тўқималарда кўпайиб, бактериемия келтириб чиқаради. Касаллик энгил кечганда, бактериемия бир неча соатлардан сўнг йўқолиб кетувчи, полиморф тошмалар билан намоён бўлади.

Менингококкларга нисбатан таъсирчан кишиларда касаллик менингококкцемия сифатида артрит, эндокардит, буйрак қон-томирларининг шикастланиши кабилар билан биргаликда кечади. Айрим беморларда қўзғатувчилар мия пардаларига етиб боради ва уларда йирингли яллиғланишлар келтириб чиқаради. Бордию, жараёнга бош мия тўқи-

маси ҳам жалб этилса, касаллик менингоэнцефалит кўринишида кечади.

Менингококк инфекцияси патогенезида, шунингдек токсик ва алергик компонентлар ҳам катта аҳамият касб этади. Касалликнинг оғир, септик формаларида интоксикация ниҳоятда кучли намоён бўлади. Менингококкларнинг кўплаб миқдорда парчаланишида эндотоксин ажралиб чиқиб, майда қон томирларига шикаст етказди ва қон айланишини бузиб, териға, шиллик ва сероз қаватларға, ички паренхиматоз органларға қон қуйилишиға сабабчи бўлади. Йирингли менингит ривожланиши кўзгатувчиларнинг қон оқимиға ўтиши ва у орқали бош ва орқа мия пардаларига тушиши билан боғлиқдир. Бош миянинг пешона ва чекка қисмларига тўпланган кўп миқдордаги йирингли экссудат «йирингли қалпок» кўринишини эслатади.

Клиник манзараси. Яширин давр 4—6 ва 2—10 кун ўзгаришлар билан кечади.

Клиник формаларининг ниҳоятда кўп тарқалганлиғиға кўра, В. И. Покровский тавсиясига мувофиқ қуйидагилар фарқланади:

1) локал формалари (менингококк ажралиб чиқиши, ўткир назофарингит, зотилжам);

2) гематоген-тарқоқ формалари (менингококкцемиа менингит, менингоэнцефалит, аралаш);

3) кам учрайдиган формалари (эндокардит, полиартрит, артрит, зотилжам, иридоциклит).

Ўткир назофарингитға асосан эпидемик авж олишлар даврида диагноз қўйилади ва у мустақил қасаллик кўринишида ёки менингит, менингококкцемианинг продромал босқичи сифатида кечади.

Менингококк этиологияли зотилжам одатда оғир кечади, кўп миқдорда балғам ажралади, плевритлар характерли.

Менингококкцемиа тўсатдан эт жунжиқиши, бош оғриғи, гавда ҳароратининг 40°С гача кўтарилиши (интермиттирловчи ёки доимий типдаги иситма) билан тўсатдан бошланади. Геморрагик тошма характерли симптом ҳисобланади. Тошма аксарият нотўғри шаклдаги ва ҳар хил ўлчамдаги юлдузчалар кўринишида бўлади, ушлаб кўрилганда зич, тери сатҳидан бир оз кўтарилиб туради, думбада, сон ва болдирнинг орқа юзасида жойлашади. Склераға, томоқ шиллик пардасиға қон қуйилиши, микро-ва макрогематурия, бўғимлар зарарланиши, зотилжам, эндокардитлар бўлиши мумкин. Умумий интоксикация симптомлари ифодаланган: тахикардия, артериал босим пасайиши, цианоз, нафас қисиши, тери қопламлари қуруқшаб қолиши,

ташналик. Менингит симптомлари бўлмайди. Қонда кескин ифодаланган лейкоцитоз ($20-40 \times 10^9$ л гача) чапга силжиши билан.

Ўта ўткир менингококк сепсис инфекциян-токсик шок, буйрак усти безларига қон қуйилиши пайдо бўлиши билан (Уотерхаус — Фридериксен синдроми) — менингококкцемиянинг яшин тезлигидаги формаси буйрак усти безларининг ўткир етишмовчилиги билан соппа-соғ одамда тўсатдан ривожланади. Беморда бир неча соат ичида ҳарорат кўтарилади, эт жунжикади, бош айланади, ҳолсизлик, беҳушлик ҳолати, мушакларда оғриқ бўлади, қайт қилади, талваса тутади. Цианоз бошланади, нафас қисади, гавда температураси нормагача пасаяди, артериал босим тушиб кетади; пульси ипсимон, тез ва тез орада билинмайдиган бўлиб қолади. Терисида мўл геморрагик юлдузсимон тошмалар ва катта қон қуйилишлар пайдо бўлади (22- расм). Бурундан, меъдадан, бачадондан қон кетиши мумкин. Менингит симптомлари кескин ифодаланган (аралаш формаси). Қонда нейтрофил лейкоцитоз. Орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар аксарият сероз-геморрагик характерга эга бўлади.

Менингит кўпинча тўсатдан, кучли қалтираш билан бошланади. Ҳароратнинг тезда $39-40^\circ\text{C}$ гача кўтарилиши кузатилади. Кучли бош оғриғи, бош айлағиши ва қусиш пайдо бўлади. Кичик ёшдаги болаларда буларга томир тортишишлар, коматоз ҳолат, лиқилдоқ учлиги катта лиқилдоқнинг бўртиб чиқиши ва тарангланиши, унда томир тегишининг йўқолиши кўшилади. Гиперстезияси (тери қопламанинг оғрикни сезувчанлиги кузатилади), ёруғлик ва товуш қўзғатувчиларига нисбатан юқори сезгирлик, турғун дермографизм (терига чизилган чизиқнинг узоқ ушланиб қолиши), лабда ва юзда учуқ тошиши пайдо бўлиши мумкин. Биринчи сутканинг охири ёки иккинчи сутканинг бошланишида касаллик бошланган заҳоти бош мия пардаларининг шикастланиш белгилари: орқа бўйин мушаклари тортишуви (бемор жағини кўкрак қафасига теккиза олмайди), Керниг аломати (тўғри бурчак остида чанок-сон бўғимидан букилган оёқни тизза бўғинидан ука олмаслик), Брудзинский белгиси (бошни кўкрак қафаси томон эгишда оёқнинг ўз-ўзидан қорин томонга тортилиши) кузатилади. Қорин таранглашади. Бемор характерли вазиятда бошни орқа томонга эгиб, оёқлари букилган ва қорин томонга тортилган ҳолатда ётади (23- расм).

Жараёнга бош миядан чикувчи нервлар жалб этилиб, натижада ғилайлик (стробизм), кўз қорачиқлари кенглигининг ҳар хил бўлиб қолишлиги (анизокория), юз, эшитув ва узатилувчи нервлар фалажи пайдо бўлади.

Психик фаолият бузилишлари кузатилиб, уйқучанлик, хушдан кетиш ёки алаҳсираш каби ҳолатлар билан намоён бўлади.

Тахикардия брадикардия билан алмашинади ва у мия тўқимасининг шишуви ва бўқиши билан боғлиқ бўлади. Қонда юқори даражада лейкоцитоз ($20-40 \cdot 10^9$ /л), нейрофил силжиш анэозинофилия, СОЭ кўтарилиши кузатилади. Орқа мия суюқлиги пункция қилинганда у юқори босим билан оқиб чиқади, касалликнинг 1-куни у тиниқ бўлса кейинчалик лойқаланиб, йирингли бўлиб қолади. Орқа мия текширилганда нейрофил цитоз ($12-30 \cdot 10^9$ /л) оқсил миқдорининг ортиши (1—3 г/л гача) аниқланади. Орқа мия суюқлиги чиқиши қийинлашиб, томчилаб тушадиган бўлади. У эса суюқлик ёпишқоқлигининг ортиши, унда оқсил миқдори ва хужайралар сони, ҳамда суюқлик йўлининг қисман тўсилиши билан боғлиқ бўлади.

Ўз вақтида даволаш ишлари бошланса, касаллик 12—14-кунлари соғайиш билан тугалланади.

Менингитнинг клиник формалари хилма-хилдир. Менингоэнцефалит вақтида менингит аломатлари камайиб, энцефалит аломатлари: хушнинг бузилиши, томир тортишлар, эрта пайдо бўлувчи парез ва фалажланишлар кучаяди.

Менингитнинг яшинсимон тезликдаги ёки гипертоксик формадаги асосий менингеал аломатлари кескин юзага келади. Оғир интоксикация белгилари (тўхтовсиз қусиш, томир тортишуви, ақл—хушнинг хиралашуви, юрак-қон томир етишмовчиликлари): мия тўқимасининг бўқиши натижасида миячанинг орқа мия канали тешигида тиқилиб қолиши (кучли бош оғриғи, қулоқ шанғиллаши, серуйкулик, бесаранжом ҳаракатлар, юз, бўйин гиперемияси, хушнинг бузилиши (талвасага тушиш) пайдо бўлади.

Артериал босим кўтарилади. Юрак-қон томир, нафас бузилишлари (нафас қисилиши, юрак ритмининг бузилиши) характерли бўлиб, юрак тўхташи мумкин. Ўлим кўпинча касалликнинг биринчи кунда содир бўлади.

Асоратлари. Ўз вақтида специфик тарзда даволаш олиб борилса, асоратлар кам учрайди. Даволашда сульфаниламид препаратлари ва антибиотиклар қўлланилишига қадар кўпинча ўрта ва ички қулоқнинг яллиғланиши туфайли кар қулоқлик келиб чиқиши, бош мия нервларининг парез ва фалажланишлари, гидроцефалия — мияда сув йиғилиши асоратлари кўп учраган. Ўз вақтида кечиктирмай даволаш натижасида асоратлар сони ва оғирликлари анчагина камайди. Асорат сифатида стафилококк этиологиясидаги зотилжам бўлиши мумкин.

Диагнози. Менингитга клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланиб диагноз қўйилади. Менингококк топилиши менингит учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Шунинг учун ҳам орқа мия суюқлиги, қон, бурун-ҳалқум шиллиги, теридаги гемморагик элементлар қириндиси, секцион материаллар текширилади. Орқа мия суюқлиги иккита стерилланган пробиркага олинади. Унинг биринчи улуши (1 мл гача) лаборатория ликвор текширилишига, иккинчиси (2—5 мл) илик ҳолда микробиологик лабораторияга келтирилади. Келтирилган орқа мия суюқлигининг 2—3 томчиси зардобли агарга экилади (тўғридан-тўғри экиш) ва иккита суртма тайёрланади (тўғридан-тўғри бактериоскопия). Қолган қисмига ярим суюқ агар қўйилади (бойитиш учун). Қон тезликда ўзида 0,1% глюкоза сақланган флакондаги 50 мл бульонга экилади. Флакон 7 кунгача термостатга қўйилиб, ҳар куни зардобли агари бўлган Петри идишига экилади.

Бурун-ҳалқум шиллиги наҳорда ёки овқатлангандан сўнг 3—4 соат ўтгач, ҳалқумнинг орқа деворидан стерилланган нахта тампонига олинади. Бунда тампон 2—3 мл йўғонликдаги эгилган юшоқ симга ўрнатилади.

Шиллиқ олишда тил шпатель ёрдамида уштаб турилади: Олинган шиллиқ тезликда қаттиқ озикли муҳитга экилади (зардобли агар линкомицин билан муҳитга экилади, у эса граммушбат коккларнинг ўсишини тўхтатади).

Озикли муҳитга экилган материални лабораторияга келтириш вақтида уни совуқ олишдан эҳтиёт қилиш зарур. РНГА, латекс-агглютинация реакцияси, ВИЭФ ва радиоиммун текширув методлари муҳим аҳамият касб этади. Ушбу реакциялар ёрдамида касалликнинг дастлабки кунидек қон зардобда ва беморнинг орқа мия суюқлигидан анти-тело ва специфик антигенларни топиш мумкин. Ўткир назофарингит ўртача оғирликда кечганда сульфаниламид препаратлар ҳар бир килограмм тана оғирлигига 0,3 г миқдорида буюрилади. Катталар учун сульфаниламид препаратларидан сульфацидазин ёки сульфадиметоксинни биринчи куни 2 г, қолган 4 кун давомида 1 г дан бериш мумкин.

Менингит ва менингококкцемия билан оғриган беморларга антибиотиклар тавсия этилади. Пенициллин билан даволашда энг яхши натижага эришилади, у бир кеча-кундузда 1 кг тана вазнига 300 000 ТБ да 5—8 кун қилинади. 3 ойгача бўлган болаларга бир кеча-кундузда 300000-400000 ТБ миқдорида, касаллик ўтказиб юборилган ҳолатларда 1 кг тана вазнига 400 000 ТБ да қилинади. Суткалик миқдори мушаклар ичига ҳар 4 соат ораллигида,

ёш болаларга 3 соат оралиғида юборилади. Даволаш 5—8 кун орқа мия суюқлиги меёрига келгунича давом этади. Пенициллинга нисбатан сезувчанлик ортиқ бўлса, беморларга левомецетин сукцинат натрийси тана вазнига 0,05—0,1 г дан 6—8 кун давомида берилади. Ампициллинни бир кеча-кундузда 0,2 г миқдорида ва бошқа антибиотиклар ҳам юбориш мумкин.

Патогенетик жиҳатдан бузилишлар мувозанатини тиклаш учун беморлар венасига кортикостероидлар (гидрокортизон, преднизолон), сўнгра гемодез, полиглюкин, Рингер эритмаси, 5—10 фоизли глюкоза, строфантин, АТФ, кокарбоксилаза, аскорбин кислотаси ва бошқалар берилади. Организмдаги ацидоз билан курашишда 4 фоизли натрий гидрокарбонат ёки гидрокарбонат лактат юборилади. Симптоматик даволашлар, тўла қимматли таомлар бериш қўлланилади. Беморга бўлган парвариш катта аҳамиятга эга бўлади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Ҳамма беморлар, шунингдек меннингококк инфекциясига шубҳа қилинганлар тезликда махсус бўлимларга, бокс ва ажратиб қўйилган палаталарга жойлаштирилади. Ўткир нозофарингит билан касалланганлар клиник кўрсатмаларига кўра ёпиқ коллективлардан (болалар уйи, интернат, ҳарбий қисм ва ҳоказолардан) ва санитария-эпидемиологик шароитларнинг ноқудай вазиятлари туғилганда госпитализация қилинади.

Касалликдан тузалганлар 2 марта бурун-ҳалқумидан шиллик олиб текширилгандан сўнг касалхонадан чиқарилади. Бундай текшириш антибиотиклар билан даволаш курси тугаганидан сўнг 3 кун ўтказиб 1—2 кун оралик билан ўтказилади.

Реконвалесцентлар стационардан чиққанларидан сўнг 10 кун ўтгач бир марта текширилиб, натижа манфий чиққанда мактабгача бўлган муассасаларга, мактаб-интернатларга, профессионал ҳунар ўқув юртларига қатнашга руҳсат оладилар.

Инфекция ташиб юрувчиларни аниқлаш эпидемиологик кўрсатмаларга мувофиқ инфекция ўчоқларида ўтказилади. Инфекция ташиб юрувчиларни микроблардан холи этиш мақсадида бир кеча-кундузда 0,5 г дан левомецетин 4 кун мобайнида берилади. Шундан сўнг 3 кун оралатиб 3 марта бактериологик текширув ўтказилади.

Озиқ-овқат маҳсулотлари корхоналари ва ана шунга тегишли корхоналарда ишловчилар тозаланиш, даволаниш ўтказилиши даврида вақтинча ишдан четлаштирилади, ёш болалар эса болалар муассасаларига қўйилмайди. Касаллик профилактикасида аҳоли зичлигига қарши кура-

шиш ва санитария-оқартув ишларини олиб бориш катта аҳамиятга эга.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Бемор касалхонага жойлаштирилишига қадар кундалик, сўнгра яқунловчи дезинфекция ўтказилади. Беморлар билан мулоқотда бўлган шахслар 10 кун давомида медицина назоратида бўлиб, икки мартадан ҳарорати ўлчаб борилади. Беморлар билан мулоқотда бўлганларнинг барчаси инфекция ташиб юришликка 2 мартадан 3 кун оралатиб текширилади ва отоларинголог кўрувидан ўтказилади. Бурун-ҳалқум шиллиқ қаватидан яллиғланиш кўринишлари топилганлар 4 кун давомида сульфаниламид препаратлари билан даволанади.

Болалар муассасаларида бемор госпитализация қилиб бўлингач, яқунловчи дезинфекция ўтказилади ва болалар қабул қилиниши бўйича 10 кунга карантин жорий қилинади. Бемор билан мулоқотда бўлганлар ўртасида инфекция ташиб юришликка икки марта текширув ўтказилади. Отоларинголог текшируви ўтказилиб, бурун-ҳалқумида яллиғланиш кўринишлари бўлганлар изоляция қилиниб даволанади ва кунига 2 марта ҳарорати ўлчаниб, медицина назоратида бўладилар. Беморлар билан мулоқотда бўлганларга 3 мл дан иммунглобулин қилиш яхши натижа беради. Унинг профилактик курашиш кучи 1 ойгача сақланади. Бутун карантин мобайнида хоналар 0,5 фоизли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси билан хўллаб йиғиштирилади, бинолар кварц лампасида нурлантирилади, шамоллатилади.

Зарурият туғилганда болалар 7—10 кун муддатга уйларига тарқатиб юборилади.

Ҳозирги вақтда менингококк инфекциясига қарши вакциналар ишлаб чиқарилиш жараёнидадир.

ОРНИТОЗ (ORNITHOSIS)¹

Этиологияси. Кўзгатувчиси Chlamydiaceae оиласига мансубдир. Хламидийлар учун катта ҳажмда (400—1200 нм) бўлиш характерли бўлиб, улар катталиги жихатидан риккетсий ва вируслар ўртасида жойлашади. Кўзгатувчилар бир вақтнинг ўзида ДНК ва РНК сақлайдилар. Антибиотикларга, айниқса тетрациклин қаторидагиларга таъсирчандир. Ташқи муҳит таъсиротларга ва физик — химик омилларга нисбатан етарлича чидамлидир. Қуритишига чидамли, паст ҳароратда узоқ сақлана олади (-20°C

¹Грекчадан — ornis — қуш

да 10 ойгача сақланади, 70°C да 2 йил ва ундан ортик сақланади); 2 фоизли хлорамин эритмасида 24—27 соатдан сўнг ҳалокатга учрайди. Юқори ҳароратга сезувчан бўлиб 70°C да ва ундан ортик қиздирилганда ўлади.

Эпидемиологияси. Қўзғатувчиларнинг табиий резервуари бўлиб ёввойи ва уй қушлари ҳисобланади. Орнитоз қўзғатувчилари 140 дан ошиқ қушлар туридан ажратиб олинган.

Одам касалликни кўпинча уй қушлари: ўрдак, курка, баъзан товуқлардан юктиради. Синантроп қушлардан кўпинча каптарлар кўпроқ хавф туғдирадilar. Орнитозларнинг табиий ва иккиламчи ўчоқларидан ташқари парранда хўжалигида шундай эпизоотиялар учрайдики, бунда уларни табиий ўчоқлар билан ҳам, ёввойи қушлар, каптарлар олиб келган инфекция билан ҳам аниқлаб бўлмайди. Бундай ўчоқларда инфекция манбаи бўлиб инфекция латент ҳолатда кечган паррандалар ҳисобланади. Организм чидамлилиги камайган (тухум қўйишда, совуқ уришда, зичлик ортганда ва ҳоказоларда) вақтларда латент ҳолдаги инфекция тарқалиши юзага келади.

Орнитоз билан оғриган бемор киши атрофдагилар учун хавф туғдирмайди деб ҳисоблашади. Шунга қарамай, касалхона ичида ялпи авж олиш ҳоллари маълум. Инфекция ҳаво-чанг орқали юқиб ўпкани зарарлайди.

Инфекция тушган пат ва юнглاردан фойдаланишда, хламидийлар тушган чангни ютганда, қўзғатувчиларнинг қўллардан оғизга ва кўз шиллиқ қаватига тушганида, касалланган қушларга қараш, қушларни қайта ишлаш жараёнида, тухумлар термик жиҳатдан ишлов берилмай истеъмол қилинганида касаллик юқади.

Парранда фермаларида, парранда комбинатларида ва фабрикаларида касалликнинг ишлаб чиқариш шароитларида авжланишлари баҳор ва куз ойларига тўғри келиб, у ёш жўжалар парвариши, паррандаларни кўплаб микдорда сўйиш ва уй паррандаларини қайта парвариш ишлари билан боғлиқ бўлади. Орнитознинг ишлаб чиқаришдаги, турмушдаги, ҳунармандчиликдаги, лабораториядаги авжланишлари фарқланади. Орнитозга бўлган мойиллик юқори даражададир. Кўпинча аёллар касалланишади, чунки улар кўпроқ парранда фабрикаларида, парранда комбинатларида, парранда фермаларида ишлашади. Касаллик бўлиб ўтгач, турғун бўлмаган иммунитет ҳосил бўлади.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси бўлиб, юқори нафас йўллари шиллиқ қавати хизмат қилади. Вируслар ўпкада тўпланади ва кўпаяди у ердан қон оқимиға тушиб жигар, қораталок, нерв системаси, буйрак усти

безлари ва юрак мушакларида иккиламчи кўпайиб, дегенератив ва пролифератив ўзгаришлар билан кечувчи майда ўчоқли шикастланишлар ҳосил қилади. Вирусемия 7—10 кун давом этади. Вирус токсиген таъсирига ҳам эгадир, бу эса асосий клиник белгиларни келтириб чиқаради.

Бирор орган ёки тўқималарининг зарарланишига кўра касалликнинг қуйидаги клиник формалари қайд қилинади: грипсимон, пневмонияли, тифсимон ва менингеал. Орнитоз кўзгатувчилари макрофаг системаси хужайраларида тутилиб қолиши мумкин, бу қайталанишларга ва касалликнинг хроник формаларга ўтишига олиб келади.

Клиник манзараси. Яширин давр кўпинча 7—10 кун, баъзида 6—25 кун ўзгаришлар билан давом этади.

Одатда касаллик ўткир бошланиб, қалтираш, бош ва мушаклар оғриғи, ҳарорат кўтарилиши белгилари билан кузатилиб, ремиттирланган характерда бўлади. Ҳаддан ташқари терлаш, қусиш, иштаҳа йўқолиши кузатилади.

Грипсимон формаси. Касалликнинг 2—3 куни қуруқ йўтал, ларингит, ва трахеобронхит симптомлари пайдо бўлади.

Пневмонияли формаси. Касалликнинг 5—7- куни йўтал кучайиб шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли балғам кўчади, ўпканинг қуйи бўлимларида нам хириллаган товушлар пайдо бўлади, нафас сустлашади.

Рентгеноскопия ва рентгенография ўпкада майда ўчоқли, туташган, сегментлар ва интерстициал ўзгаришларни кўрсатади, улар гавда ҳарорати нормага келгандан кейин ҳам узоқ сақланиб туради. Яллиғланиш жараёнида шартли-патоген бактериялар иштирокига кўра касаллик йирик ўчоқли ёки бўлак пневмонияси типи бўйича ўтиши мумкин. Қонда лейкопения қон формасининг чапга сурилиши билан, анэозинофилия топилади, СОЭ ошган.

Иситма даври 2 дан 4 ҳафтагача давом қилади. Гавда ҳарорати литик пасаяди ва аста-секин соғайиш бошланади. Кўзиш ва қайталанишлар бўлиши эҳтимол. Оғир ҳолларда касалликнинг 4—5- куни кома ривожланади ва бемор юрак-томирлар фаолияти тушиб кетиши оқибатида вафот этади. Ўлим 2—3- ҳафтада ўпка шиши натижасида юз бериши ҳам мумкин.

Тифсимон формаси. Умумий интоксикация белгилари пайдо бўлиши билан бирга беморлар иштаҳа йўқлиги, ич келмаётгани, бутун аъзои баданининг қақшаб оғришидан шикоят қиладилар. Касалликнинг 5—7- кунидан бошлаб жигар ва талоқ катталашади. Беморларни текширишда ўпканинг зарарланиш симптомларини аниқлаб бўлмайди.

Менингеал формаси. Кам учрайди. Касаллик тўсатдан

бошланади, 2—4- суткаларда менингит симптомлари кўшилади. Иситма даври 3—4 ҳафта саклани. Клиник кечишининг оғир — енгиллигига кўра оғир, ўртача оғирликдаги, енгил ва ўзгарган формалари учрайди.

Оғир кечишида нерв ва юрак — томирлар системаси томонидан ўзгаришлар, каттиқ бош оғриши, уйқусизлик, серзардалик, алаҳлаш, тери қопламларининг рангпарлиги, артериал босимининг пасайиб кетганлиги қайд қилинади, брадикардия тахикардия билан алмашилиши мумкин. Буйраклар зарарланиши натижасида диурезининг камайиши, протеинурия, сийдикда якка-якка эритроцитлар ва гиалинли цилиндрлар қайд қилинади. Беморларнинг тахминан 20 фоизда эрта (2—4 ҳафта ўтгач) ва кечиккан (3/26 ой ўтгач) қайталаниш содир бўлади. Орнитознинг хроник формаси 2 дан 10 йилгача давом қилиши мумкин.

Асоратлари. Тромбофлебит, гепатит, пневмосклероз, плеврит, овоз бойлами фалажи, полиневрит, менингит пайдо бўлиши мумкин.

Диагнози. Касаллик диагностикаси эпидемиологик анамнез (паррандалар билан мулоқотда бўлишлик), касалликнинг клиник кўриниши, рентгенологик ва лаборатория текширув натижаларига асосланади.

Лаборатория диагностикаси РСК ва НРСК постановкаларидан иборат. Бундай реакцияларни (РСК ва НРСК) қўйиш учун касалликнинг 4—7- кун, тирсак венасидан стерил пробиркага қон олиб (5 мл) лабораторияга жўнатилади. Камида 2 порция қон 7—10 кун оралиғида текширилади. Антибиотиклар билан даволашда антитело йиғилиши кечикади. Шунинг учун ҳам касаллик бошланган вақтдан 20—30 кун ўтгач, учинчи порция қонни олиб текшириш зарур. Титр 1:8 1:16 дан кам бўлмаган ҳолларда мусбат ҳисобланади. Агар иккинчи порция қон зардоби титри биринчи антитело титрига нисбатан 2 мартадан кам бўлмаган ҳолда кўпайса, орнитоз диагнози тасдиқланган бўлади. Шунингдек, гемагглютинация реакцияси ва гемагглютинация тормозланиш реакцияси (РГА ва РТГА, РНГА, РИФ), гемогглютинациянинг бевосита реакцияси қўлланилади.

Қўзғатувчиларни топиш мақсадида лабораторияга материал касалликнинг биринчи кунлари, антибиотиклар билан даволаш бошланмасидан илгари жўнатилади. Бир вақтнинг ўзида қон ва балғам олиб жўнатиш тавсия этилади. Қон венадан 5 мл миқдорда олинади. Балғам эса эрталаб овқатланишга қадар йиғилади. Секцион материал лабораторияга жўнатилишида ўпка тўқимаси ва қора талоқ кесмаси, плевра бўшлиғидаги экссудат жўнатилади.

Материал шиша қопқокли стерилланган идишга ёки бұғзи кенг бактериологик пробиркага солиниб сурғучланади, ёки резинали тиқин билан беркитилади. Сўнгра металдан қилинган пеналга солиниб муҳрлаб қўйилади. Материал солинган пенал ичига қаттиқ карбонат кислотаси қўйилади ёки у муз солинган термосга жойлаштирилади.

Текширилувчи материал оксичқонлар организмга (мушаклар ичига, бурун орқали мия тўқимасига) юборилади. Сичқонлар ҳалок бўлгач, улар ўпкаси ва бошқа органларидан суртма-тамға тайёрланиб, элементар таначаларини ташиш учун Романовский — Гимза, Кастанъеди ва ҳоказо методларида бўялади. Вирусларни шунингдек товук эмбрионидан ҳам ажратиб олиш мумкин.

Касалликнинг 2—3- кунидан бошлаб, 2—3 ойгача орнитоз антигени синамаси тери ичига қилиб кўрилади. Бу эса диагнозни аниқлашнинг энг қулай ва тез усули бўлиб ҳисобланади. Реакция натижаси 24—48 соатдан сўнг аниқланади. Гиперемия участкаси қуйидагича диаметрларда бўлганда 0,5×0,5 см (+), 1×1 (++) , 2×2 (+++) у мусбат ҳисобланади.

Даволаш. Тетрациклин қаторидаги антибиотиклар (тетрациклин, окситетрациклин, тетраамицин ва бошқалар) энг яхши натижа беради ва улар 1,2 г дан 2 г гача бўлган касаллик оғир-енгиллигига, бемор тана вазнига қараб бир кеча-кундузда қабул қилинади. Даволаш муддати 3—5 кундан 9—10 кунгача ҳарорат нормага тушгунига қадар давом этилади. Эҳтиёж туғилганда оксигентерапия, витаминлар комплекси, юрак воситалари, тузалиш даврида плазма ёки қон қуйиш, аутогемотерапия қилиш белгиланади.

Касаллик сурункали кечганда, монельлик қиладиган ҳоллар бўлмаганда, вакцина терапияси тавсия этилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Уй паррандаларида орнитоз булмаслиги учун кураш олиб бориш муҳим. Парранда хўжалигида касалланган парранда топилиши билан 6 ой давомида карантин жорий қилинади. Орнитоз билан касалланган парранда (14—21 кунгача 1 тонна озуккага 200 г тетрациклин қўшилади) даволанади ёки сўйилиб ўз ўрнида патлари тозаланади. Гўштлари термик қайта ишлангандан сўнг истеъмол қилинади. Момик ва патлари паррандаларга намли ишлов берилгач қуйдириб ташланади ёки буғлаш ёрдамида 105°С да 30 минут давомида дезинфекция қилинади. Карантин хўжаликларидан олинган тухумлар, умумий овқатланиш тармоқлари орқали термик қайта ишлангач, сўнгра тарқатилади.

Касалланган қушга қушни қайта ишлаш корхоналарида ишлов берилган ҳолларда ҳар 3 соатда 2 фоизли хлора-

мин эритмасида намли йиғиштириш ишлари ўтказилади.

Намли йиғиштиришдан сўнг қушлар эксперименти устидан 10 фоизли лизол эритмаси қуйилади.

Карантин хўжаликларида 5 фоизли тиндирилган хлорли оҳак эритмаси ёки 10 фоизли лизол билан кундалик дезинфекция ўтказилади. Хизмат қилувчи ходимлар махсус кийимлар, муҳофазаловчи кузойнаклар ва пахта-докали ниқоблар билан таъминланади.

Шаҳарларда каптарлар сонини камайтириш зарур.

Орнитознинг специфик профилактикаси ишлаб чиқилган.

Эмлашнинг аэрозол воситаси айниқса фойдалидир.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Беморлар юқумли касалликлар шифохонасига жўнатилиши керак. Беморлар билан мулоқотда бўлганларга 15 кун давомида медицина назорати жорий қилинади.

ЛЕГИОНЕЛЛЕЗ (LEGIONELLOSIS)

Эпидемиологияси. Қўзғатувчиси legionellaceae оиласига, Legionella туркумига мансуб. Бу туркумга 9 тури: L. pneumophila, L. bozemanii, L. micdadei, L. qormanii ва бошқалар киритилган.

Легионеллалар атроф-муҳитнинг табиий шароитларида сақлана ва кўпая оладиган типик сапронозлар ҳисобланади. Қўзғатувчиларининг кўпайиши учун айниқса яхши исийдиган, кўк-яшил сув ўтлари мўл бўлган сув ҳавзалари энг қулай муҳит саналади.

Легионеллалар — грамманфий бактериялар. Атроф-муҳитда етарли даражада чидамли: водопровод сувида бир йилгача, дистилланган сувда — 4—6 ой сақланиб қолади.

Легионеллалар рифампицин, эритромицин, ампициллин, пенициллин, хлорамфеникол ва бошқаларга сезгир.

Эпидемиологияси. Одам ва ҳайвонларнинг қўзғатувчиларни ажратгани аниқланмаган. Ҳозирча инфекциянинг бирдан-бир ўтиш йўли — ҳаво — томчи йўли исботланган. Бунда душхона мосламаси, ҳаво кондиционерларидаги сув, тупроқдаги инфекцияланган сувнинг майда заррачалари нафасга олинганда юқади. Ичкилик, чекиш, қандли диабет, иммунодепрессантлар қўлланиши касалликка имкон беради.

Касаллик эпидемик авж олишлар кўринишида одатда июль — сентябрда, спорадик ҳоллари — йил бўйи қайд қилинади.

Филадельфияда 1976 йилда ўтказилган (АҚШ) «Америка легиони» ташкилотининг 58-съезди делегатлари ва

уларнинг оила аъзолари ўртасида юз берган зотилжам эпидемияси текширувларидан кейин янги касаллик эпидемияси сифатида баҳоланиб, унга «легионерлар» касаллиги» деган ном берилди. Ҳозирги вақтда легионеллэз АКШ, Буюк Британия, Испания, Италия, Франция, Голландия, ФРГ ва бошқаларда рўйхатга олинган. Касаллик ҳоллари СССР да ҳам рўйхатга олиниб туради.

Патогенези. Касаллик қўзғатувчилари сув томчилари билан ўпкага тушиб, кўпинча бронхиолаларни зарарлантиради. Микроорганизмлар ҳалок бўлганда эндотоксин ажралиб, турли органлар ва системаларга ёмон таъсир қилади. Касаллик оғир кечганда инфекция-токсик шок ривожланиши мумкин. Буйраклар, меъда-ичак йўли, марказий нерв системаси ва бошқалар зарарланади. Геморрагик синдром ривожланиши эҳтимол.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 2 дан 10 кунгача (аксарият 5—7 кун) давом қилади. Касаллик зотилжам кўринишида (асли легионерлар касаллиги) ёки ўткир респиратор касаллик (иситма) кўринишида кечиши мумкин. Легионеллэз гавда ҳароратининг $38,5\text{—}40^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши, эт жунжикиши, лоҳаслик, мушакларда оғрик, бош оғриши билан ўткир бошланади.

Зотилжам формасида азоб берадиган йўтал, кўкракда санчиқли оғрик пайдо бўлади. Йўтал аввалига курук, сўнгра балғам ажраладиган бўлади. Нафас қисиши қўшилади, рентгенда текширганда ўпкада катта қоронғи зоналар топилди. Зотилжам кўпинча плеврага сув йиғилиши билан ўтади. Беморларнинг бир қисмида қайт қилиш, ич кетиш, қоринда оғрик, меъда-ичаклардан қон кетиши кузатилади. Гипотония қайд қилинади, касалликнинг биринчи кунларидаги брадикардия тахикардия билан алмашилади. Марказий нерв системаси заифланиши муносабати билан беморлар бош айланиши, уйқусизликдан шикоят қиладилар. Алаҳлаш, эс-ҳушининг кирарли-чиқарли бўлиб туриши, ҳаракатлар мувофиқлигининг бузилиши эҳтимол. Буйрак иши бузилади. Периферик қонда $10\text{—}15 \cdot 10^9/\text{л}$ гача нейтрофил лейкоцитоз, тромбоцитопения, лимфопения, СОЭ нинг соатига 70 мм гача ошиши қайд қилинади.

Ўртача оғирликдаги формаларида 1-ҳафтанинг охирига келиб, гавда ҳарорати пасаяди, аста-секин соғайиш бошланади.

Оғир кечганда ва ўз вақтида даво қилинмаганда 1-ҳафтанинг охирига келиб нафас ва юрак-томирлар етишмовчилигининг тез ортиб бориб инфекция-токсик шок, ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланишидан ўлим содир бўлиши мумкин.

Иситма бошқа этиологияли ўткир респиратор касалликлар типи бўйича кечади. Гавда ҳарорати 5—7 кун мобайнида сақланиб туради, бронхит, плеврит юз бериши эҳтимол, интоксикация кам ифодаланган.

Диагнози. Диагностикаси клиник, эпидемиологик ва лаборатория маълумотларига асосланади. Лаборатория текширувлари бактериологик ва серологик усулларни ўз ичига олади. Қўзғатувчиларни ажратиш учун плеврал суюқлик ёки ўпка тўқимаси бўлакчаси, камрок балғам, қон текширилади. Материал Мюллер-Хинтон агарига темир тузлари ва L-цистеин қўшиб 5 % карбонат кислота иштирокида экилади. Ўсиши учун энг қулай ҳарорат — 35°С. Характерли колониялар 3—5 кун ўтгач ҳосил бўлади. Олинган материал денгиз каламушларига юктирилиб, кейинчалик товук эмбрионларида ўстирилади. Бевосита иммунфлюоресцент усул ёрдамида ўпка ёки бўлакчалари (бронхоскопияда олинган), балғам изларида легионелларни топишга муваффақ бўлишди. Иммунфлюоресцент усул учун *L. pneumophilla* — нинг еттита серогруппаларига зардоблар зарур. Легионеллэзда аксарият серологик усуллар — РМА ва РИФ қўлланилади. Антителолар касалликнинг 6—7-куни пайдо бўла бошлаб, 5-ҳафтада ниҳоятда кўпаяди. Жуфт зардоблар 10—15 кунлик танаффус билан олинади. Антителолар титрининг 4 баробар ва бундан юқори ортиши диагностика ҳисобланади. Антиген сифатида *L. pneumophilla* — нинг ҳозирги вақтда маълум еттита серогруппасидан фойдаланишади. Диагностика учун РИГА, РЭМА, радиоиммун усулдан фойдаланиш имконияти ўрганиляпти.

Даволаш. Суткасига 4—6 марта 0,4—0,5 г дан гавда ҳарорати нормага эритромицин билан даволаш энг таъсирчан ҳисобланади. Легионеллэзнинг оғир формаларини даволашда суткасига 2/3 марта 0,2 г дан эритромицин фосфат тайинланади, уни изотоник натрий хлорид эритмаси билан 1 мл эритувчига 5 мг ҳисобидан суюлтирилади. Беморларга эритромицин билан бирга рифампицин билан даво қилинганда даволаш таъсирчанлиги ошади, уни ҳар 6 соатда 0,15—0,3 г дан тайинланади.

Нафасга олинадиган ҳавода камида 40% кислород сақлаган оксигенотерапия қўлланилади. Ўткир буйрак етишмовчилигида диуретиклар тайинланади, зарурат бўлганда гемодиализ ўтказилади. Нафас функцияси кескин ёмонлашганда дори терапияси наф берса, беморни ўпканинг сунъий вентилизациясига ўтказилади. Инфекцион-токсик шок ривожланганда, қон кетиш юз берганда тегишли даво тайин қилинади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Специфик профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Сув таъминоти манбаларини ифлосланишдан муҳофаза қилиш муҳим аҳамиятга эга. Сув, водопровод тармоғини, ваннахоналар, душхона ускуналарини 1 л га 3,3 мг озод хлор концентрациясида кальций гипохлорит билан юкумсизлантирилади. Иссиқ сув ҳароратини 60°C гача ошириш системани кўзга-тувчилардан ҳоли қилади.

Легионеллалар 1 фоизли формалин эритмаси таъсирида тез ҳалок бўлади. Ҳавони кондиционерлаш устидан назорат ўрнатиш зарур; юқиш ҳавоси бўлганда сувли аэрозоллар ишлаб чиқарилиши тўхтатилади.

Легионеллэз эпидемик авж олганда даволаш муассасаларида сув юкумсизлантирилади, иммун депрессив воситалар қўлланиш чекланади, бу воситалар қўлланиладиган операциялар ўтказиш вақтинча тўхтатилади.

Легионеллэзли беморлар асоратлар пайдо бўлганда (инфекцион-токсик шок, ўткир буйрак етишмовчилиги, ўпка шиши ва ҳоказо) малакали ёрдам кўрсатиш учун касалхонага ётқизилиши керак.

ҚАЙТАРИШ УЧУН ВАЗИФАЛАР

1. Болалар боғчасининг эмизикли группасидан тушликдан сўнг грипп билан оғриган 11 ойлик бола ажратиб, уйига жўнатиб юборилган.

Инфекция манбаини топиш тадбирлари ва боғчада ҳамда яшаш жойида грипп ўчоғини бартараф этиш планини тузинг.

2. Грипп, парагрипп (гриппга ўхшаш) ва аденовирус инфекциялари ўртасида ажратиш (дифференциал) диагностикасини ўтказинг, диагнозни тасдиқловчи асосий омиллар нима? Грипп, парагрипп ва аденовирус инфекцияларида қўлланилувчи лаборатория текширишларини санаб беринг.

3. Болалар боғчасидан 12 февралда менингит диагнози билан бола касалхонага жойлаштирилди. 15 февралда ана шу группа болаларидан яна бири филтрдан (ажратиб қўйилган жойидан) уйига жўнатиб юборилди. Текшириб кўрилганда, унда шиллиқ-йирингли характердаги тумов, қурук йўтал, томоғида кизариш, ҳалқум орқа деворининг кизариши ва донадорлиги, тери қопламанинг ранги ўчганлиги, тана ҳароратининг 37°C га кўтарилгани кузатилди.

Иккинчи болага қандай тахминий диагноз қўйиш мумкин? Диагнозни аниқлаш учун қандай лаборатория текширишлари олиб бориш керак (материални олиш техникаси

ва уни лабораторияга келтириш усули)? Болага касаллик юқиши воситаларини ва инфекция ўчоғини йўқотиш учун болалар боғчаси ва касалланган боланинг яшаш жойида ўтказиладиган тадбирларни кўрсатинг.

4. Март оyi давомида мактабнинг турли синфларидан уч бола дифтерия касаллиги билан оғриди. 6 апрелда яслига қатнайдиغان яна бир бола касалланди. Барча касалланганлар аҳоли кўп яшайдиган коридор типидagi квартирада яшашарди. Яшаш жойларида улар билан алоқада бўлган болаларни бир неча марта дифтерия бактериясини ташиб юришликка текширилганда манфий натижа олинган.

6 ёшли бола ана шу касаллик ҳодисаларидан 4 кун аввал бувисиникига, бошқа районга кетиб, 2 апрелда қайтиб келди. 2 ва 3 апрель кунлари у билан касалланган бола мулоқотда бўлади. Бувисиникидан қайтган бола текшириб кўрилганда бурнидан яра пўстлоғи, бурундан қон аралаш ажралма чиқиши, бурун остида ёриқ, қулоқ орқасида пўстлоқ топилади. Онасининг сўзларига қараганда, бола бурнидаги чақа ва бурун остидаги ёрилиш анчадан бери борлиги, даволаш эса натижасиз бўлганлиги ва врачларга мурожаат қилинмаганлиги маълум бўлади.

Инфекция манбаи деб шубҳа қилинаётган болага қандай тахминий диагноз қўйиш мумкин? Касалликни аниқлаш учун қандай лаборатория текширувлари олиб борилиши керак (материал олиш техникаси, лабораторияга олиб келиниши ва текшириш хулосаларининг муддати)? Инфекция манбаининг келиб чиқиш сабаблари, тарқалиш йўллари ва йўқотиш тадбирларини кўрсатинг.

5. Уч ёшли болалар боғчасига қатнайдиغان болага скарлатина диагнози қўйилди. Боланинг онаси болалар боғчасида тарбиячи-ҳамшира, отаси заводда ишчи, боланинг опаси I-синф ўқувчисиدير. Оила алоҳида квартирада яшайди.

Скарлатинанинг асосий белгиларини санаб беринг. Бемор бола яшайдиган жойда, болалар боғчасида скарлатина ўчоғи профилактикаси учун эпидемияга қарши қандай тадбирлар ўтказилиши керак?

6. Болалар боғчасига қатновчи 5 ёшли болада 6 кун аввал юқори нафас йўлларида қатарал ўзгаришлар бўлиб, кечаси кучаювчи йўтал пайдо бўлган. Йўтал хуружи кундан-кунга чўзилган. Тана ҳарорати нормада. Пландаги ҳамма эмлашлар ўз вақтида олиб борилган. Бола боғчага қатнашда давом этмоқда. Тахминий диагнозингиз қандай? Касаллик диагностикасини аниқлаш учун қандай лаборатория текширувларини олиб бориш керак (материал олиш техникаси, хулосалари, муддати)? Диагноз тасдиқланган

ҳолларда боланинг яшаб турган жойи ва у қатнаган болалар боғчасида қандай эпидемияга қарши тадбирлар ўтказилиши керак?

7. Болалар яслисининг ўрта группасидан 2 кун аввал бир бола юқори нафас йўлларида катарал кўринишлар билан, кўпол аккилаган йўтал ва ҳароратнинг $37,9^{\circ}\text{C}$ га кўтарилиши белгилари билан уйига изоляция қилинган. Боланинг онаси телефон орқали бола юзида, кўлларида йирик парчали тошмалар тошгани, тана ҳароратининг $38,9^{\circ}\text{C}$ га кўтарилганини хабар қилади. Болага участка врач қайта чақирилади. Бола 2 ёшу 3 ойлик, у фақат дифтерия, кўйўтал ва қокшолга қарши (АҚДС — вакцинаси билан) эмланган.

Тахминий диагнозингиз қандай? Диагноз тасдиқланган ҳолда болалар боғчасида ва боланинг яшаш жойида қандай эпидемияга қарши тадбирлар ўтказилиши керак?

8. Болалар боғчасидаги (кичик ёшдаги группа) Е. исмли, полиомиелит диагнози билан оғриган бола госпитализация қилинади. Боланинг яшаган жойида ва у қатнаган группада эпидемияга қарши қандай тадбирлар ўтказилиши санаб кўрсатинг.

9. Г. исмли гражданин февраль охирида сигир ва 2 та кўй сотиб олади. Кўйларнинг бири март ойининг бошларида, муддатидан аввал бола туғади. Г. исмли гражданин ўлик туғилган ҳомила терисини ажратади. Ана шундан сўнг, 12 кун ўтгач у бруцеллез билан оғрийди. Март ойининг охирига келиб унинг ўғли ва қизи касалланади. Улар ҳайвонлар билан мулоқотда бўлмаган, фақат сигир сутини қайнатмасдан ичишган.

Инфекция манбаи ва ўтиш йўллари кўрсатинг. Инфекция ўчоғини йўқотиш учун қандай тадбирлар ўтказилмоғи керак?

ҚОНЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР

РИККЕТСИОЗЛАР

Риккетсиозлар — риккетсиялар келтириб чиқарадиган юқумли касалликлар гуруҳига мансуб. Уларни 1910 йилда америкалик олим Риккетс кашф этгани учун унинг шарафига бу касалликларга ана шундай ном берилган. Риккетсиялар бўғимоёқлилар (бит, бурга, каналар) да ва сут-эмизувчиларда хужайралар ичида (эндотелий, мезотелий) паразитлик қилади. Тошмали терламадан ташқари, ҳамма риккетсиозлар зооноз инфекциялар ҳисобланади. Улар асосан жонли ўтказувчилар ҳисобланган бит, бурга ва каналар

орқали ўтиб, қўзғатувчиларни сўлаги ва ахлати орқали юктиради. Эндемик бурга терламаси (бургалар орқали инфекция ўтишидан ташқари, касаллик каламуш сийдиги билан инфицирланган озиқ-овқат маҳсулотлари орқали юқади) ва Ку иситмаси (инфекция қорамол сути ва сийдиги орқали юқади), шунингдек таркибида касаллик қўзғатувчилари бўлган чанг орқали ўтган инфекция бундан мустаснодир.

Тошмали терлама бошқа риккетсиозлардан ташқи муҳитда инфекция резервуари бўлмаслиги билан фарқ қилади. Қолган риккетсиозлар учун табиий ўчоқли бўлиш характерли, бунда касаллик қўзғатувчилари мойил бўлган ҳайвонлар ва қон сўрувчи бўғимоёқлилар орасида айланиб юради.

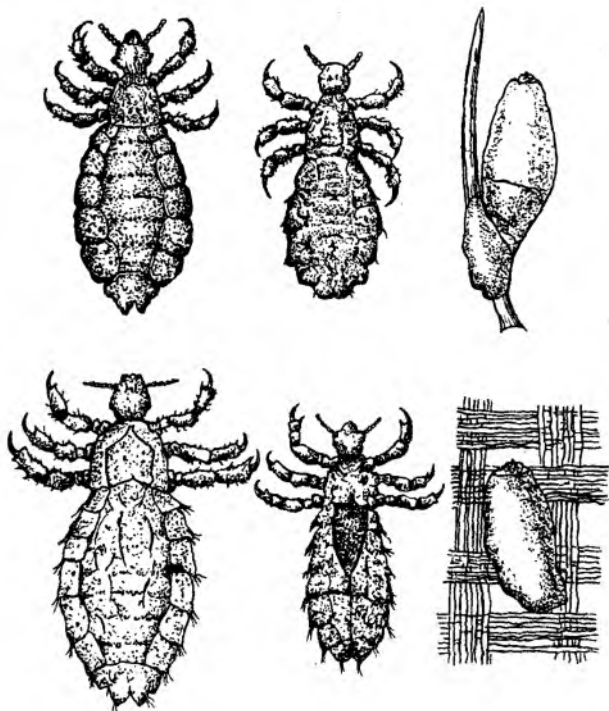
ТОШМАЛИ ТЕРЛАМА (TYPHUS EXONTHEMATICUS) ВА БРИЛЛ КАСАЛЛИГИ (MORBUS BRILL)

Этиологияси. Провацек риккетсияси — тошмали терлама қўзғатувчисидир. Риккетсиялар ташқи муҳитда кам чидамли бўлса-да, битларнинг қуриб қолган ахлатида бир ойдан бир қанча ойгача сақланиши мумкин. Риккетсияларни тошмали терлама билан оғриган бемор организмида, тошмали терлама тарқатувчи битлар ичаги эпителияси ҳужайралари ичида ва ахлатида топиш мумкин.

Провацек риккетсиялари Брилл касаллиги (қайталанган тошмали терлама) қўзғатувчиси бўлиб ҳам хизмат қилади, булар одам организмида узок вақт давомида латент (яширин) инфекция ҳолида сақланиб, турли муддатлар оралиғида касаллик қайталанишига сабаб бўлади.

Эпидемиологияси. Касал одам ягона инфекция манбаи ҳисобланади. Касаллик юктириш даврининг умумий давомлилиги одатда 20—21 кунни ташкил этади.

Инфекция кийим битлари, камдан-кам ҳолларда бош битлари орқали юқади (24-расм). Кийим бити тухумларини сочга, кийим-кечак чокларига ва бурмаларига қўйса, бош бити фақат сочга қўяди. Уларнинг тухумларидан личинкалар чиқиб, уч марта қайта урчийди ва етилган ҳашаротларга айланади. Етилиш даври 7—10 кун давом этади, буни инфекция ўчоғини назорат қилишда ва қайта-қайта санитария обработкасида ҳисобга олиш зарур. Бит тошмали терламага чалинган касал қонини сўриб бўлиб, 4—5 кун ўтгандан кейин юқумли бўлиб қолади, бу муддат мобайнида бит ичаги эпителийларида кўпайиб боради. Эпителий ҳужайралари емирилиши муносабати билан риккетсиялар ичак бўшлиғига тушиб, ахлат билан бирга кўп миқдорда ажралади. Бит қон сўраётган пайтда қичишиш-



24- расм. Битлар (юқори қаторда — бош бити, пастда — кийим бити).

ни келтириб чиқарадиган модда ажратади. Зарарланган битлар одатда 1,5—2 ой яшаши ўрнига 20—40 кун тирик қолади ва ичаклари ёрилиши натижасида ҳалок бўлади.

Эпидемик тошмали терлама учун касалликнинг мавсумий бўлиши характерлидир. Илгари касаллик қиш-баҳор фаслларида ҳаммадан кўра кўп қайд қилинган. Брилл касаллиги учун мавсумийлик ва касалликнинг айрим ҳолатлари хос бўлмайди. Брилл касаллиги, одатда, кекса кишиларда қайд қилинади, бу одамнинг илгари тошмали терлама билан оғриганлигидан ёки тошмали терлама ўчоғида бўлганлигидан далолат беради. Ҳитто Брилл касаллиги авж олган вақтда ҳам бемор қонида риккетсиялар кам бўлади. Шунга қарамасдан бити бор беморлар инфекция манбаи бўлиши мумкин. Тошмали терлама касаллигига мойиллик кучли бўлади, лекин кўпинча бу дардга 15 кун 40 ёшгача бўлган кишилар чалинади, бу уларнинг энг актив бўлишидан гувоҳлик беради. Касаллик бошдан кечирилгандан кейин бирмунча турғун иммунитет ишланиб чиқади.

Социал (ижтимоий) омиллар тошмали терлама эпидемиологиясида муҳим роль ўйнайди. Очарчилик, турмуш шароитининг ёмонлиги, ҳаммом, кир ювиш жойлари ва дезинсекция воситалари етишмаслиги, аҳоли санитария маданиятининг паст даражада эканлиги, аҳолининг очлик, уруш ва табиий офатлар муносабати билан бир жойдан иккинчи жойга кўчиб юриши (миграция) касаллик тарқалишига ёрдам беради. Чор Россиясида тошмали терлама жуда кенг тарқалган касаллик бўлиб, ҳамма ерда қайд қилинган эди. Инқилобдан сўнг граждандар уруши ва чет эл интервенцияси даврида, 1918 йлдан бошлаб тошмали терлама бирданига кўпайиб кетиб, 1918—1921 йилларда эпидемияга айланиб кетди. Улуғ Ватан уруши даврида немис-фашист босқинчилари босиб олган территорияларда тошмали терлама билан касалланиш ҳоллари кўпайди. Ҳозир тошмали терлама жанубий Африка, Жазоир, Марокко, Тунис, Эрон ва бошқа давлатларда қайд қилинади.

Патогенези. Риккетсиялар организмга бит чакқан жойдан тушиб, терини қашишда, ёриқларидан томир эндотелийси хужайраларида ўрнашади, бу ерда кўпайиб қонга тушади — риккетсемия юзага келади. Риккетсиялар бир қисмининг нобуд бўлиши натижасида токсин ажралади ва организм интоксикацияси бошланади. Қўзғатувчилар қон оқими билан майда қон томирлари эндотелийсига тушиб, касалликка хос морфологик ўзгаришларга сабаб бўлади. Бундай ўзгаришлар тромб ҳосил бўлишига, кейинчалик қон томир деворлари ва унинг атрофида пролиферация ўзгаришлари ривожланишига ва оқибат-натижада тромб-васкулитлар ва специфик гранулемалар ҳосил бўлишига олиб келади.

Қон томир ўзгаришлари ҳамма органларда ва тўқималарда, айниқса бош мия, тери, конъюнктиваларда, буйрак усти безларида, миокардда, талоқ ва буйракларда кузатилади. Бу зарарланишлар руҳ-кайфият, юрак-томир системаси, тери ва бошқа орган ва тўқималарнинг ўзига хос симптомларига сабаб бўлади. Органик ўзгаришларнинг қарама-қарши ривожланиш жараёни касалликнинг 18—20-кундан бошланиб, 4 ҳафта ва бундан кечроқ тугалланади. Баъзи ҳолларда организм риккетсиялардан бутунлай халос бўлмайди. Жараён яширин (латент) характерда бўлиб, қўзғатувчилар макрофаг системаси хужайраларида жойлашади. Касаллик қайталанишига (Брилл касаллиги) ўта жисмоний ва руҳий зўриқишлар, организм интоксикацияси сабаб бўлиши мумкин.

Клиник манзараси. Инкубацион давр 6 кундан 25 кунгача, кўпинча 12—14 кун давом этади. Касаллик

ҳарорат кўтарилиши, бош оғриши, жунжикиш, бутун тананинг увишиб оғриши, чанқоклик ва иштаҳа йўқолиши билан ўткир бошланади. Бош оғриғи кучайиб, қаттиқ азоб беради, уйқусизлик пайдо бўлади. Касалликнинг биринчи кунларида пайдо бўлган инжиқлик ва безовталаниш кейинчалик кўзгалувчанлик ҳолатига ўтади. Касаллик симптомларининг зўрайиб бориши (айниқса дармонсизлик ва ҳарорат кўтарилиши) касалликнинг 2—3— кундан беморларни ўринга ётишига мажбур қилади.

Касалликнинг биринчи кунларида бемор юзи гиперемияланади ва шишади, конъюнктива гиперемияси пайдо бўлади, кўз склераси томирлари кенгайган, қонга тўлган бўлади («куён кўзи»). Шунингдек бўйин ва тана юқори қисмининг териси ҳам гиперемияланади. Тил курукшаб, у пайпаслаганда иссиқ бўлади (Говоров — Годелье симптоми). Нафас қисади (марказий нерв системасининг бузилиши туфайли), ўрта меъёрдаги тахикардия, гипотония кузатилади. Касалликнинг 3-кунда кўз конъюнктивасининг ўтувчан бурмаларида майда нуқта-нуқта қон қуйилиши (Киари — Авцин симптоми) майда нуқтали қон қуйилишлар жгут билан қисиб қўйилган бурмаларда топилиши мумкин (жгут симптоми, Кончаловский — Румпель — Леде симптоми).

Касалликнинг 4—5-кунга келиб характерли тошмалар тошади (25-расм) ва шу билан касалликнинг дастлабки даври тугалланади. Касаллик авж олади. Дастлаб тошмалар розеолёз типда бўлади, кейин эса розеолёз-петехиал характерда бўлиб қолади, тананинг ён сатҳлари, кўкрак, орқага тошиб, бутун баданга тарқалади. Тошмалар кўп миқдорда тошиб, элементлари турли кўринишда ва катталиқда — кўкнор уруғидан то ясиқ дони катталигигача боради. Касалликнинг ўртача оғир турида тошма 12—14 кун давомида сақланиб туради. Тошма тошиши билан тана ҳарорати яна ошади, доимий ёки ремиттирловчи характерда бўлиб, 6—8 кун шундай сақланиб туради.

Иситма авж олган даврда қонда ўртача нейтрофил лейкоцитоз ($9-11^3 \cdot 11-10^9$ /л гача), тромбоцитопения, анэозинофилия қайд этилади, СОЭ соатига 18—25 мм гача ошган бўлади.

Тошма тошганда дастлабки даврда қайд этилган симптомлар кучаяди ва янгилари пайдо бўлади. Нерв системаси ўзгаришлари бирмунча яққон намоён бўлади. Эс-хуш кирар-чиқарли бўлади, алаҳлаш ва галлюцинациялар бўлиши эҳтимол, бемор безовта бўлиб қолади, баъзан ўзи билмаган ҳолда ўрнидан туриб, қаергадир чопишга уринади. Юқори ҳарорат вақтидаги бундай ҳолатлар терлама ҳолати номи билан маълум. Шунингдек менингоэнцефалит симп-

томлари: энса мушаклари тортишиши (ригидлиги), Керинг ва Брудзинский симптомлари, бойламлар рефлексларининг ошиши, оёқ-қўллар тремори (оз-моз қалтираш), нутқнинг бузилиши, ютиш бузилиши пайдо бўлади. Юрак уриш тонларининг бўғилиши, тахикардия, қон босимининг пасайиб кетиши қайд қилинади, коллапс рўй бериши эҳтимол. Жигар ва талоқ катталашади. Ич келмай қолади. Оғир ётган беморларда сийдик ва ахлат беихтиёр ажралиши ёки сийдик пуфаги тўлиб турса-да, сийдик оз-оз порцияларда чиқарилиши кузатилади.

Касалликнинг 12—14-кунига келиб тана ҳарорати тушиши билан тузалиш даври бошланади. Тана ҳарорати 2—3 кун давомида тезлашган лизис формасида, баъзан хавфли формада тушиб боради. Интоксикация камайиши муносабати билан аста-секин касалликнинг барча аломатлари ва энг аввал терлама ҳолати барҳам топади. Тошма йўқолади, эс-хуш жойига кела бошлайди, атрофдагиларга қизиқиш пайдо бўлади, уйқу яхшиланади, иштаҳа ошади, сийдик ажралиши, пульс ва қон босими нормалашади. Аммо бемор аҳволининг анчагина яхшиланишига қарамай, у анча вақт ва кўпинча умумий дармонсизликдан, оёқлари нерв толалари бўйлаб оғришидан шикоят қилади. Марказий нерв системаси салга таъсирланади.

Тошмали терлама кечишининг оғир-енгиллигига қараб, энгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формалари фарқ қилинади. Ҳозирги вақтда терламанинг кечиши юқорида баён қилинган классик кечишига қараганда ўзгарди.

Касалликнинг энгил формалари эпидемиологик нуқтаи назардан кўпроқ диққатга сазовордир. Бунда тошмали терлама учун характерли бўлган симптомлар — иситма, тошма тошиши, интоксикация ҳодисалари, нерв ва юрак-томир зарарланишлари кам ифодаланган. Тана ҳарорати 38—39°С атрофида 7—9 кун сақланиб туради. Розеолалар терламанинг устун келадиган формасидир. Бош оғриғи ва уйқусизлик ифодаланган бўлса-да, нерв системаси бузилишлари бўлмайди ёки деярли билинмайди.

Брилл касаллиги эпидемик тошмали терламага қараганда энгилроқ кечади. Терлама ҳолати бир қадар суст ва кўп давом қилмайдиган бўлади. Иситмалаш даври 8—11 кун давом этади. Касаллик аввалига аксари ўткир ўтиб, тана ҳарорати тез пасайиб боради.

Асоратлари. Ҳозир тошмали терламада асоратлар камдан-кам учрайди. Уларни 4 та гуруҳга бўлиш: 1) қон томирлар ва юрак шикастланишлари ҳисобланган коллапс, тромбоз, тромбоземболия, мия томирларининг узилиши, у

оқибат-натижада гемипарезлар ёки ҳатто фалажлар, миокардитлар ва ҳоказолар гуруҳи; 2) марказий ва периферик нерв системасида юз берадиган психозлар, полирадикулитлар, невритлар гуруҳи; 3) иккиламчи инфекция қўшилиши билан боғлиқ бўлган зотилжам, отит, паротитлар, фурункулёзлар, абсцесслар гуруҳи; 4) аралаш, яъни қон томирлар ва марказий нерв системаси шикастланишлари ва уларга иккиламчи инфекция қўшилган ҳолда кузатиладиган қулоқ супачаси, қўл-оёқ панжалари гангрена, ётоқ жаралар, тромбофлебит, нефрит, нефрозонефрит гуруҳига бўлиш мумкин.

Диагнози. Касаллик диагностикаси клиник, эпидемиологик ва лаборатория маълумотларига асосланади. Касалликни аниқлашда серологик текшириш методи муҳим ўринни эгаллайди. Ана шу мақсадда лабораторияга касалликнинг 5—7-кунларидан бошлаб 3—5 мл микдорда қон жўнатилади. Айниқса специфик риккетсиоз антигенига нисбатан серологик реакциялар: риккетсияларнинг агглютинация реакцияси (РАР), комплементларнинг боғланиш реакцияси (РСК), билвосита гемагглютинация реакцияси (РНГА), иммунофлюоресцент реакцияси (РИФ) ва аллергик синамалар айниқса сезувчан бўлади. Корпускуляр антигенли риккетсиялар билан қилинган агглютинация реакцияси (РАР) 1:160 ва ундан юқори титрларда мусбат ҳисобланади. Лекин бу реакциялар чекланган ҳолда қўлланилади, чунки улар ҳамма вақт ҳам аниқ натижа бермайди ва ретроспектив диагностика учун яроқсиз ҳисобланади. Комплемент боғланиш реакцияси (РСК) корпускуляр ёки эрувчан риккетсия ангитенлари билан қўйилади. Зардобни 1:160 ва ундан кўпроқ суюлтирилган титр диагностик титр ҳисобланади. Антителоларнинг максимал даражаси касалликнинг 12—20-кунларида 1:640—1:1280 титрида аниқланади. Билвосита гемагглютинация реакцияси (РНГА) тошмали терлама диагностикаси учун энг қимматли ҳисобланади, у касалликнинг 3—5-кунидан қўйилиб, 1:250 ва бундан юқори титри мусбат ҳисобланади. Антителоларнинг максимал даражаси касалликнинг 14—20-кунидан 1:1000 ва ундан юқори титрида аниқланади.

Давоси. Ҳозирги замон даволаш чоралари тана ҳароратининг анча тез тушишига, интоксикациянинг бартараф этилишига, тошмаларнинг камайиб кетишига олиб келади. Бироқ антибактериал даволаш курси қон томирлар ва нерв системасининг издан чиққан функцияларининг қайта тикланиши, организмнинг касаллик қўзғатувчиларидан ҳоли бўлишини таъминлай олмайди.

Касалликнинг оғир-енгиллигига қараб касалликнинг

бошланғич ва авж олган даврларида тетрациклин қаторига мансуб қуйидаги антибиотиклар қўлланилади: тетрациклин, хлортетрациклин, тетраамицин, олететрин суткасига 4 марта 0,3 г дан ичиш учун буюрилади. Левомецетин таъсирчанлигига кўра тетрациклин қаторидаги препаратларга қараганда камроқ наф берса-да, лекин зарурат туғилганда суткасига 4 маҳал 0,5 г дан ичиш учун тайинланади.

Интоксикацияни камайтириш учун венага 800—900 мл дан 5% ли глюкоза эритмаси ёки изотоник натрий хлорид эритмаси юборилади. Қон айланиши бузилганда 10% ли глюкоза эритмаси, Рингер эритмаси, мезатон (1 мл 1% ли эритма), строфантин (0,3—0,5 мл 0,5% ли глюкоза эритмаси билан) венага аста-секин юборилади. Қўзғалиш ҳодисаларида барбитуратлар, бромидлар, аминазин ва бошқалар тайинланади. Тромбозларнинг олдини олиш учун антикоагулянтлар (гепарин, фенилин, пелентан) тайинланади.

Беморларни тўғри парвариш қилиш катта аҳамиятга эга. Беморда ётоқ яралар тез ва осонликча пайдо бўлиши мумкин. Шунинг учун касални тез-тез бир ёнбошидан иккинчисига ағдариб туриш, матрац ва чойшаблар букланиб қолмаслигига қараб туриш лозим. Оғир ётган беморларни резинали доирага ётқизиб қўйилади. Қуймич, думғаза ва кураклар соҳаси камфорали спирт билан артиб турилади. Илиқ сув билан (37—38°С) артиб туриш, илиқ (35—37°С) ванналар қилиш касалга ором беради.

Беморлар ичакларининг мунтазам бўшалиб туришига ва сийиб туришига қараб бориш зарур. Бемор ўзи муолажа қила олса, натрий гидрокарбонатнинг 0,5—2% ли эритмаси билан оғзини чайиб туриши тавсия этилади. Бемор ўзи оғзини чайқай олмаса, тишларини тозалай олмаса, унинг оғиз бўшлиғини глицерин қўшилган 2% ли борат кислота эритмасига шимдирилган дока-пахта тампони билан кунига 2—3 марта артиб туриш лозим.

Беморларга бериладиган овқат авайлайдиган, етарлича тўйимли ва витаминга бой бўлмоғи зарур. Беморларни оз-оздан, тез-тез овқатлантириб туриш керак. Беморлар доим чанқаб тургани учун уларга тез-тез мўл-кўл суюқлик бериб туриш лозим. Ҳарорат нормага тушиб 7—8-кундан бошлаб беморларга туриб юришига рухсат этилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Асосий чора-тадбирлар инфекция манбаига қарши кураш ва аҳоли ўртасида педикулёзни бартараф этишга қаратилган.

Тошмали терламага шубҳа қилинган беморлар дарҳол касалхонага ётқизилади, иситмалаб ётган беморлар 5 кун-

гача диагнози аниқ бўлмаса, эҳтиётдан госпитализация қилинади.

Тошмали терламага чалинган беморларни дастлабки 5 кун ичида госпитализация қилган маъқул, чунки инфицирланган бит ана шу вақт ичида атрофдагиларга касаллик юқтира олмайди. Беморларни ажратиб қўйиш ҳарорат нормаллашишининг камида 12-кундан кейин бекор қилинади.

Педикулёзга қарши тадбирлар тегишли санитария-гигиеник ва эпидемияга қарши режимларни бажаришга қаратилган умумий тадбирлар комплексини ҳамда педикулёз топилган шахсларда санация ўтказиш бўйича специфик тадбирларни ўз ичига олади. Аҳоли ўртасида педикулёзнинг олдини олиш ва унга қарши курашга доир тадбирлар инфекцион касалликларни профилактика қилиш бўйича комплекс режаларга биноан ўтказилиб, улар тегишли вазирликлар ва идоралар, маориф органлари ва муассасалари, тураржой ва коммунал хўжалиги, давлат агросаноат бирлашмалари ва бошқалар билан келишиб олинади, халқ депутатлари Кенгаши ижроия комитетларида тасдиқланади. Бу режаларда қуйидаги тадбирларни бажариш кўзда тутилади:

уюшган жамоаларда тегишли санитария-гигиеник ва эпидемияга қарши режимларга риоя қилиш — ҳаммом, кирхона, душхона, санпропускник, иссиқ сув, алиштириб туриладиган оқликлар билан таъминлаш;

педикулёзли одамларни топиш ва санация қилиш учун аҳолини планли кўздан кечириб туриш;

аҳоли орасида педикулёз профилактикаси бўйича санитария-оқартув ишини олиб бориш: 7—10 кунда кам деганда бир марта мунтазам чўмилиш, шу муддатларда ич кийими ва ўрин-кўрпа анжомларини алиштириш; вақт-вақтида соч олдириш ва ҳар куни соч тараш; кийимбош, ўринбош анжомларини мунтазам тозалаб туриш, хоналарни мунтазам йиғиштириб тозалаш, уй жиҳозларини озода ва шинам тутиш;

— кўздан кечирилганда педикулёз топилган шахслар инфекцион касалликларни ҳисобга олиш, журналида ҳисобга ва рўйхатга олинади, СЭС нинг дезинфекция бўлимида ёки дезинфекцион станцияга телефон орқали хабар қилинади ва шошилиш хабарнома юборилади;

— кийим бити топилганда ёки аралаш педикулёзда кишилар ва уларнинг кийимбоши СЭС нинг дезинфекция бўлимлари ёки дезинфекцион станцияларнинг кучи билангина тозаланади;

— педикулёз ўчоғи у дезинфекция қилингандан кейин

1 ой кузатилади (10 кунда 1 марта кўздан кечирилади); уч марта текширилгандан манфий натижа олинishi ўчокнинг тоза бўлганидан далолат беради.

Специфик профилактика эпидемиологик кўрсатмаларга қараб ўтказилади. Эмлаш учун қуруқ тирик, тошмали терлама Е вакцинасидан (қуруқ ЖКСВ-Е) фойдаланилади. Риккетсияларнинг эрувчан антигенидан ҳимиявий тошмали терлама вакцинаси олинган. Вакцина 0,5 мл дозада бир марта тери остига юборилади.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и ч о р а - т а д б и р л а р . Беморни дарҳол касалхонага ётқизиш, эпидемиологик текширув ўтказиш, беморлар билан контактда бўлган кишиларни кузатиб бориш, лаборатория текшируви ўтказиш, инфекция ўчоғининг дезинсекция обработкасini ўтказиш, шунингдек, инфекция ўчоғи атрофида бўлган (кўрсатмаларга қараб) аҳолини текшириш ва санитария обработкасидан ўтказишдан иборат.

Бемор касалхонага ётқизилгандан кейин инфекция ўчоғида дезинсекция шаҳарларда кечи билан 3 соат оралатиб, қишлоқ жойларида эса хабар олинган пайтдан 6 соат ўтказиб қилинади. Беморни касалхонага жўнатишдан олдин тоза кийим-кечак кийишига рухсат этилмайди.

Бемор билан контактда бўлган шахслар санитария обработкасидан сан-пропускникларда ёки шунга мослаштирилган ҳаммомларда ўтказилади, бунда кишиларнинг маълум тартибда ўтишига риоя қилинади. Беморлар ва улар билан контактда бўлган шахсларнинг бутун кийим-кечаги ва ўрин-кўрпаси дезинсекцияси формалин буғи ёки иссиқ ҳаволи камераларда қилинади, бинолар ва уй жиҳозлари қуйидаги воситаларнинг бири: хлорофоснинг 0,5% ли эритмаси, метилацетофоснинг 0,5% ли эритмаси, 5% ли лизол эритмаси, 10% ли дилор дусту, 1% ли неопин дусту билан 1 м² сатҳга 10—15 г ҳисобида ишланади.

Камералар бўлмаган тақдирда юмшоқ буюмлар, ич кийим ва кўрпа-ёстиқ ажомлари совун-содали эритмада қайнатилади ёки ювилувчи 1 кг кирга 4 литр ҳисобида қуйидаги эритмаларга: карбофоснинг 0,15% сувли эмульсияси (20 минут), дикрезилнинг 0,25% сувли эмульсиясига (20 минут), метилацетофоснинг 0,5% сувли эмульсиясига (30 минут) солиб ивитиб қўйилади ва сўнгра ювилади.

Юмшоқ нарсалар ва кийим-кечакни (5 литр метилацетофос, 1% ли неопин, 10% дилор, 2% дуст сульфолан) билан пуркаш йўли билан обработка қилиш ёки кирни ивитиб қуйиш учун қўлланувчи сувли эмульсиялар билан ювиш мумкин. Обработка қилиб бўлгач, нарсалар тахланади

ва чойшабга ўраб, 2—3 соат қўйиб қўйилади ва сўнгра шамоллатилади.

Бошда педикулёз бўлганда (1 дан 10 нусхагача, сиркаларни ҳам ҳисоблаганда) механик усул қўлланилади — хашаротлар ва тухумлари сирка тарок қилинади, соч олдирилади ёки қирдириб ташланади. Йиғилган соч когози ёки клеёнкаси билан куйдирилади. Сочни тозалашдан олдин бош ювилади, илиқ ошхона сиркаси ёки 5—10% ли илиқ сирка кислота эритмаси билан чайилади. Сўнгра сочдаги сиркаларни тарокдан пахта ёки ип ўтказиб сирка тарок қилинади.

Педикулёз ўртача ва катта даражада бўлганда (10 нусха ва бундан кўп) инсектицидлар — педикулицидлардан фойдаланилади (5 ёшгача болалар, эмизикли ва ҳомиладор аёллар, терисида майда шикастлари, дерматит, экзема кабилар бўлган кишиларда бу препаратларни ишлатиш ман қилинади).

Тананинг сочили қисмларига қуйидаги инсектицидлар ишлатилади: карбофоснинг 0,15% ли сувли эмульсияси; бензилбензоатнинг сув-совунли суспензияси (10—30 мл), 5% ли боратли малҳам (10—25 г), НИТТИФОР лосьони (50—60 мл); 10% ли сувли — сувун-керосин эмульсияси (5—10 мл); кўрсатиб ўтилган препаратлар ишлатилганда экспозиция — 20—30 мин, НИТТИФОР лосьони қўлланилганда — 40 мин. Бошдаги сочларга препарат суртилгандан ва ювилгандан кейин сочларни сирка кислотанинг 5—10% ли сувдаги илиқ эритмаси билан чайилади.

Беморлар билан контактда бўлганларни 25 кун давомида кузатиб бориб, албатта, ҳар куни тана ҳарорати ўлчаб турилади ва педикулёз бор-йўқлигига кўриklar ўтказилади. Инфекция манбаини аниқлаш мақсадида беморлар билан бўлган барча шахслар, шунингдек кейинги уч ой ичида бирорта иситма касаллиги билан оғриганлар лаборатория текширувидан ўтказилади (РСК ва РНГА) РСК ва РНГА реакциялари мусбат бўлиб чиққан шахслар топилганда, улар махсус медицина кузатувида бўлади, бунда такрор серологик текширишлар ўтказилади. Беморлар билан контактда бўлганлар орасида тана ҳарорати кўтарилган кишилар топилганда улар диагнозни ойдинлаштириш учун госпитализация қилинади.

КАЛАМУШ ТАРҚАТУВЧИ ТОШМАЛИ ТЕРЛАМА

Этиологияси. *Rickettsia typhi* (Музер риккетсияси) каламуш тарқатувчи тошмали терлама кўзгатувчисидир. Риккетсиялар ташқи муҳитда чидамли бўлиб, қуритилганида улоқ сакланади.

Эпидемиологияси. Каламушлар ва сичқонлар инфекция манбаи бўлиб, каламуш бургаси ва гамаз каналари — касаллик тарқатувчилар бўлиб хизмат қилади. Қўзғатувчиларнинг каламуш сийдиги орқали озиқа маҳсулотларига тушиши одам учун катта эпидемиологик аҳамиятга эга. Риккетсияларнинг қуритишга нисбатан чидамли бўлиши касалликни аэроген юқтириш мумкинлигига сабаб бўлади.

СССР да касалликнинг спорадик ҳодисалари Қора денгиз ва Каспий денгизи соҳилларида, шунингдек, бошқа ерларда қайд қилинган. Касаллик аксари йилнинг иссиқ пайтларида пайдо бўлади.

Патогенези. Тошмали терламада бўлгани сингари.

Клиникаси. Инкубацион (яширин) даври 5—12 кун давом этади. Ҳарорат тез кўтарилиб, 38—40°С га этади. Иситмалаш даври икки ҳафтага яқин давом этади. Қўлоёқ бўғимларида, белда оғриқлар ва бош оғриши характерлидир. Касалликнинг 6—7-кунига келиб розеолёз тошмалар пайдо бўлади, бир неча кундан сўнг розеолёз-папулалар бўлиб қолади. Тошмалар юзга, қоринга, орқага ва ҳатто қўл қафтларига ва оёқ тагига тошади. Брадикардия қайд қилинади, каламуш тарқатувчи терламанинг клиник манзараси эндемик тошмали терламага ўхшаб кетади, лекин касаллик бир қадар енгил ўтади.

Асоратлари камдан-кам кузатилади.

Диагнози. Диагностика клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланади. Лабораторияда текшириш учун венадан 5 мл миқдорда қон олиниб, лабораторияга юборилади. Олинган қон биосинама (эркак-денгиз чўчқаси қорин бўшлиғига 3 мл қон юборилади, шундан кейин тухум пардалари яллиғланади) ва РАР ва РСК реакцияларини қўйиш учун ишлатилади.

Даволаш. Тошмали терламада қандай бўлса, бунда ҳам худди шундай.

Профилактика ва кураш тадбирлари. Олдини олиш тадбирларини планли равишда ўтказиш, озиқ-овқат маҳсулотларини кемирувчилардан сақлашдан иборат. Эмлашлар эпидемиологик кўрсатмаларга қараб ўтказилади.

ШИМОЛИЙ ОСИЁ КАНА РИККЕТСИОЗИ (IXODORICRETTISIOSIS ASIATICA)

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси — *Rickettsia sibirica*-дир. Хужайралар шикастланганида қўзғатувчилар ядрода жойлашади.

Эпидемиологияси. Сичқонсимон кемирувчилар, юмронқозиклар, бурундуклар инфекция манбаи бўлиб хизмат қи-

лади, булар кўзгатувчиларни ўзида йиллаб сақлаб туради ва уларни трансовариал тарзда наслдан-наслга ўтказиб туради.

Шимолий Осиё кана риккетсиозининг табиий ўчоқлари Сибирда, Узоқ Шарқда ва қисман Ўрта Осиёда учраб туради. Касаллик ходисалари каналарнинг активлашган даври бўлмиш баҳор-ёз ойларида қайд қилинади.

Патогенези. Тошмали терламада қандай бўлса, худди шундай.

Клиникаси. Инкубацион давр ўрта ҳисобда 3—5 кун давом этади. Касаллик ҳароратнинг 39,5—40°C га кўтарилиши, эт увишиши билан ўткир бошланади. Тана ҳарорати юқори даражада 8—14 кун давомида юқорилигича сақланиб туради ва 3—5 кун давомида литик тарзда пасайиб боради.

Кана чаққан жойда терида кичик зич инфилтрат пайдо бўлиб, усти жигарранг пўстлоқ билан ўралган ва атрофи гиперемия ҳалқаси билан қопланган. Касалликнинг 4—5-кунига келиб, мўл розеолез-папулёз тошма тошиб, кўкрак, орқа, қўлларнинг букиладиган сатҳи, юз ва баъзан қўл кафтлари ва оёқ тагини қоплайди. Қонда нейтрофилёз қўшилган ўртача лейкоцитоз, СОЭ ошганлиги қайд қилинади.

Диагнози. Касаллик клиник, эпидемиологик маълумотларга ва лаборатория натижаларига асосланиб аниқланади. Вемор қони лабораторияга (касалликнинг 7—11-кунда) жўнатилиб, РАР ва РСК реакциялари қўйилади.

Даволаш. Тошмали терламада қандай бўлса, худди шундай.

Профилактикаси ва кураш тадбирлари. Дератизацион чораларни планли равишда ўтказиш, каналар хужумидан индивидуал сақланиш ва уларни қириб ташлашдан иборат.

КУ ИСИТМАСИ (Q-RICRETTISIOSIS)

Этиологияси. Бернет риккетсияси касаллик кўзгатувчисидир. Куритишга ва ультрабинафша нурлар таъсирига чидамлилиги билан фарқ қилади. Водопровод сувида — 160 кунгача, сутда — 125 кунгача, ёғ ва гўшда ҳарорат паст бўлганда 30—40 кунгача сақланиб туради.

Эпидемиологияси. Ҳайвонлар, шунингдек қушларнинг талайгина тур-хиллари табиий ўчоқларда инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Иксод, камроқ аргас-гамаз ва бошқа каналар инфекцияни ташиб юради ва унинг резервуарлари ҳисобланади. Инфекцияланган каналар хонаки ҳайвонларга хужум қилади, шу тариқа иккиламчи антропоургик ўчоқлар пайдо бўлади ва бундай шароитда ўзаро яқин турган

ҳайвонлар бир-бирига касаллик юктиради. Ҳайвонларда касаллик аксари латент тарзда кечади.

Сути (17—40 кун), ахлати, сийдиги, плацентаси ва ҳомила атрофидаги суюқлик билан риккетсиялар ажратадиган инфицирланган хонаки ҳайвонлар инфекция манбаи сифатида энг катта аҳамиятга эга. Инфекцияни юктириш йўллари турли-туманлиги: ҳаво-чанг орқали, контакт (касал ҳайвонларга қараш, юкумли бўлган хомашёга қўл теккизиш); озиқ-овқат (сутли ва бошқа маҳсулотларни истеъмол қилиш); сув йўли (инфицирланган сувда чўмилиш, уни ичиш) ва бошқалар. Ку иситмаси учун характерли бўлади.

Зотилжам ривожланганда касал кўзгатувчиларни балғам билан бирга ажратиши мумкин, бу — кўзгатувчиларни ҳаво-томчи ва контакт йўли билан тарқатувчи бундай касалларга инфекциянинг потенциал манбаи деб қарашга даъват этади.

Касаллик бутун йил давомида қайд этилиши мумкин. Қишлоқ жойларида касаллик баҳорда ва қишлоқ хўжалик ҳайвонлари болалаганида кўпроқ қайд қилинади.

Ку иситмаси турли иқлим-географик зоналарда топилади. СССР да асосан Ўрта Осиёда ва чорвачилик ривожланган бошқа районларда учраб туради.

Патогенези. Риккетсиялар инфекциянинг кириш дарвозасидан (нафас йўллари шиллиқ пардаси, тери, ҳазм йўли) лимфа йўли билан қонга тушиб (бирламчи риккетсиемия), ундан ички органлар (жигар, талок, буйраклар) га кириб олиб, кўпаяди ва иккиламчи риккетсиемия ва токсемияни келтириб чиқаради.

Клиник манзараси. Инкубацион (яширин) давр 3 дан 32 кунга қадар ўзгарувчан бўлиб, 12—19 кун давом этади. Аксари дард эт увишувидан, тана ҳароратининг 39—40°С гача кўтарилишидан бирдан бошланади.

Клиник симптомларнинг турли-туманлиги характерли. Беморлар беҳоллик, аъзои баданининг қақшаб оғриши, кўп терлаш, қаттиқ бош оғриши, мушакларда, бўғимларда, белда оғрик, уйқу бузилишидан шикоят қиладилар. Беморларнинг бир қисмида кўнгил айнийди, улар қайт қилади, иштаҳаси бўлмайди, қуруқ йўталади, бурни қонаб туради. Иситма даври 3 дан 15 кунгача, аксарият 7 дан 9 кунгача давом қилади. Гавда ҳароратининг катта рақамларда ўзгариб туриши қайта-қайта эт жунжикиши, кўп терлаш билан ўтади. Пульс гавда ҳароратидан орқада қолади, брадикардия, гипотония қайд қилинади. Гавда ҳарорати тезлашган лизис типи бўйича пасаяди. Беморларнинг бир қисмида нафас органларининг зарарланиш симптомлари (трахе-

ит, бронхит, зотилжам) пайдо бўлади, улар курук йўтал, кўкрак қафасида оғриқлар билан ўтади. Ўпкадаги ўзгаришлар рентгенологик текширишлар ёрдамида топилади.

Кўзгатувчилар организмга озиқ-овқат маҳсулотлари билан тушганда диспептик бузилишлар, қоринда оғриқ устунлик қилади. Айрим беморларда бўғимларда оғриқ, розеолли, розеола-петехияли ва бошқа тошмалар пайдо бўлишни касалликнинг аллергик кўринишлари билан боғлайдилар. Беморларда қонда лейкопения, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, нисбий лимфоцитоз ва моноцитоз қайд қилинади, СОЭ ошган. Айрим беморларда касаллик оғир кечиши, ҳарорат баланд бўлиши, нерв ва юрак-томирлар системалари иши пасайиб кетиши, талоқ катталашуви мумкин. Реконвалесценция даври 2—4 ҳафта давом қилади. Касаллик қайталаниши, хроник турга ўтиши мумкин.

Диагнози. Диагностика клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланади. Лаборатория методида текшириш энг аниқ усул ҳисобланади. РСК реакцияси ва Бернет риккетсиясидан олинган специфик эрувчи ангиген билан қўйилладиган микроагглютинация реакцияси учун касалликнинг 7—10-кунидан бемордан 5 мл қон олиб лабораторияга жўнатилади. РСК ва микроагглютинация реакцияси титри 1:8—1:16 бўлганда мусбат ҳисобланади, аммо диагнозни тасдиқлаш учун такрор текширув ўтказилиши зарур, у антителолар титри ортиб боришини кўрсатган бўлар эди. РФА диагностиканинг ишончли методи ҳисобланади. Бево-сита ва ретроспектив диагностика учун Бернет риккетсияларининг тозаланган аллергени ёрдамида тери остига қилинадиган синамадан фойдаланилади. Касалликнинг биологик синамаси учун бемордан биринчи кунларидаёқ 5—6 мл қон олиб, оғирлиги 200—250 г келувчи 2 та денгиз чўчкачасига юборилади. Хайвонларнинг ҳар куни ҳарорати ўлчаб борилади; улардан бирини ҳарорат энг баланд бўлганда ўлдирилади, иккинчисини эса серологик текширишлар ўтказиш учун олиб қолинади.

Даволаш. Тошмали терламадаги каби.

Қайталаниш имкониятини назрда тутиб, тетрациклин билан даволашни гавда ҳароратининг даражаси ва беморнинг умумий ҳолати қандайлигидан қатъи назар, 8—10 кун давом эттирилади.

Профилактикаси ва кураш тадбирлари. Табиий ўчоқларда профилактика тадбирлари каналарни қириб ташлаш ва уй хайвонларини каналардан ҳимоя қилишга қаратилади. Ана шу мақсадда каналар активлашган даврда мунтазам равишда уларни дезинсекция воситалари (карбофос, пиретрум ва б.) билан обработка қилинади. Зарарланган хай-

вонлар ажратиб қўйилади. Ку иситмаси рўй бериши эҳти-моли бор хўжаликларда тегишли иш тартиби ташкил этилиб, карантин ва чорвадорларнинг шахсий профилактика чо-ралари белгиланади. Зарарланган ҳайвонларни парвариш қилиш учун фақат Ку иситмасини бошидан ўтказган ёки шу касалликка қарши эмланганларга рухсат этилади. Чор-ва хўжаликларида ишловчилар махсус кийим кийиб юриш-лари, ҳайвонларга парвариши вақтида ва ҳайвонлар сўйила-диган жойларда, қушхонада шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишлари керак. Аҳоли ўртасида санитария-оқартув ишлари олиб борилади.

Касаллик тарқалган районларда сутни албатта қайна-тиш, сув маҳсулотларини эса фақат қайнаган сутда тайёр-лаш зарур. Ҳайвон жунлари албатта юкумсизлантирилиши лозим.

Ку иситмаси бўйича эндемик бўлган районларда ла-геръ ва дала шийпонларини ўрнатиш иши кемирувчи ва каналар йўқ жойларда, дезинсекция ва дератизация тад-бирлари олиб ўтказилгандан кейингина ташкил этилиши керак. Каналар ҳужумидан сақланишнинг шахсий муҳофа-заси (муҳофазаловчи кийимлар кийиш, баданнинг каналар чаққан жойларини кузатиб бориш, кийимларни репеллент-ларга шимдириб олиш) зарурдир. Беморлар клиник кўр-сатмаларга кўра шифохоналарнинг юкумли касаллик бў-лимларига ётқизилади.

Бемор ажратмалари ва ифлос теккан оқликлар дезин-фекция қилинади. Ходимлар беморни парвариш қилаётган-да шахсий хавфсизлик қоидаларига риоя қилишлари керак.

Касаллик тарқалган районларда чорва хўжалиги, қуш-хона ва чорва маҳсулотларини қайта ишловчи, корхона ходимлари ўртасида специфик профилактика тадбирлари амалга оширилади. Тирик қуруқ вакцина М—44 (натрий хлориднинг изотоник эритмасида эриб бўлгач) тери ус-тига ёки драже ҳолида перорал юборилади. Ревакцинация бирламчи эмлашдан 2 йил ўтгандан кейин амалга оши-рилади.

БОРРЕЛИОЗЛАР

ҚАЙТАЛАМА ЭПИДЕМИК ТЕРЛАМА (TYPHUS RECURRENS EPIDEMICUS)

Этиологияси. Қайталама терламани боррелиялар келти-риб чиқаради. Касаллик кўзғатувчилари фақат одам ва бит организмда тирик сақланади. Боррелиялар кишилар ва маймунлар учун патоген бўлиб ҳаракатчан, шаклига кўра спирални эслатади, анилин бўёқларига бўялади.

Эпидемиологияси. Касал киши иситма хуружи тутган пайтда инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади, аммо инфекциянинг апирексия (хуружлар оралиғи) даврида ҳам тарқалиши эҳтимоли бор.

Кийим бити, камроқ бош бити инфекция ташувчи ҳисобланади. Бемор қонини сўриб тўйган бит 5—7 кундан сўнг 28 кун давомида юқумли бўлиб қолади. Инфекция зарарланган бит эзиб ўлдирилганда ёки оёқчалари синиб, гемолимфасининг қашилган терига ёки кўз шиллиқ пардаларига тушиши вақтида юқади.

Одам қайталама терламага ўта мойилдир. Бўлиб ўтган касалликдан кейин иммунитет мустаҳкам бўлмайди. Қайта-қайта касалланиш ҳоллари кўп учраб туради.

Инфекция ўтишининг мураккаб механизми туфайли унинг эпидемияси фақат санитария шароитларининг ўта қониқарсиз даврларида, аҳолининг ёппасига бит босиш вақтларида, уларни уруш, очарчилик орқасида тез-тез бир жойдан иккинчи жойга кўчиб ўтиши даврларида юз беради.

Қайталама терлама тошмали терлама сингари ҳар тарафлама эпидемик тарзда тарқалишга қодир. Қайталама терлама инқилобдан олдинги даврда чор Россиясида кенг тарқалган эди. Гражданлар уруши даврида бу касалликнинг катта эпидемиялари қайд қилинарди. Кейинчалик мамлакатимизда бу касаллик умуман тугатилди. Ҳозирги вақтда қайталама терлама Яқин Шарқ, Шимолий Африка, Шарқий-Жанубий Осиё мамлакатларида кузатилади.

Патогенези. Боррелиялар шикастланган тери қопла-лари ва кўз шиллиқ пардаси орқали кириб, қонда, ички органларда ва марказий нерв системасида кўпаяди. Уларнинг бир қисми қонда нобуд бўлиб, ўзидан эндотоксин ажратади. Боррелиялар ва токсинларининг қонда тўпланиши иситмалаш, бош ва мушаклар оғриши билан бирга давом этади. Эндотоксин қон томирларни шикастлаб, улар ўтказувчанлигини издан чиқаради, талоқ ва жигарда геморагик инфарктлар ва некрозлар пайдо бўлади, марказий нерв системасининг шикастланиш симптомлари юзага келади. Касаллик хуружининг охирида организмда боррелияларни парчалаб юборадиган антителолар ҳосил бўлади. Иситманинг кейинги хуружларини кўмиқда, ички органларда, марказий нерв системасида сақланган боррелиялар келтириб чиқаради, бунда боррелияларнинг янги авлодига йўл очилиб, улар бирламчи боррелиялардан антигенли структура бўйича фарқ қилади.

Клиникаси. Инкубацион давр одатда 7—8 кун давом этса-да, 3 кундан 15 кунгача ўзгариб туриши мумкин. Қайталама терлама тўсатдан, ўткир бошланиб, кучли эт

увишади, бош оғрийд, одам қайт қилади. Орадан 1—2 соат ўтгач, тана ҳарорати 39—40°С гача ва бундан юқори кўтарилади. Тананинг максимал ҳарорати (40—41°С) касалликнинг 2—3-кунда қайд қилинади. Оғриқ нерв йўллари ва бўғимларда ҳам кузатилади. Беморлар хасталикнинг биринчи кундан бошлаб ўрин-кўрпа қилиб ётишга мажбур бўлади. Териси қуруқ, тили қалин оқ қараш бойлаган, нам бўлади. Иштаҳа йўқолади, аксари диспептик бузилишлар кузатилади. Иситманинг 2-кунда талок катталашади, чап қовурға остида оғриқ пайдо бўлади. Касалликнинг 3—4-кунда тери ва кўз склерасининг сарғиш рангга кириши, жигар чегарасининг катталашуви кузатилади. Юрак-томир етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда касалликнинг 4—5-кунда тошма тошади (майда, қизғиш, петехиал ва доғли), у бир неча соатдан сўнг йўқолиб кетади. Қон томирлари ва шиллиқ қават пардалари ўтказувчанлигининг ортиши, қонда тромбоцитлар сонининг камайиб кетиши муносабати билан бурундан қон оқиши мумкин.

Қонда касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб нейтрофилларнинг чапга силжиши билан кечадиган лейкоцитоз ва ўрта миёна ифодаланган гипохром анемия қайд қилинади.

Хуружлар орасидаги даврда (апирексия) лейкоцитоз ўрнига лейкопения, нейтрофилёз ўрнига эса лимфоцитоз ва плазматик ҳужайраларнинг кўпайиши кузатилади. Касалликнинг сўнгги кунларида эозинофилия пайдо бўлади. Касалликнинг биринчи хуружи 5—7 кун давом этиб, критик равишда тугалланади. Мўл-кўл терлаш натижасида тана ҳарорати пасайиб бориб, нормага етади. Апирексия даврида беморнинг умумий аҳволи тезда яхшиланади. Нормал тана ҳароратининг 6—9-кунлари касалликнинг иккинчи хуружи бошланади ва бунда биринчи хуруж давридаги ҳамма симптомлар такрорланади. Иккинчи хуруж даври 3—5 кун давом этади. Ҳар бир кейинги хуруж олдингисига нисбатан қисқа мддатли бўлади. Апирекция даври эса, аксинча, ҳар бир хуруждан сўнг муддати узая боради. Кўпчилик ҳолларда қайталама терлама бир неча хуруж тутиши билан давом этади.

Асоратлари. Кўпинча беморларда бурундан қон кетиши, ҳомиладорларда аборт ва кучли (профуз) қон кетиши билан кечадиган бола ташлаш ҳоллари юзага келади. Талокнинг инфаркти энг оғир асорат бўлиб, у баъзан талок йирингланиши ёки ёрилиб кетиши билан тугалланиши мумкин, бу ҳалокатли қон кетишига ва перитонитга олиб келади. Диффуз нефрит ривожланиши эҳтимол.

Диагнози. Қайталама терламани иситма хуружи тутган

вақтда аниқлаш катта қийинчилик туғдирмайди. Диагноз клиник, лаборатор ва эпидемиологик маълумотларга асосланиб қўйилади. Лабораторияга текшириш учун бармоқдан қон олиниб, иккита қон суртмаси ва иккита предмет ойнасига томизилган икки катта қон томчи ҳолида юборилади. Қон суртмаси фуксин ёки Романовский — Гимза бўйича бўялади. Қонни хуруж авжига чиққан вақтида олишгани маъқул.

Даволаш. Антибиотиклар: суткасига 3.000 000 ТБ дан 5—6 кун мобайнида, пенициллин 0,3—0,1 г дан суткасига 4 маҳал 5—7 кун давомида тетрациклин ёки 0,5 г дан суткасига 4 марта 5—7 кун давомида левомецетин тайинланади. Қон айланиши бузилганда камфора, кордиамин, коллапсда эса 5% ли эфедрин эритмасини 1 мл дан тери остига юборилади. Бошқа симптоматик воситалардан витаминлар, плазма буюрилади.

Профилактикаси ва кураш тадбирлари. Инфекция қайтарилган ҳолларда қайталама терлама билан оғриган беморлар иситма давридаги хуружлар тугалланган охириги кунидан бошлаб 20 кун давомида юқумли касалликлар бўлимига ётқизиблиб, ажратиб қўйилади.

Бит босиб кетишнинг олдини олиш бўйича чоратадбирлар ҳақида «Тошмали терлама» бўлимига қар.

И н ф е к ц и я ў ч оғ и д а г и т а д б и р л а р . Беморни инфекция бўлимига госпитализация қилиб бўлгач, инфекция ўчоғи санитария обработкасидан ўтказилади, бемор яшаган жой эса дезинсекция қилинади. Беморлар билан контактда бўлган шахслар санитария пропускнигида душда ёки ҳаммомда ювинтирилиб, бир йўла уларнинг кийим-кечаги ҳам дезинфекция камерасида обработка қилинади. Кейинчалик бу кишилар инфекция ўчоғи санитария обработкаси ўтказилган кунидан бошлаб 25 кун давомида медицина кузатувида бўлиши лозим. Улар ўртасида иситмаловчи беморлар топилгудек бўлса, дарҳол изоляция қилиниб, қони микроскопик текширувдан ўтказилади.

КАНАЛАР ЎТКАЗУВЧИ ҚАЙТАЛАМА ТЕРЛАМА (TYPHIS RECURRENS ENDEMICUS)

Этиологияси. Қўзғатувчилари боррелийларнинг бир неча (20 дан ортиқ) турларидир. Каналар ўтказувчи қайталама терламага чалинган беморлар қонидан иситма хуружи тутганда ҳам, авирексия (хуружлар оралиғи) даврида ҳам кўп миқдорда боррелиялар топилади.

Эпидемиологияси. Сичқонсимон кемирувчилар ва бошқа хайвонлар, шунингдек, бемор одам инфекция манбаи бў-

увишади, бош оғрийди, одам қайт қилади. Орадан 1—2 соат ўтгач, тана ҳарорати 39—40°С гача ва бундан юқори кўтарилади. Тананинг максимал ҳарорати (40—41°С) касалликнинг 2—3-кунда қайд қилинади. Оғриқ нерв йўллари ва бўғимларда ҳам кузатилади. Беморлар хасталикнинг биринчи кундан бошлаб ўрин-кўрпа қилиб ётишга мажбур бўлади. Териси қуруқ, тили қалин оқ қараш бойлаган, нам бўлади. Иштаҳа йўқолади, аксари диспептик бузилишлар кузатилади. Иситманинг 2-кунда талоқ катталашади, чап қовурға остида оғриқ пайдо бўлади. Касалликнинг 3—4-кунда тери ва кўз склерасининг сарғиш рангга кириши, жигар чегарасининг катталашуви кузатилади. Юрак-томир етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Баъзи ҳолларда касалликнинг 4—5-кунда тошма тошади (майда, қизғиш, петехиал ва доғли), у бир неча соатдан сўнг йўқолиб кетади. Қон томирлари ва шиллиқ қават пардалари ўтказувчанлигининг ортиши, қонда тромбоцитлар сонининг камайиб кетиши муносабати билан бурундан қон оқиши мумкин.

Қонда касалликнинг биринчи кунларидан бошлаб нейтрофилларнинг чапга силжиши билан кечадиган лейкоцитоз ва ўрта миёна ифодаланган гипохром анемия қайд қилинади.

Хуружлар орасидаги даврда (апирексия) лейкоцитоз ўрнига лейкопения, нейтрофилёз ўрнига эса лимфоцитоз ва плазматик ҳужайраларнинг кўпайиши кузатилади. Касалликнинг сўнгги кунларида эозинофилия пайдо бўлади. Касалликнинг биринчи хуружи 5—7 кун давом этиб, критик равишда тугалланади. Мўл-кўл терлаш натижасида тана ҳарорати пасайиб бориб, нормага етади. Апирексия даврида беморнинг умумий аҳволи тезда яхшиланади. Нормал тана ҳароратининг 6—9-кунлари касалликнинг иккинчи хуружи бошланади ва бунда биринчи хуруж давридаги ҳамма симптомлар такрорланади. Иккинчи хуруж даври 3—5 кун давом этади. Ҳар бир кейинги хуруж олдингисига нисбатан қисқа мддатли бўлади. Апирекция даври эса, аксинча, ҳар бир хуруждан сўнг муддати узая боради. Кўпчилик ҳолларда қайталама терлама бир нечта хуруж тутиши билан давом этади.

Асоратлари. Кўпинча беморларда бурундан қон кетиши, ҳомиладорларда аборт ва кучли (профуз) қон кетиши билан кечадиган бола ташлаш ҳоллари юзага келади. Талоқнинг инфаркти энг оғир асорат бўлиб, у баъзан талоқ йирингланиши ёки ёрилиб кетиши билан тугалланиши мумкин, бу ҳалокатли қон кетишига ва перитонитга олиб келади. Диффуз нефрит ривожланиши эҳтимол.

Диагнози. Қайталама терламани иситма хуружи тутган

вақтда аниқлаш катта кийинчилик туғдирмайди. Диагноз клиник, лаборатор ва эпидемиологик маълумотларга асосланиб қўйилади. Лабораторияга текшириш учун бармоқдан қон олиниб, иккита қон суртмаси ва иккита предмет ойнасига томизилган икки катта қон томчи ҳолида юборилади. Қон суртмаси фуксин ёки Романовский — Гимза бўйича бўялади. Қонни хуруж авжига чиққан вақтида олишгани маъқул.

Даволаш. Антибиотиклар: суткасига 3.000 000 ТБ дан 5—6 кун мобайнида, пенициллин 0,3—0,1 г дан суткасига 4 маҳал 5—7 кун давомида тетрациклин ёки 0,5 г дан суткасига 4 марта 5—7 кун давомида левомицетин тайинланади. Қон айланиши бузилганда камфора, кордиамин, коллапсда эса 5% ли эфедрин эритмасини 1 мл дан тери остига юборилади. Бошқа симптоматик воситалардан витаминлар, плазма буюрилади.

Профилактикаси ва кураш тадбирлари. Инфекция қайтарилган ҳолларда қайталама терлама билан оғриган беморлар иситма давридаги хуружлар тугалланган охириг кунидан бошлаб 20 кун давомида юқумли касалликлар бўлимига ётқизилиб, ажратиб қўйилади.

Бит босиб кетишнинг олдини олиш бўйича чоратадбирлар ҳақида «Тошмали терлама» бўлимига қар.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Беморни инфекция бўлимига госпитализация қилиб бўлгач, инфекция ўчоғи санитария обработкасидан ўтказилади, бемор яшаган жой эса дезинсекция қилинади. Беморлар билан контактда бўлган шахслар санитария пропускнигида душда ёки ҳаммомда ювинтирилиб, бир йўла уларнинг кийим-кечаги ҳам дезинфекция камерасида обработка қилинади. Кейинчалик бу кишилар инфекция ўчоғи санитария обработкаси ўтказилган кунидан бошлаб 25 кун давомида медицина кузатувида бўлиши лозим. Улар ўртасида иситмаловчи беморлар топилгудек бўлса, дарҳол изоляция қилиниб, қони микроскопик текширувдан ўтказилади.

КАНАЛАР ЎТКАЗУВЧИ ҚАЙТАЛАМА ТЕРЛАМА (TYPHIS RECURRENTIS ENDEMICUS)

Этиологияси. Қўзғатувчилари боррелийларнинг бир неча (20 дан ортиқ) турларидир. Каналар ўтказувчи қайталама терламага чалинган беморлар қонидан иситма хуружи тутганда ҳам, авирексия (хуружлар оралиғи) даврида ҳам кўп миқдорда боррелиялар топилади.

Эпидемиологияси. Сичқонсимон кемирувчилар ва бошқа хайвонлар, шунингдек, бемор одам инфекция манбаи бў-

либ хизмат қилади. Кана боррелиозининг табиий ва антропоургик ўчоқлари маълум.

Орнитодор каналар инфекция резервуари ва ташувчиси бўлиб хисобланади, улар хом ғиштли уйлар девори ёриқларида, оғилхоналарда, кемирувчилар уяларида яшайди. Беморни ёки инфекция юккан ҳайвонни чаққан кана умри бўйи юкумли бўлиб қолади ва инфекцияни наслдан-наслга ўтказаверади. Табиий ўчоқларда инфекция каналар ва ёввойи сут эмизувчилар (каламуш, дала сичқони, типратикан, чиябўри, барсуқлар), қушлар ўртасида айланиб юради. Антропоургик ўчоқларда инфекция занжирига уй ҳайвонлари ва одамлар қўшилиб кетади.

Одам кана чаққан вақтда зарарланади. Эндемик ўчоқларда иммунитет каналарнинг қайта чақиб туриши муносабати билан сақланиб туради.

Касаллик учун табиий ўчоқлилик характерлидир. Совет Иттифокида бундай ўчоқлар Ўрта Осиё жумҳуриятларида, Қозоғистон, Закавказье ва Кавказда топилган. Табиий ва антропоургик ўчоқлар Осиё, Америка, Африка ва Жанубий Европада қайд қилинади.

Патогенези. Бит тарқатувчи қайталама терлама патогенезига ўхшашдир.

Клиникаси. Яширин даври 11 кундан 12 кун давом этиб, 5 кундан 20 кунгача ўзгариб туради. Касаллик аксари ўткир бошланади. Эт увишади, тана ҳарорати тезда 39—40°С ва бундан кўра баланд кўтарилади.

Беморларни бош, болдир мушаклари оғриғи безовта қилиб, улар кўзғалувчанлиги ортади. Алахсираш ва эсхушнинг бузилиши пайдо бўлиши эҳтимол. Пульс тезлашади. Тери қопламлари бир оз сарғаяди. Талоқ бир оз катталашади. Кана чаққан жойда тим қизил рангли папула ҳосил бўлади. Касаллик хуружи 2—6 кун давом этиб, кризис билан тугалланади, лекин бир неча кундан сўнг касалликнинг келгуси хуружи бошланади ва х. к. Ҳар бир кейинги хуруж муддати олдингисига қараганда қисқарок бўлади, апирексия даври, аксинча, узаяди. Одатда, касаллик хуружи 6 мартадан 12 мартагача, лекин баъзан 15—16 марта ва бундан кўра кўпроқ бўлиши кузатилади. Касаллик умуман 1—2 ой давом этади.

Беморлар қонида гипохром анемия белгилари, лейкоцитоз, моноцитоз, эозинонемия пайдо бўлади, СОЭ ошган бўлади.

Асоратлари. Иридоциклитлар, невритлар, менингит, сариклик, зотилжам ва бошқ.

Диагнози. Диагностика характерли бўлган клиник, ла-

боратория ва эпидемиология маълумотларига асосланади. Лаборатория диагностикаси боррелияларни аниқлаш учун қон суртмаси ва йўғон қон томчисини текширишдан иборат. Микроскопия манфий натижа берганда 0,5—1 мл бемор қонини денгиз чўчкаси териси остига ёки қорин пардаси остига юборилади, 1—5 кундан сўнг унинг қонида кўп миқдорда боррелиялар пайдо бўлади.

Даволаш. 0,3—0,4 г дан суткасига 4 марта тетрациклин, 200 000 ТБ дан суткасига 4—5 марта пенициллин ёки 0,5 г дан суткасига 4 марта 5—7 кун давомида левомицетин тайинланади. Антибиотиклар билан даволангандан кейин, одатда, иситма хуружлари такрор кузатилмайди.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Кемирувчилар ва инфекция ташувчиларга қарши кураш асосий профилактик тадбир ҳисобланади. Курилиш жойларида каналарни йўқотиш учун карбофос, хлорофос препаратлари қўлланилади. Уйларда каналарни йўқотиш учун тирқишларни суваб туриш, полларни йиғиштириб тозалаш, деворларни тез-тез оқлаб туриш, репеллентларга шимдирилган латталардан фойдаланиш зарур. Каналар кўпайган жойларда индивидуал химоя учун репеллентларни ишлатиш, қилилар ўзини-ўзи кўздан кечириб туришлари тавсия этилади.

Инфекция ўчоғидаги тадбирлар. Беморларни ажратиб қўйиш ва даволаш. Инфекция ўчоғида дезинсекция ўтказиш (уйларда ва хўжалик биналарида каналарни қириб ташлаш), ҳайвонларни санитария обработкасидан ўтказиш ва хоказолар қилинади.

МАВСУМИЙ ЭНЦЕФАЛИТЛАР

КАНАЛАР ОРҚАЛИ ЎТУВЧИ ВИРУСЛИ ЭНЦЕФАЛИТ (ENCEPHALITIS VIRALIS ACARINARUM)

Этиологияси. Касаллик қўзғатувчиси абровирус антиген В гуруҳига мансубдир. Таркибида рибонуклеин кислота (РНК) бўлади. Кана энцефалитининг вируси паст ҳароратларда ва музлатиб қўйилганда яхши сақланади, юқори ҳароратга нисбатан сезувчан бўлади (қайнатилганда 2—3 минут мобайнида ҳалок бўлади), атроф муҳитда тезда нобуд бўлади. Лаборатория шароитларида вирус товук эмбрионида ва ҳар хил тўқималар культурасида осон ўстирилади. Оқ сичқонлар, пахта каламушлари, маймунлар, уй ҳайвонларидан — қўй, эчки, от, сигир, чўчка ва бошқалар экспериментал юктиришда вирусга нисбатан сезгир бўлади.

Эпидемиологияси. Иксад ва гамаз каналари инфекция-

нинг асосий резервуари бўлиб хизмат қилади. Вирус булар организмда умр бўйи (2—4 йил ва ундан кўпроқ) сақланади. Инфекцияланган каналар касаллик қўзғатувчиларини трансвариал ва трансфазал йўли билан бир неча авлодига юктиради. Табиий ўчоқларда вирус сут эмизувчилар (кўрсичқонлар, типратиканлар, ола-була каламушлар, сичқонсимон кемирувчилар, қуёнлар, олмахонлар ва б.) ва қушлар (қораялоқлар, булдуруқлар, саъвалар, сайроқи қушлар ва б.) ҳамда каналар орасида айланиб юради. Табиатда инфекция ташувчи каналар ва ҳайвонлар вирусни бир-бирига юктириб туради. Одамга инфекция кўпинча кана чаққанда юқади.

Инфекцияланган каналар бор ўчоқларда уй ҳайвонлари (эчки, сигир) вирусни сути билан ажратади. Ана шундай сут овқатга ишлатилганда кана энцефалитининг махсус тури ҳисобланган сутли иситма ёки икки тўлқинли менингоэнцефалит пайдо бўлади.

Касаллик баҳор, ёз мавзумида айниқса кўп бўлади, чунки бу даврда каналар ҳаммадан кўра актив бўлади.

Кўчиб келганлар эндемик ўчоқларда яшовчи кишиларга қараганда кўпроқ касалланади, чунки доим ўша ерда яшовчиларга вируснинг оз-оз миқдорда юктириб турилиши натижасида яширин иммунитет ишланиб чиқади. Касалликдан тузалиб кетгандан кейин кишида иммунитет умр бўйи сақланади. Энцефалитга одатда ўзлаштирилмаган ўрмон массивларида ишловчи шахслар (янги шаҳар қурувчилари, йўл қурувчилари, ўрмонда дарахт кесувчилар, чўпонлар, овчилар, геологлар ва бошқалар) чалинади. Касаллик кўпроқ 20 ёшдан 40 ёшгача бўлган эркак кишилар ўртасида қайд қилинади.

Энцефалитнинг эндемик ўчоқлари Узоқ Шарқнинг тайга зоналарида, Сибирь, Урал, Шарқий Қозғистон, СССР Европа қисмининг ўрмонли районларида аниқланган.

Патогенези. Кана чаққан жойдан организмга кириб вирус тери ости ёғ клетчаткасида, лимфа тугунларида, талокда кўпаяди ва қон оқими билан марказий нерв системасига етиб, бош мия ва орқа мианинг кулранг моддасини зарарлантиради. Узунчоқ мия ядролари ва орқа мия бўйин қисмининг олдинги шохларидаги нерв ҳужайралари айниқса қаттиқ зарарланади. Касаллик алиментар йўл билан юққанда вирус ичакларда тўпланиб, у ердан қон орқали марказий нерв системасига ва мия пардаларига етиб боради. Сут орқали юқадиган иситмада беморлар оғир аҳволда кўринса-да, касаллик каналар чақиши йўли билан юққан хилига қараганда енгилроқ кечади.

Клиникаси. Инкубацион давр 8 кундан 23 кунгача, ўрта хисобда 10—14 кун давом этади. Касаллик бирдан бошланади. Тана ҳарорати 1—2 кунда 39—40°С гача кўтарилиб, 3—5 кундан 12 кунгача шу рақамларда сақланиб туради ва иситманинг сўнгида бирданига тушиб кетади. Беморлар кучли бош оғришидан, умумий дармонсизлик, бутун аъзои-баданининг зиркираб оғришидан, умумий ҳолсизликдан шикоят қиладилар. Юзи, кўз склераси ва конъюнктиваси, томоғи, юмшоқ танглайи қизаради.

Қонда лейкоцитоз ($12-18 \times 10^9 / \text{л}$), СОЭ ошган бўлади.

Касалликнинг кейинги ривожини клиник формасига боғлиқ. Иситма формасида касалликнинг 3—5-куни гавда ҳарорати пасаяди ва беморлар соғайиб кетадилар. Иситма даври 7—14 кун давом қилади.

Менингеал формаси. Тормозланиш, уйқучанлик хос; беморлар бўшашган, ланж; менингит симптомлари: энса мушаклари ригидлиги, Керниг ва Брудзинский симптомлари пайдо бўлади. Орқа мия суюқлигида — ўртача лейкоцитоз, оксил кўпайиши топилади.

Менингоэнцефалитик формаси. Энг оғир кечади. Юқорида айтиб ўтилган симптомлардан ташқари, кўпинча алаҳлаш, галлюцинация, тутқаноқлар кузатилади. Беморда нутқ бузилиши, қалқиб кетиш, ютишнинг қийинлашуви пайдо бўлиши мумкин, бу IX, X, XI жуфт калла суюғи нервлари зарарланиши билан боғлиқ, шунингдек III, IV, V, VI, VII жуфтлар ҳам зарарланиши мумкин. Орқа мия суюқлиги босим остида оқиб чиқади, оксил микдори ошган, цитоз қайд қилинади.

Полиомиелитик формаси. Касалликнинг 2—3-кунида қўл ва бўйин-елка мускулларининг суст парезлари ва фалажлари ривожланади. Касалликнинг 2—3-ҳафтасида зарарланган мушаклар атрофияси ривожланади.

Сутдан ўтган иситма. Касаллик бирдан бошланиб, биринчи кунида ҳарорат 38—40°С гача кўтарилади, бош каттиқ оғрийдди, кўнгил айнийдди, бемор қусади, мушакларда ва орқада оғриқ туради, юзи қизаради, кўз склераларига қон қуйилади. 5—8 кун ўтгач, тана ҳарорати тезлашган лизисга ўхшаб пасайиб боради. Аксарият (75—85 фоиз ҳолларда) 7—14 кун оралаб ҳарорат яна катта рақамларга етади, бош оғриғи, миалгиялар, менингит симптомлари юз беради, уйқу бузилади. Баъзи беморларда эшитиш ва юз нерви невритлари, конвергенциянинг бўшашуви, диплопия қайд қилинади. Иситманинг иккинчи хуружи 7—10 кун давом қилиб, биринчисига қараганда оғирроқ кечади. Орқа мия суюқлиги текшириб кўрилганда ўртача цитоз ($100-400 \cdot 10^6 / \text{л}$ ва бундан кўпроқ) аниқланади,

оқсил, қанд микдори ошади, қонда иситманинг биринчи хуружида — лейкопения билан лимфоцитоз кузатилади.

Диагнози. Асосан клиник, эпидемиологик маълумотлар ва лаборатория текшируви натижалари ҳисобга олинади. Бунинг учун лабораторияга 10—15 мл қон жўнатилиб, у биологик синама, комплемент боғлаш реакциясини қўйиш, пассив гемагглютинация ва гемагглютинацияни тормозловчи реакцияни қўйиш учун ишлатилади. Реакциялар беморлар 3 ҳафта оралатиб олинган зардоб билан қўйилади. Бундан ташқари, касалликнинг дастлабки 7 кун давомида лабораторияга бемор сийдиги, орқа мия суюқлиги ва юқори нафас йўлларида шилимшиқ жўнатилиб, улар янги туғилган оқ сичқонларга интрецеребрал юборилади.

Текшириладиган материал стерилланган пробиркаларга солинади ва текширувга қадар холодильникда ёки музда сақланади.

Даволаш. Касалликнинг ўткир даврида ва ҳарорат тушгандан сўнг 2—3 ҳафта давомида беморлар ўринда ётиш режимига амал қилишлари керак. Касалликнинг биринчи кунларида специфик донор гамма-глобулини билан даволаш энг самаралидир. Дори мушаклар орасига 6—9 мл дан 3—4 кун давомида юбориб турилади. Тана ҳарорати яна кўтарилганда гамма-глобулин билан даволаш курси такрорланади.

Симптоматик воситалар ҳисобланган магний сульфатнинг 25% ли эритмаси 10 мл дан қилиб мушаклар орасига, 10% ли натрий хлорид, глюкоза, гемодез, витаминлар, юрак дорилари тайинланади. Фалажлик рўй берганда беморларни ўринга тўғри қилиб ётқизиш: бемор бўйинини каравотга маҳкамгина қўйиш, шикастланган оёқни тўғри физиологик ҳолатда бўлишига аҳамият бериш зарур. Тузалиш даврида физиотерапевтик муолажалар, массаж, даволаш физкультураси кўрсатилган.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Каналарни йўқотиш, улар хужумидан муҳофаза қилиш ва актив иммунитетни яратиш.

Аҳоли пунктига яқин жойлашган ўчоқларда, санаторий, дам олиш уйлари, пионер лагерлари яқинидаги жойларга дезинсекцион ва дератизацион препаратлар билан планли ишлов берилади.

Ўзлаштирилмаган тайгада ишлаш вақтида шахсий профилактика чораларининг аҳамияти катта, ҳимоя кийимлари (зич ёпиладиган манжетали комбинезон, тез ёпиладиган сурма ёки икки қатор тугмаси бор капюшон ва этиклар) каналарнинг киши баданига ўтишидан сақлайди. Чўчитувчи препаратлар ҳисобланган ДЭТА-20, ДЭТА-1,

диметилфталат, бензимин ва бошқалар, Павловский тури ишлатилади. Химоя костюмига чўчитувчи воситалар («Рэдэт», «ДЭТА-20», Табу — Б ва б. қ.) шимдирилади.

Эндимик ўчоқларда ишлаганда кишилар иш куни давомида ҳар 2—5 соатда кийимини ечиб олиб, ўз-ўзини ва бир-бирини кўздан кечиришлари, каналарни йўқотишлари зарур. Ёпишиб турган каналарни эҳтиёт бўлиб олиб ташлаш, бунда уларнинг оғиз бўлаклари сулак безлари билан бирга терида қолиб кетмаслиги керак.

Кана энцефалитининг эндемик ўчоқларида яшайдиган аҳоли ва зарарланиш хавфи бўлган кишилар гуруҳлари специфик эмланади.

Вакцинацияни инактивланган вакцина сўнгра кана энцефалитининг кучсизлантирилган тирик вируси препарати билан ўтказилади. Сўриб ёпишган каналар топилганда профилактика мақсадида 6 мл специфик иммунглобулин юборилади.

Ўчоқда кўриладиган чоралар. Кана энцефалити билан оғриган беморлар атрофдагилар учун хавfli бўлмасда, уларни клиник кўрсатмаларга кўра касалхоналарга ётқизилади. Ўчоқни эпидемиологик тарзда синчиклаб текшириш зарарланиш сабабларини аниқлашга ва профилактик чораларни ўтказиш йўллари мўлжаллашга ёрдам беради.

Икки тўлкинли менингоэнцефалит (сутдан ўтадиган иситма) профилактикаси инфекция ташувчилари бўлмиш каналарни йўқотишга ва ҳайвонларни кана чақишидан химоя қилиш учун уларни 1% ли карбофос эмульсияси билан обработка қилишга қаратилган: қайнатилган сутнигина истеъмол қилиш, ҳайвонлар ва одамлар орасида эҳтиётдан эмлашларни ўтказиш зарур.

ЯПОН ЭНЦЕФАЛИТИ (ENCEPHALITIS JAPONICA)

Чивинлар орқали юқадиган (япон, ёз-кузги) энцефалити мустақил нозологик бирлик сифатида 1924 йилда Японияда ўшбу касалликнинг кўплаб ўлиш ҳоллари билан бирга кечган катта эпидемияси вақтида ажратиб олинди.

Этиологияси. Кўзгатувчилар — А антиген группасига мансуб арбовируслардир. Организмдан ташқарида кам чидамли бўлади. Кўзгатувчиларни хўжайин (иссиқ қонли ҳайвонлар) ва ташувчилар (пашша) организмида аниқлаш мумкин. Вирус тўкима культураларида ва товук эмбрионларида ўстирилади.

Эпидемиологияси. Ҳайвонлар, чумчуқлар ва авлодига мансуб қушлар ва вирусемия даврида одам инфекция

манбалари бўлиб хизмат қилади. *Culex* ва *Aedes* чивинлари вирус ташувчилари бўлиб, улар кўпинча ёввойи табиатда — кичик, қуёш нури билан яхши исийдиган қўл ва ботқоқликларда, қўлмак жойларда ҳаёт кечиради. Шунинг учун касаллик асосан эндемик характерда бўлади. Ҳаво ҳарорати 20° С дан паст бўлганда вирус чивин танасида анча секин ривожланади.

Чивин энцефалитининг табиий ўчоқлари Японияда, Шарқий-Жанубий Осиёда, СССРда — Узок Шарқда ва Приморье ўлкасида қайд қилинган. Табиий ўчоқлардан ташқари, япон энцефалити учун кам ўзлаштирилган ва ўзлаштирилмаган жойларда тезлик билан антропоургик ўчоқлар пайдо бўлиши характерлидир, бунда чивинларнинг айрим турлари аҳоли яшайдиган территорияларга ўтиб, кичик сув ҳавзаларида кўпаяди ва уй ҳайвонлари устида яшаб озиқланади.

Табиий ўчоқларда одам дала ишлари пайтида, балиқ овида, овда ва йўлларни қуриш пайтида зарарланади. Антропоургик ўчоқларда одам очик жойда, бино ичида ва ҳоказоларда бўлганда зарарланади. Асосан эркак кишилар япон энцефалити бор табиий ўчоқлар бўлган ерларни ўзлаштириш бўйича ишларда машғул бўлганларида касалланади.

Касаллик ёз охирларида ва куз бошида кузатилади. Японияда касаллик июнь ойларидаёқ қайд қилинади.

Касаллик ўтгандан кейин турғун иммунитет ҳосил бўлади.

Патогенези. Вирус қонда айланиб юриб, биринчи навбатда бош миянинг капиллярлар ва прекапиллярлар, ички органлар эндотелийсини зарарлантиради. Геморрагиялар, мия пардалари, буйрак усти безлари, буйраклар, жигар, ўпка, ичаклар шишуви юз беради. Миянинг кулранг ва оқ моддасида, пўстлоқ ости ганглияларида, гипоталамус ва ўрта мия соҳасида ўзгаришлар ҳаммадан кўра кўп ифодаланади.

Клиникаси. Инкубацион давр 5—14 кун давом этади. Касаллик ўткир бошланиб, жунжикиш, ҳароратнинг тез 40°С ва ундан юқори даражага кўтарилиши, бош, айниқса бошнинг пешона қисми оғриши, бел, қорин ва қўл-оёқлар оғриғи, кўнгил айниши, қусиш кузатилади. Менингеал ҳодисалар, мушаклар тонуси ортиши (мушак гипертонияси), эс-ҳушнинг хиралашуви ёки бутунлай йўқолиши, талваса, тахикардия кузатилади. Мия шишуви ана шу даврнинг оғир асорати ҳисобланади. Касалликнинг 3—4-кунда юз, кўз склераси ва кўкрак қафасининг юқори бўлими гипепремияси, тер босиши қайд қилинади. Менингит симптом-

лари зўраяди. Мушаклар тонуси ортиб борганда бемор ўрнида мажбурий ҳолатда қўл-оёқларини букиб, ёнбошлаб ёки чалқанча ётади, бошини орқага ташлаб қўяди. Касалликнинг 6—7-кунидан бошлаб ҳарорат аста-секин пасайиб боради, эс-хуш асига кела бошлайди, пульс бир қадар сийраклашади, мушаклар тонуси сусаяди. Узунчоқ мия зарарланганда ютиниш, юрак-томир фаолияти, нафас олиш бузилади.

Касалликнинг 8—11-кунига келиб тана ҳарорати нормалашади ёки субфебриллигича қолаверади. Мушаклар бўшашуви, хотира пасайиши, руҳий бузилишлар, юриш координацияларининг бузилиши қайд қилинади, асоратлар пайдо бўлади. Қонда лейкоцитоз билан бирга нейтрофилез, лимфопения ва эозинопения кўрилади. СОЭ соатига 20—30 мм гача ортади. Орқа мия суюқлиги ортиқча босим остида чиқади, тиниқ бўлади. Унда цитоз, оксилнинг бир оз қўпайганлиги аниқланади. Леталлик 20—80 фоиз бўлади.

Асоратлари. Зотилжам, тромбофлебитлар, пиелоциститлар, ётоқ яралар, хотира хиралашуви, психозлар, спастик фалажлар ва парезлар.

Диагнози. Диагностика клиник, эпидемиологик маълумотлар ва лаборатория текшируви натижаларига асосланади. Касалликнинг дастлабки 7 кунда лабораторияга оқ сичқонларга интрацеребрал юбориш учун стерилланган идишларга қон, орқа мия суюқлиги, сийдик, юқори нафас йўллари шилимшиғи жўнатилади. Шунингдек касаллик бошланганидан 1- ва 3-ҳафтасида РСК, РТГА, РГА ва РН дан фойдаланилади. Инфекция юктирилган сичқонлар мияси суспензиясидан тайёрланган антиген билан тери остига аллергик синамани қўйса ҳам бўлади.

Даволаш. Касалликнинг дастлабки 3—4 кунда ҳар куни 3 мартадан реконвалесцентлар қон зардобидан тайёрланган гамма-глобулиндан 3—6 мл дан мушаклар орасига юборилади. Мия шишуви ва бўкишини камайтириш учун дегидратация терапияси: плацентар альбуминнинг 20% ли эритмаси, 15% ли маннитол эритмаси, диурезни кучайтирувчи препаратлар қўлланилади. Юрак-томир воситалари, витамин терапияси ўтказилади. Реконвалесцент даврида 0,05% ли прозерин, кучли таомлар истеъмол қилиш тавсия этилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Чивинларни аҳоли яшайдиган пунктларда мунтазам йўқотиш, биноларни дезинсекцион препаратлар билан обработка қилиш, зоофилактика, чивинлар кўпаядиган жойларни йўқ қилиш, хоналарни тўр осиб ҳимоя қилиш, чўчитувчи воситаларни қўллаш, сув ҳавзаларида чивинларнинг личинкаларини қириб ташлашдир.

Уй ҳайвонларида ва одамларда актив иммунитет ҳосил қилиш учун эпидемик ўчоқларда баҳорда (апрель — майда) формалин билан инактивация қилинган вакцинация ўтказилади. Вакцина тери остига 10—15 кун оралатиб икки марта (биринчи инъекцияда 2 мл, иккинчисидан — 3 мл) юборилади. Пассив эмлаш ўтказиш мақсадида пашша чаққанларга 6 мл дан специфик иммунглобулин юборилади.

Ўчоқда кўриладиган тадбирлар: беморни ажратиб қўйиш, уни чивинлардан ҳимоя қилиш, дезинсекцион тадбирлар ўтказиш.

ГЕМОРРАГИК ИСИТМАЛАР

Табиий ўчоқли, вирус этиологияли касалликлар гуруҳи геморрагик иситмалар қаторига киради. Вируслар капиллярлар, артериолалар ва венулаларнинг эндотелийсини зарарлантиради.

Тери шиллик қаватларига тошадиган турли тошмалар, қизаришлар, турли орган ва жойларда (бурун, меъда-ичак йўли, бачадон, буйракда) қон оқиши ва қон қуйилиши билан ифодаланувчи геморрагик синдромлар иситмаларнинг муҳим белгиси бўлиб хизмат қилади. Ҳамма геморрагик иситмалар интоксикацияси ифодаланган ўткир иситма касалликлари сифатида кечади. Буйрак синдроми билан кечадиган геморрагик иситма (ГЛПС) учун буйраклар шикастланиши характерлидир. Геморрагик иситмаларнинг кўпчилигида қонда тромбоцитопения ва лейкопения қайд қилинади. ГЛПС да касалликнинг биринчи кунларида лейкопения қайд этилади, бунда буйрак синдроми — формула чапга силжиган ҳолда лейкоцитоз, нейтрофилёз пайдо бўлади.

Ҳозирги вақтда одамда геморрагик иситманинг 12 та нозологик формаси топилган, улар топилган жойи номи билан аталади: кьясанур ўрмони касаллиги (Ҳиндистон), аргентина ва боливия геморрагик иситмалари, марбург-вирус геморрагик иситмаси (ГФР), Ласс геморрагик иситмаси (Нигерия), Эбол (Судан ва Зоир) ва б. к.

‘БУЙРАК СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ГЕМОРРАГИК ИСИТМА (ГЛПС)

Этиологияси. Кўзғатувчиси арбовируслар гуруҳига тааллуқли. Вируслар ташқи муҳитда кам чидамли, қон оқими билан айланиб юради, бутун иситма даврида беморларнинг сийдиги билан ажралади. Лаборатория шароитларида вируслар одам эмбриони буйрагининг ҳужайралари

культурасида кўпаяди. Уларнинг борлигини РИФ ёрдамида топиш мумкин.

Эпидемиологияси. Чўл сичконлари, дала ва ўрмон сичконлари лемминглар (тундра кемирувчилари), каламушлар ва ҳоказолар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Инфицирланган кемирувчилар кўзғатувчиларни сийдиги, ахлати ва сўлаги билан ажратади. Одам кемирувчиларга ёки уларнинг жасади, ажратмаларига текканда (контакт йўли) ёки улар ажратмалари билан инфицирланган маҳсулотлар орқали (алиментар йўл), кемирувчи ажратмалари бўлган чангни нафасга олганда (ҳаво-чанг йўли) зарарланади. Бирламчи ва иккиламчи ГЛПС ўчоқлари фарқ қилинади. Бирламчи ўрмон ўчоқларида касалланиш ҳодисалари йил давомида кузатилиб, у ёз ойларида кўпаяди, бу кишиларнинг ишлаб чиқариш фаолиятига ёки дам олишига (ёнғок, кўзикорин, резавор меваларни териш, балиқ овлаш, ов қилиш ва б. қ.) алоқадор бўлади. Иккиламчи дала ўчоқларида касалликлар ёз-куз фаслида ва кишининг биринчи ойларида қайд қилинади, бу кишлоқ хўжалигидаги ишлаб чиқаришга алоқадор бўлади. ГЛПС кўпинча спорадик касаллик сифатида намоён бўлади, лекин у инфекция ўчоқларида ва ободонлаштирилмаган кишлоқларда яшайдиган кўчиб келган аҳоли орасида учраб туради. ГЛПС нинг табиий ўчоқлари СССР (СССРнинг Европа қисми, Кавказ, Қозоғистон, Забайкалье, Шарқий Сибир ва Узоқ Шарқда, Японияда, Шимолий ва Жанубий Кореяда, ХХР да, Югославияда, Руминияда, Болгарияда, Венгрияда, Чехословакия, Финляндия, Швеция, Норвегия ва Данияда қайд қилинган. Касалликдан тузалиб чиққандан кейин турғун иммунитет ишланиб чиқади.

Патогенези. Вирус организмга шикастланган тери қоплами, кўз, лаб, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси орқали ўтиб, хужайра ичида кўпаяди ва қонга тушади (вирусемия фазаси). Патогенез асосида капилляротоксикоз ётади, шу муносабат билан геморрагик тошма, кўп сонли қон қуйилиши, шишлар, ички органлар, марказий нерв системаси тўқималарининг зарарланишлари юзага келади. Касаллик авж олган вақтда кўпинча гипоталамогипофизар буйрак усти беши етишмовчилиги, оғир юкумли токсик шок ривожланади. Томирлар бутунлиги ва қон ивишининг бузилишлари қон кетишига олиб келади. Буйрак шикастлангани муносабати билан сийдикда тегишли ўзгаришлар, ажратиш функциясининг бузилишлари кузатилиб, бу вируснинг бевосита буйрак томирларига таъсирига алоқадор бўлади. Буйрак томирларининг шикастланиши сероз-геморрагик шишга, буйрак каналчалари ва йиғувчи найчаларнинг

босилиб қолишига, канал ва коптокча эпителиясининг ҳалок бўлишига, олигурия ривожланишига олиб келади. Буйрак каналчалари эпителийси десквамацияси уларнинг тикилиб қолишига ва анурияга олиб бориши мумкин.

Клиникаси. Инкубацион давр 7 кундан 45 кунгача, кўпинча 12—15 кун давом этади. Типик ҳолларда буйрак синдромли геморрагик иситма кечишида 4 та давр фарқ қилинади: иситма, олигурия, полиурия ва реконвалесценция давридир. Касаллик ўткир ва ҳароратнинг 39—40°С гача кўтарилиши билан бошланиб, 5—6 кун давом этади.

Бемор олдин безовталанади, уйқусизликдан, бош оғриши, кўзлари, мушаклари, қорни оғришидан, қусиши, чанқашши, тананинг зирқираб оғришидан шикоят қилади. Кейинчалик безовталаниш, лоҳаслик билан алмашилиб, апатия (бефарқлик), баъзан алаҳсираш пайдо бўлади. Бемор текшириб кўрилганда томоғи, юзи, бурни, кўз конъюнктиваси ва склераси гиперемияси қайд қилинади. 3—4-кунларига келиб (олигурия даврининг бошланиши) майда-майда нуқтали розеолёз — петехиал тошма тошади, бурни, милкидан, оғир ҳолларда — бачадони, ўпкасидан, ичакларидан қон оқади. Қонда лейкопения, тромбоцитопения аниқланади, СОЭ пасайган бўлади.

Буйрак синдроми рўйи-рост ифодаланган: қорин ва бел қаттиқ оғрийди. Пастернацкий синдроми кескин мусбат бўлади. Олигурия пайдо бўлади (суткасига 30 мл дан 900 мл гача сийдик ажралади), камроқ анурия ривожланади. Сийдикда оксил, эритроцитлар, лейкоцитлар ва гиалин цилиндрлари пайдо бўлади; шишлар бўлмайди. Буйрак синдроми ривожланиши пайтига келиб тана ҳарорати пасаяди, аммо бемор аҳволи янада ёмонлашади: у қаттиқ қусади, чанқайди, қон босими туша бошлайди, оғир ҳолларда қондаги азот қолдиги 2 г/л ва бундан ортиқ ошади. Сийдикдаги оксил миқдори 0,0003 дан 40 г/л ва бундан кўра ортиқроқ ўзгариб туради.

Буйрак синдроми пайдо бўлиши билан қон таркиби ўзгаради: лейкоцитоз ($10-30-30 \times 10^9$), нейтрофиллёз чапга силжиган, СОЭ ошганлиги аниқланади. Касалликнинг 9—13-кунидан (полиурия даври бошланиши) бир суткалик диурез 3—5 литрга қадар кўпаяди. Сийдик зичлиги 1,001—1,003 гача пасаяди. Сийдикда оксил миқдори ҳам камаяди. Бемор аҳволи яхшиланса-да (қусиш тўхтаydi, иштаҳа пайдо бўлади), ҳали ҳам қувватсизлик, чанқаш, оғиз қуриши, нафас қисиши, юрак уриши қайд қилинаверади.

Реконвалесценция даврида полиурия камаяди. Беморларнинг аҳволи аста-аста яхшиланиб боради.

Касалликнинг оғир-енгиллигига қараб ўртача оғирликдаги ва оғир формалари фарқ қилинади.

Касаллик Узоқ Шарқдаги ўчоқларда оғир кечади.

Асоратлари. Кўплаб қон кетиши, мияга, буйрак усти безларига, меъда ости безига, юрак мушагига қон қуйлиши, юқумли токсик шок, ўпка шишуви билан ривожланаётган ўткир юрак-томир етишмовчилиги, азотемик уремия, буйрак ёрилиши ва бошқалар специфик асоратлар бўлиб ҳисобланади.

Диагнози. Диагностика клиник ва эпидемиологик маълумотларга асосланган. Қон ва сийдикнинг клиник анализини касаллик даврлари билан солиштириб кўриш ҳам муҳимдир. Сийдикда кузатиладиган ўзгаришлар характерли бўлиб, улар кўпроқ олигурия даврида ҳаммадан кўра кўпроқ ифодаланади: протеинурия (40г/л гача ва бундан кўра ортиқроқ), гематурия, цилиндрурия кузатилади.

Лаборатория диагностикаси вирусемия даврида бемор қонидан, сийдиги ёки тўқималаридан вирусни ажратиб олиш (хужайралар культурасига, янги туғилган оқ сичқонларга касаллик юқтириш, электрон микроскопия), серологик реакциялар қўйишдан иборат. Серологик текширишлар ўтказиш учун билвосита иммунфлюоресцент (НРИФ), комплемент боғлаш реакцияси (РСК), пасив гемагглютинацияни тормозлаш реакцияси (РТПГА), геле агардаги диффуз преципитация реакцияси (РДПА), нейтраллаш реакцияси (РН), энзим нишонли антитело реакцияси (РЭМА) қўлланилади, бунинг учун лабораторияга 2—5 мл микдорда бемор қони юборилади. Серологик реакция антителоларни касаллик дастлабки ҳафтасининг охирида, 2-ҳафтасининг бошида ва бундан кейинги муддатларида аниқлашга имкон беради.

Даволаш. Специфик даволаш методи бўлмайди. Дард оғир кечганда беморларни лаборатория билан таъминланган, «сунъий буйрак» аппарати бўлган ва малакали врачлар кузатуви остида ихтисослаштирилган бўлимга ётқизилади. Касалликнинг оғир формасида 3—4 ҳафта ва бундан кўпроқ, ўртача оғир формасида 2—3 ҳафта давомида қимирламай ўрин-кўрпа қилиб ётиш кўрсатилган.

Сут-ўсимликлардан тайёрланган пархез овқатлар буюрилади, туз чекланмайди, суюқлик кўп ичирилади.

Иситмалаш даврида беморларга витаминлар: В₁₂, РР (никотинамид), Р (рутин), катта дозаларда аскорбинат кислота, К (викасол) тайинланади.

Организм сенсibiliзациясини камайтириш учун пипольфен (суткасига 0,025 г дан 1 марта), димедрол (суткасига 0,03—0,05 г дан 2—3 маҳал) буюрилади. Буй-

рак гемодинамикасини яхшилаш мақсадида гепарин (беморнинг 1 кг тана вазнига 500 ТБ) тайинланади.

Организмни заҳарсиэлантириш ва кислота-ишқор ҳолатини тартибга солиш мақсадида изотоник натрий хлорид эритмаси, глюкоза, гемодез тайинланади. Томир етишмовчилигида плазма (200—300 мл), 5% ли альбумин, реополиглюкин қуйиш тавсия этилади. Бемор кўп марта қайт қилганда, анурияда, инфекцион-токсик шок ривожланиш хавфи бўлганда преднизолон, гидрокортизон буюрилади.

Юрак-томир етишмовчилигида бўлак-бўлак дозаларда венага коргликон ёки строфантин, оғриқ тутганда — анальгин, пантопон, димедрол, промедол ва шу кабилар юборилади. Иккиламчи инфекция қўшилганида антибиотикларни буюриш кўрсатилган. Касалликдан тузалиб чиққан кишилар бир йил мобайнида диспансер кузатувида бўлишлари лозим.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Профилактика мақсадида инфекция манбаи ва уни тарқатувчиларга қарши қарағилган чора-тадбирлар комплекси ўтказилади. Специфик профилактика ишлаб чиқилмаган.

Кемирувчилар сони дератизацион, агротехник ва бошқа тадбирларни амалга ошириш йўли билан камайтирилади. Турар-жой, омборхоналар ва ишлаб чиқариш биноларига кемирувчилар кириб қолиши, озиқа маҳсулотлари ва сувни сақлаш бўйича санитария-гигиена тадбирлари амалга оширилади. Беда ва хашакни кемирувчилар кириб қолмаслиги учун бедани далалардан йиғиштириб олиш зарур. Касаллик ўчоқларида қишлоқ хўжалиги ишлари вақтида (беда қуришти, беда ва хашак йиғиштириш ва б. қ.) пахта-докали респираторларда ишлаш, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш тавсия этилади.

ҚРИМ ГЕМОРРАГИК ИСИТМАСИ (tebris haemorrhagica crimeae)

Этиологияси. Кўзғатувчи арбовируслар гуруҳига мансуб, лаборатория ҳайвонлари учун кам патоген бўлади.

Эпидемиологияси. Куёнлар, африкалик типратиканлар, қўй, мол, эчки инфекция манбалари бўлиши мумкин. Иксод каналар табиатда кўзғатувчиларнинг сақланиб туришида асосий роль ўйнайди. Каналар вирусни трансовариал тарзда наслига юктиради. Касаллик зарарланган иксод каналар чакқанида юқади. Беморлар биринчи 5 кун давомида юқумли ҳисобланади. Одамга инфекция бемор киши (ҳайвон) қони текканда, шунингдек бемор киши қони бошқаларга қуйилганда ва лабораторияда аэроген тарзда юқиши мумкин.

СССР да касалликнинг табиий ўчоғи 1944 йили Қримда қайд қилинган эди. Кейинчалик касаллик ўчоқлари Совет Иттифоқининг жанубий республикаларида, шунингдек Болгария, Югославия, Осиё ва Африка мамлакатларида аниқланди. Касалликнинг дастлабки ҳодисалари март, апрель ойларида, июль-август ойларида эса ҳаммадан кўра кўп пайдо бўлади.

Патогенези. Ифодаланган қон оқиши билан давом этадиган капиллярлар токсикози патология асосиғи ташкил этади.

Клиникаси. Инкубацион давр одатда 3 кундан 5 кунгача давом этиб, баъзан 14 кунгача чўзилади. Касаллик ўтқир бошланиб, эт увишиши, тана ҳароратининг $38,5-40^{\circ}$ С гача кўтарилиши, бош оғриши, тананинг зирқираб оғриши, мушакларда, бўғимларда оғриқ, тез толиқиш, умумий дармонсизлик кузатилади. Ҳарорат 7—9 кун давомида сақланиб туради. Юз гиперемияланган, кўз склераси ва конъюнктиваси томирларига қон қуйилган, томоқ рўй-рост қизарган бўлади. Касалликнинг 3—4-кунида кўкрак қафасининг ён сатҳларида, қоринда ва белда майда-майда нуқтали тошма тошади. Аксари тошмалар тошиши қисқа муддатли ҳарорат пасайишига тўғри келади. Сўлак ва балғамда, шунингдек қусуқ массаларига қон аралашганлигини кўриш мумкин. Бурундан, милклардан, аёлларда — бачадондан қон кетиши қайд қилинади. Баъзи ҳолларда ўпкадан қон кетади. Эс-ҳуш жойида бўлса-да, бўшашганлик, тормозланиш, адинамия яққол ифодаланган. Касаллик оғир кечганда менингеал аломатлари қайд қилинади.

Дастлабки кунларда гемоглобин ва эритроцитлар миқдори ошади (иситманинг охирида гипохром анемия), лейкоцитлар сони камаяди, тромбоцитопения, эозинопения кузатилади, СОЭ ошган бўлади. Сийдикдаги ўзгаришлар ҳамавақт доимий бўлмайди. Оз-моз альбуминурия, гематурия, олигурия, азотемия бўлиши эҳтимол. Касаллик оғир кечганда биринчи кунлариёқ инфекция-токсик шокдан, кейинроқ эса ўпка ва мия тўқимаси шишувидан, буйрак усти безига, мияга қон қуйилишидан одам ўлиб қолади. Ҳали ҳоллари кўп бўлади.

Асоратлари. Иккиламчи йирингли инфекция қўшилиши билан боғлиқдир.

Диагнози. Касалликнинг 1-ҳафтаси давомида вирусологик лабораторияга беморлар қонини сичқонлар миясини зарарлантириш мақсадида жўнатилади. Летал оқибатларда секцион материални янги туғилган оқ сичқонларни зарарлантириш учун лабораторияга юборилади. Серологик диаг-

ностика учун лабораторияга бемор қонидан 2 мл олиб жўнатилади ва агглютинация реакцияси қўйилади (буйрак синдромли геморрагик иситмага қаралсин).

Даволаш. Буйрак синдроми бўлган геморрагик иситмадаги каби.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Профилактик тадбирлар ҚГИ (Қрим геморрагик иситма) қайд қилинган аҳоли яшайдиган пунктлар чегарасида каналарни қириб йўқотиш; аҳолини улар ҳужумидан ҳимоя қилиш; ўзини ўзи ва бир-бирини кўздан кечириш, репеллентлар қўллаш; махсус кийим кийиб юриш; беморларни ўз вақтида ажратиб қўйиш; беморлардан қон олишда ва беморларга парвариш қилишда қилинадиган муолажаларда ҳамма эҳтиёт чораларига амал қилишга қаратилган. Ҳайвонлар учун ажратилган биноларнинг тўғри қурилиши ва улардан тўғри фойдаланиш, ҳайвонларни каналарга қарши обработка қилиш зарур (март — ноябрь ойларида 10 кунда бир марта).

ОМСК ГЕМОПРАГИК ИСИТМАСИ
(FEBRIS HAEMORRHAGICA SIBIRICA)

Этиологияси. Кўзғатувчи иммунологик нуқтаи назардан кана энцефалити вирусига жуда яқин турган вирусдир. Вирус талайгина ҳайвонлар учун (денгиз чўчқалари, оқ сичқонлар, маймунлар ва б. қ.) патогенли бўлиб, товук эмбрионларида ўстирилади.

Эпидемиологияси. Ондатралар, сув каламушлари, дала сичқонлари, қушлар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Одам вируснинг асосий резервуари бўлган иксод, гамаз каналари чаққанида, лаборатория шароитларида касалланган ҳайвонлар билан контактда бўлганида респиратор йўли билан зарарланади. Табиий ўчоқ территорияларида асосан дала ишлари билан машғул бўлган қишлоқ аҳолиси касалланади. Касаллик каналар актив бўлган давр — баҳор ва ёз фаслида кузатилади. Касалликнинг куз-қиш фаслида кузатилиши ондатраларни ов қилганга алоқадор бўлади. Табиий ўчоқлар Омск, Новосибирск, Шимолий Қозоғистон областларининг баъзи районларида, Ғарбий Сибирь текисликларида қайд қилинади.

Патогенези. Бошқа геморрагик истималар каби майда қон томирлари шикастланади. Қон кетиш мойиллиги ортади. Буйраклар оз-моз зарарланади.

Клиникаси. Инкубацион давр 2—3 кун давом этади. Касаллик ўткир бошланиб, эт увишади, бош оғриғи, орқа ва бутун баданда оғриқ пайдо бўлади. Тана ҳарорати

касалликнинг биринчи кунийёқ 38—40° С га етади ва 3—7 кун сақланиб туради.

Бемор юзи қизаради, кўз склералари ва веналарига қон қуйилади, томоқ қизаради. Касалликнинг 3—4-кунига келиб геморрагик симптомлар пайдо бўлган пайтда тана ҳарорати пасаяди, кейин эса яна кўтарилади. Касаллик авж олганда 3—4-суткасида розеолез-петехиал тошма тошиши мумкин (20—25 фоиз беморларда), бурундан, милклардан, оғир ҳолларда бачадондан қон оқиши қайд этилади.

Ичаклардан ва ўпкадан камдан-кам қон оқади.

Касалликнинг биринчи кунлари эритроцитлар ва гемоглобин миқдори ошганда иситманинг охириги кунларига келиб гипохром анемия кузатилади; анемия касалликнинг 3-ҳафтасига келиб ўтиб кетади. Лейкоцитлар сони $4 \cdot 10^9$ /л гача камаяди.

Диагнози. Диагностика клиник ва эпидемиологик маълумотларга ва лаборатория текшируви натижаларига асосланади (ГЛПС га қаралсин).

Даволаш. Буйрак синдроми бўлган геморрагик иситмадаги каби.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Касалликка қарши кураш чоралари инфекция манбаи бўлмиш кемирувчилар, каналарни йўқотишга қаратилган. Улар чақишидан сақланиш чораларини кўриш зарур.

Ондатра овлашда, терисини шилишда, уларни қайта ишлашда шахсий гигиенага риоя қилиш. Касаллик тарқалган районларда аҳоли тегишли вакцина билан актив иммунланади.

Ўчоқда кўриладиган чоралар. Беморлар касалхонага ётқизилиши зарур. Инфекция ўчоғида яшайдиган шахслар 20 кун мобайнида медицина кузатувида бўлишлари лозим. Беморлар атрофдагилар учун хатарли эмас.

ТОУН (PESTIS)

Этиологияси. Кўзғатувчилар Enterobacteriaceae оиласига, Yersinia авлодига мансуб. Бактериялар учи қайрилган бочкасимон таёқчалардан иборат. Одам ва ҳайвонлар учун жуда юқори патогенли хусусиятга эга, организмдан ташқарида узоқ вақт яшаш қобилиятига эга. Кемирувчилар мурдасида 0°С да пастереллалар 5 ойгача, одам жасадида (музлатилганида) 7 ойдан 12 ойгача сақланади. Балғамда улар бир неча кундан 5 ойгача, бубонлардан олинган йирингда 40 кунгача, сувда 3 ойгача тирик қолади. Пастереллалар умумишлатиладиган дезинфекцияловчи во-

ситалар таъсирига кам чидамли. 100° С да кўзгатувчилар бир неча секунддан кейин ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Тоун — кемирувчилар касаллиги бўлиб, одамлар учун инфекциянинг бирламчи манбаи ҳисобланади. Тоун инфекциясига олмахонлар оиласига мансуб (суғурлар, юмронқозиклар), оғмахонлар (қум сичқонлар, чўл сичқонлари ва б. қ.), сичқонсимонлар (қора ва ола-була каламушлар, уй сичқонлари ва б. қ.) кемирувчилар тоун инфекциясига ниҳоятда сезувчан бўлади. Табиатда юмронқозиклар, қум сичқони, суғурлар ва каламушлар тоун инфекциясининг бирламчи резервуари ва асосий кўзгатувчилари ҳисобланади. Кемирувчилар, одатда, тоуннинг ўткир формасига чалиниб, ҳалок бўлади. Тоун эпизоотиясига бошқа ҳайвонлар ҳам жалб қилиниши мумкин. Тоун билан спонтан тарзда 300 турдан ортиқ кемирувчилар ва 29 хил ҳайвонлар (туялар, маймунлар, шақаллар, типратиканлар ва б. қ.) касалланганлиги аниқланган. Тоун тарқалишида ва табиатда сақланиб қолишида эктопаразит ҳисобланмиш бургалар катта роль ўйнайди, улар касалликнинг ташиб юрувчи асосий кўзгатувчилари бўлиб хизмат қилади. Инфицирланган бургалар ўлган кемирувчилар мурдасидан тезда учиб кетиб, бошқа хўжайинга ҳужум қилиб, уни зарарлантиради. Бундан ташқари, бургалар узоқ вақт давомида (350 кун) тоундан ўлган кемирувчилар уясида янги ҳайвонлар келгунга қадар тирик қолади.

Табиий ўчоқларда тоун микробларининг айланиб юриши қуйидагича: кемирувчи — бурга — кемирувчи. Тоуннинг чўл (ёввойи) ва каламуш тарқаладиган («уй», «порт») табиий ўчоқлари фарқ қилинади. Тоуннинг чўл («ёввойи») ўчоқлари одамларнинг ва уларнинг хўжалик фаолиятидан қатъи назар шаклланган. Бундай ўчоқлар СССР территорияси (Ўрта Осиё чўллари) да ҳам бор. Уларнинг кўпчилик қисмини Ўрта Осиё саҳролари эгаллайди. Бу ўчоқда инфекция ташувчилари бўлиб, қизил думли, жанубий қумсичқонлар хизмат қилади. Шарқий Осиё саҳроларида тоун касаллигининг ўчоғи бўлиб баланд тоғли Тяньшань водийсида, марказий Осиёда ва ҳоказоларда, Олтой-Тяньшаньда узун думли суғурлар хизмат қилади. Тоуннинг табиий ўчоқлари Африка, Шимолий ва Жанубий Америка территориясида ва бошқа қитъаларда ҳам маълум.

Каламуш тоуни ўчоқларида синантроп кемирувчилар: кулранг каламушлар, қора каламушлар, александрия ёки египет каламушлари, шунингдек сичқонлар инфекция манбаи ва сақловчилари бўлиб ҳисобланади.

Ана шу кемирувчиларда тоун узоқ вақт давом этувчи формада ёки симптомсиз инфекция ташувчи хилида кечади. Каламуш тарқатадиган тоуннинг асосий ўчоқлари Жанубий ва Шарқий Осиёда бўлади.

Бирламчи ва иккиламчи ва специфик септик турдаги тоун билан касалланган одам инфекция манбаи сифатида атрофдагилар учун катта хавф туғдиради. Агар одам асоратсиз бубонли тоун билан оғриган бўлса, у атрофдагилар учун деярли хавфли эмас.

Инфекция кемирувчилардан одамга трансмиссив тарзда инфицирланган бургалар чаққанида юқади. Бурга инфекцияси бор ҳайвонларни чаққандан кейин меъда олдида ва меъдасида қўзғатувчилар кўпаяди, меъда бўшлиғини ба-тамом тўлдириб турадиган ликилдоксимон масса ҳосил қилади. Бу масса ҳашарот сўраётганда меъдага қон сўри-лишига тўсқинлик қилади ва инфекцияланган қон қайта туртки кучи билан ҳашарот чаққан жойдаги жароҳатга тушади. Бунда бурга очлигича қолади ва фаоллиги ошади.

Одам инфекция манбаи билан бевсита контактда бўлганда, масалан, ов пайтида, овчилар отилган ёки тутиб олинган кемирувчилар (суғур, юмронқозик, қуёнлар ва б.) терисини шилганларида касаллик юқиб қолиши мумкин. Одамлар тоун билан касалланган туя терисини шилишда ва гўштини нимталашда ҳам касалланиб қолишлари мумкин. Бундай ҳолларда касаллик одамга шикаст етган териси орқали ёки қўзғатувчилар инфекция тушган қўлидан шилиқ пардаларига тушганда юқади. Касаллик дафн ма-росимини адо этиш вақтида юқиши ҳам мумкин, чунки тоун қўзғатувчилари жасадларнинг оғзи ва бурнидан оқиб чиқадиган суюқликда бўлади.

Қўзғатувчи овқат йўли орқали меъда-ичак йўли шиллик пардасидан овқатга туя, суғурнинг инфекция тушган гўшти ва бошқа маҳсулотлар ишлатилганда тушади.

Одамнинг тоун инфекциясига сезgirlлиги гоят юқори. Ҳайвондан юққанда тоуннинг бубонли формаси пайдо бў-лади, бунга касаллик ҳоллари миқдорининг аста-секин орта бориши хос.

Тоуннинг бирламчи ёки иккиламчи ўпка формасида инфекция бемордан соғлом одамга ҳаво-томчи йўли билан ўтади, чунки қисқа фурсат ичида тоун кенг тарқалиб ке-тиши мумкин. Тоуннинг ўпка формаси одатда бубонли фор-масидан кейин келади ва тезда асосий клиник формаси бўлиб қолади. Касаллик бошдан кечирилгандан кейин узоқ давом қиладиган иммунитет қолади. Тоун билан такрор касалланишлар камдан-кам учрайди.

Патогенези. Касаллик патогенези тоун қўзғатувчиси-

нинг организмга қайси йўл билан кирганлигига боғлиқ бўлади. Инфекция тери орқали кирганида у лимфа йўллари орқали тарқалиб, регионар лимфа тугунларига етиб боради. Бу ерда микроблар кўпайиб, кўп миқдорда тўпланади ва геморрагик инфильтрацияси бўлган турли яллиғланиш жараёнини келтириб чиқаради. Яллиғланиш жараёнига лимфа тугунларининг барча гуруҳи ва унга яқин жойлашган тери ости ёғ клетчаткаси қўшилиб кетади. Бирламчи бубон (бубон формаси) ҳосил бўлиб, у ердан қўзғатувчилар қонга ўтади ва бактериемияга сабаб бўлади. Улар қон билан бирга ички органларга ва инфекция дарвозасидан узоклашган лимфа тугунларига ўтади ва иккиламчи бубонлар ҳосил қилади. Айниқса, иккиламчи ўпка тоуни ҳосил бўлиши хавфли ҳисобланади. Камдан-кам ҳолларда у инфекция дарвозасидан узокдаги лимфа тугунларига ўтади ва иккиламчи бубонларни ҳосил қилади. Тоуннинг иккиламчи ўпка формасининг қўшилиши айниқса хавфли ҳисобланади. Баъзан инфекция дарвозаси ўрнидаги жойда папула, қон-йирингли суюқлиғи бўлган пустулага айланадиган везикула ҳосил бўлиши билан кечадиган ўзгаришлар кўрилади. Пустула тешилиб яраланади ва қирғоқлари бўртиб чиққан болишча ҳолидаги яра ҳосил бўлади. Патологик жараёнга шунингдек регионар лимфа тугунлари ҳам қўшилади (тери-бубон формаси).

Касалликка нафас йўллари орқали чалинганда геморрагик зотилжам ва сепсис ривожланади (бирламчи-ўпка) ва иккиламчи-септик формалари). Инфекция меъда-ичак йўли орала юққанда геморрагик энтерит ва сепсис авж олади (ичак ва иккиламчи-септик формалари). Касалликнинг бирламчи-септик формасида лимфатик барьернинг заифлиги (кўпинча тоун қўзғатувчиларининг етилмаган фагоцитози натижасида), инфекциянинг кўп миқдорда бўлиши ва организм реактивлигининг сусайганлиги натижасида қўзғатувчилар инфекция дарвозасидан қон оқимига тушиб, касаллик жараёнининг зўрайиб кетишига сабаб бўлади.

Тоун қўзғатувчиси экзо- ва эндотоксинларни ҳосил қилиб, организм интоксикациясини келтириб чиқаради. Биринчи навбатда, юрак-томир, нерв системаси ва бошқа системалар зарарланади (пульс ўзгаради, қон босими тушиб кетади, касал бесаранжом бўлади, алаҳсирайди ва ҳ. к.). Қон томирларнинг ўзгаришлари некроз, инфильтрация ва қон томир деворининг сероз суюқлиги билан шимилиши ҳолида намоён бўлади.

Клиникаси. Яширин давр 2—3 кун давом этади. Ўпка формасида у қисқа бўлади, эмланганларда эса гоҳо 8—

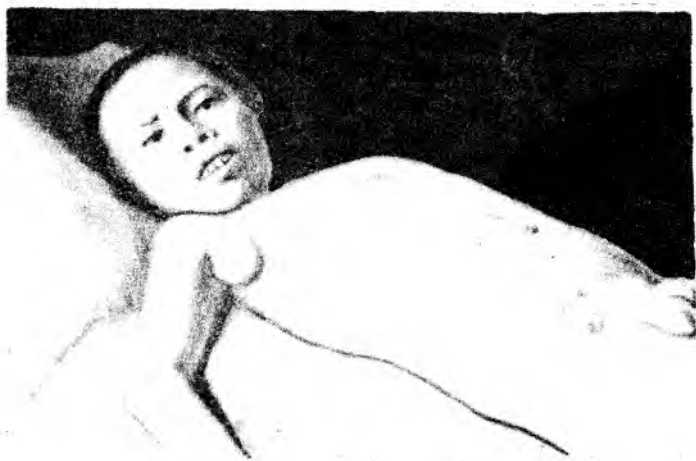
10 кунгача чўзилади. Тоун кучли эт увишиши ва ҳароратнинг тезда 39°C ва бундан кўпроқ даражага кўтарилиши билан бошланади. Касалликнинг ҳамма клиник формалари учун тез зўрайиб борувчи токсикоз: кучли бош оғриғи, бош айланиши, уйқусизлик, мушаклар оғриғи, умумий дармонсизлик, кўнгил айниши, қусиш характерлидир. Аввалига бемор бесаранжом бўлади, юзи ва кўз конъюнктивалари қизарган бўлади, тил оқиш караш бойлаган (бўрсимон тил) ва шишган, бемор гапи тушунарсиз бўлиб қолади. Бу симптомларнинг ҳаммаси ва унга қўшилган гандираклар юриш маст одам юриш-туришини эслатади. Қон айланиши кескин бузилади, тахикардия пайдо бўлади (пульс минутига 120—160 ва ундан ортик), артериал босим тушиб кетади. Оғир ҳолларда аритмия юзага келади, тери ранги кўкимтир бўлиб қолади (цианоз), баъзан кўркув, алаҳсираш, галлюцинация аломатлари пайдо бўлади. Қонда лейкоцитар формуланинг чапга силжиши билан кечадиган нейтрофил лейкоцитоз кўрилади; СОЭ ошган бўлади. Сийдик миқдори камаяди, унда оқсил, донадор ва гиалин цилиндрлар, эритроцитлар пайдо бўлади. Юқорида кўрсатиб ўтилган симптомлар билан бир қаторда тоун касаллигининг барча турларига хос бўлган аломатлар ҳам юзага келади.

Одамларда тоун касаллигини юктириш усулига қараб локал (тери, бубонли, тери-бубонли), тонзилляр (фаренгеал) ва тарқалган (бирламчи-септик, иккиламчи-септик, бирламчи-ўпка, иккиламчи-ўпка, ичак) формаларда кечади.

Т е р и - б у б о н ф о р м а с и д а инфекция кирган жойда аввал доғ, сўнгра папула, везикула, пустиула, яра ҳосил бўлади. Яра қизариш зонаси билан ўралади. Кейинчалик у кўнғир пўстлоқ билан қопланади ва узоқ вақт битмайди. Тоун карбонкули кўйдирги карбонкулидан фарқли равишда оғриқ беради. Деярли ҳамавақт жараёнга регионар лимфа тугунлари қўшилиб кетади.

Б у б о н л и ф о р м а с и д а касалликнинг биринчи, иккинчи кунда лимфаденит (тоун бубони) ривожланади. Ривожланаётган бубон жойида фақат ҳаракат вақтидагина эмас, балки тинч турганда ҳам оғриқ сезилади. Оғриқ бўлганлиги учун бемор мажбурий ҳолатда бўлади: чов бубонида оёғини букиб олади, қўлтиқ остида бўлса, чалқанча ётиб, қўлини четга ёзади. Бубон атрофидаги тери ости ёғ клетчаткаси билан бирикиб кетади, устидаги тери таранглашади, кўкимтир рангга киради. Кейинчалик бубон ё бутунлай битиб кетади, ёки йирингланади, ё худ склерозга учрайди.

Тоуннинг тери-бубон ва бубон формалари иккиламчи



26- расм. Тоун. Бубонли формаси. Кўлтиқдаги бирламчи ўнг томонлама бубон ва човдаги иккиламчи (метастатик) ўнг томонлама бубон/L.Mohry бўйича).

бубонлар (26-расм), иккиламчи-ўпка ва иккиламчи-септик тоун формалари пайдо бўлишидан оғирлашиши мумкин.

Тонзилляр (фаренгеал) формаси. Касаллик 2—3 кун давом этади. Интоксикация кучсиз, тана ҳарорати 38° С гача кўтарилади, жағ ости ва бўйин лимфа тугунлари катталашади.

Бирламчи-септик формаси. Тўла адинамия, ҳансираш, тез-тез томир уриши қайд қилинади. Терида геморрагик тошма тошади, терига ва шиллик пардаларга қон қуйилади, қон аралаш қайт қилиш, қон оқиши кузатилади. Даво қилинмаса, бемор хасталикнинг биринчи кунларида ўлиб қолади.

Ичак формаси. Тана ҳароратининг юқорилиги, қувватсиз бўлиш, иштаҳа йўқолиши, кўнгил айниши, кўп марталик қусиш, бирдан шиллик ва қон аралаш ич кетиши, дефекация вақтида қоринда кучли оғриқ сезилиши.

Бирламчи ўпка формаси. Касалликнинг бирданига нафас қисилиши (минутига 40—60 марта нафас олиш), кўкрак қафасида кучли оғриқ, қон аралаш қипқисмон балғам ажралиши билан давом этадиган йўтал пайдо бўлиши хосдир. Касалликнинг биринчи кунларидаёқ юрак-томир системаси фаолиятининг сусайиш белгилари юзага келади.

Антибиотиклар пайдо бўлгунига қадар тоуннинг ўпка тури 1—2-суткага бориб, иккиламчи — септик формага ўтар, оқибат-натижада касаллар нобуд бўлар эди. Ҳозир антибиотиклар билан даволаш муносабати билан прогноз бирмунча дуруст бўлган.

Диагнози. Диагностика клиник, эпидемиологик маълумотларга ва махсус лабораторияларда олиб бориладиган лаборатория текшируви натижаларига асосланган. Текшириш учун материал олишда, уни лабораторияга етказишда тоун, вабо, манқа ва ҳоказо касалликлар юқиши ёки юқиш эҳтимоли бўлганда қўлланиладиган иш тартиби ва материал кўрсатмаларига қатъий риоя қилиш зарур. Бубон ёки тери-бубонли формаларида қуйидаги материаллар: бубондан пунктат, бубон атрофида аниқ шиш бўлганда шиш суюқлиги, бубон ёрилганда везикулалар, пустикулалар, карбонкуллар, яралар суюқлиги олинади. Ўпка формасида балғам, балғам бўлмаган тақдирда томоқдан, шиллик ичаклар шикастланганда эса нажас олинади. Касалликнинг ҳамма формаларида текшириш учун қон олинади. Кишилар мурдалари ёриб кўрилганда текшириш учун қуйидаги секцион материал: бубон бўлаклари зарарланган теридан материаллар, лимфа тугунлари, паренхиматоз органлар (талок, жигар, ўпка) бўлаклари, юрак бўшлиғидан ёки йирик томирлардан қон олинади.

Бубон, везикула, пустиладан пунктатлар стерилланган шприц билан олинади. Шприцга олдиндан материал оз тушганлиги учун 0,5 мл стерилланган бульон олиниб, сўнгра шприцдаги суюқлик пробиркага қуйилади ва лабораторияга юборилади. Беморлар балғами бўғзи кенг пробкали шиша идишга йиғилади. Қон (10 мл) тирсак венасидан олинади. Бемор ётган жойнинг ўзида бир неча (4—5) қон суртмаси тайёрланади, 50 мл бульонли флаконга қуйилади. Қолган қон эса стерилланган пробиркага қуйилади. Лаборатория узоқда жойлашган бўлса, қон 2 та стерилланган пробиркага (5 мл дан) қуйилиб, лабораторияга келтирилади. Олинган материални совуқда сақлаш имконияти бўлмаса, уни олинган вақтдан бошлаб 5—6 соатдан ўтказмай текшира бошлаш керак. Лабораторияда бактериоскопик текшириш учун суртма тайёрланиб, улар Грамм ва Леффлер бўйича метилен кўки билан бўялади. Люминесцент микроскоп бўлганда люминесцент-серологик методдан фойдаланилади. Бир вақтнинг ўзида Хоттингер агарига ёи натрий сульфит ва Генциан бинафшали Мартен агарига экилади. Қолган материал денгиз чўчкачалари ёки оқ сичқонларни зарарлантириш учун ишлатилади. Серологик метод касалликдан тузалиб кетганларга

ретроспектив диагноз қўйиш учун ишлатилади. Беморларни антибиотиклар билан даволаш бошланган ҳолларда ва чирий бошлаган одамлар мурдасидан олинган материал текшириш учун ишлатилади. РНГА ва РТНГА методлари ҳаммадан кўра кўпроқ қўлланилади.

РНГА да олинган мусбат натижанинг специфик эканлигини назорат қилиш учун антиген диагностика билан РТНГА қўлланилади. Серологик реакциялар касалликнинг 5-кунидан бошлаб касалхонадан жавоб берилишига қадар ҳар 5 кунда олиб борилади. Флюоресцент антителолар реакцияси (РИФ амалий аҳамиятга эга, чунки у текшириладиган материалда 2 соат ичида тоун қўзғатувчиларини аниқлаш имконини беради. Тоун ўчоғида тутилган бурга ва кемирувчилар, ўлган ҳайвонлар, айниқса туялар бактериологик текширилиши керак.

Даволаш. Беморни комплекс равишда даволаш керак. Специфик даволаш учун стрептомицин қаторидаги антибиотиклар (стрептомицин, пасомицин) дан фойдаланилади, уларнинг бир суткалик дозаси 1,5—3 г (0,5—1 г дан ҳар 8 соатда), тана ҳарорати пасайганидан кейин 3—5 кун давомида бир суткалик стрептомицин дозасининг ярми юбориб турилади.

Бубон йиринглаганда хирургик даво қўлланилади.

Тоуннинг септик ва ўпка формаларида стрептомициннинг бир суткалик дозаси 4 г га қадар оширилади (1 г дан суткасига 4 маҳал), ҳарорат тушгач, 5—7 кун давомида суткасига 2 г дан юборилади. Қўзғатувчиларнинг стрептомицинга чидамлилиги пайдо бўлганида тетрациклин қаторидаги антибиотиклар (окситетрациклин, хлортетрациклин, доксициклин) 0,2 г дан суткасига 6 марта мушаклар орасига юборилади. Стрептомицинни тетрациклин қаторидаги антибиотиклар билан бирга бериш мумкин.

Антибиотиклар келтириб чиқарадиган асоратларнинг олдини олиш учун суткасига 2—3 марта 0,03 г дан димедрол ва витамин терапияси (Витамин В₁, В₆, В₁₂, С, К) терапияси буюрилади. Интоксикация рўй-рост ифодаланганда венага 20—40 мл 40% ли глюкоза ёки 500—1000 мл микдорда 5% ли глюкоза, натрий хлориднинг изотоник эритмаси, «Трисоль» ёки ифодаланган ацидозда натрий гидрокарбонат эритмаси юборилади. Гемодез, реополиглюкин, неокомпенсан кўрсатилган.

• Бемор организмида суюқлик тўпланиб қолганда лазикс, фуросемид ва бошқа сийдик ҳайдовчи воситалар, юрак-томир системаси бузилганда — кордиамин, камфора, кофеин, адреналин, строфантин буюрилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Тоун карантин

инфекцияларга мансубдир. Дунёнинг турли мамлакатларида касалликнинг табиий ўчоқлари ва уларнинг баъзиларида касаллик ҳодисалари борлиги ушбу инфекциянинг мамлакатимизга ҳам ўтиб қолиши мумкинлигини эсда сақлаш керак. ССЖИ территориясида ҳам табиий ўчоқлар борлиги энзоотик зоналарда кишиларнинг касалликка чалиниши мумкинлигини инкор этмайди.

Тоунга қарши тадбирларни: 1) Халқаро медицина-санитария қоидаларига мувофиқ аэропорт, денгиз портлари, темир йўл станцияларининг карантин хизмати амалга оширади. Бу тадбирлар тоун касаллиги бор деб шубҳа қилинган кишиларни аниқлаш ва уларни изоляция қилиш, беморлар билан контактда бўлган шахсларни обсервация қилиш, тоунга шубҳа бўлган объектларда бактериологик текширув ўтказиш, эмлаш, кундалик ва яқунловчи дезинфекция, дезинсекция, дератизация, карантин тадбирларини ўтказишни кўзда тутати;

2) ССЖИ Соғлиқни сақлаш вазирлигининг ихтисослаштирилган территориал ташкилотлари олиб боради, булар бевосита карантин инфекцияларининг Бош бошқармасига бўйсунати. Тоунга қарши профилактик тадбирлар комплекси: а) эпидемиологик разведка; б) кемирувчиларга қарши кураш (дератизация) ва инфекция ташувчи бургаларни қириб ташлаш (дезинсекция); в) аҳолини тоунга қарши эмлаш; г) аҳоли ўртасида санитария-тушунтириш ишларини олиб боришдан иборат.

Асосан аҳоли кам яшайдиган ва ўзлаштирилмаган районларда тоуннинг табиий ўчоқларини йўқотиш талайгина маблағ ва вақтни талаб қиладиган жуда мураккаб тадбирлар ҳисобланади. Шунинг учун энзоотик районларда мунтазам равишда кемирувчилар сони ва турлари, эктопаразитлари кузатиб борилади, эпизоотияни ўз вақтида аниқлаш учун лаборатория текшируви олиб борилади, аҳоли яшовчи пунктлар ва атрофидаги территорияда кемирувчилар ва эктопаразитларни қириб, йўқотиб турилади. Эпизоотия аниқланганда эпизоотия зонасида кенг кўламдаги дезинсекцион ва дератизацион чоралар кўрилади.

Тоунга қарши специфик эмлашлар ўтказиш учун тоунга қарши қуруқ тирик вакцина қўлланилади. Эмлаш эпидемик кўрсатмаларга иттифоқдош жумҳурият соғлиқни сақлаш вазирлигининг қарорига мувофиқ ўтказилади.

Қуруқ тирик вакцина билан эмлангандан кейин организмда 6 ойгача давом этадиган иммунитет ҳосил бўлади. Вакцина терига ва тери остига юборилади.

Ўчқудан кўриладиган чоралар. Тоун касаллиги ёки шу касалликка шубҳа пайдо бўлганда инфекция

ўчоғининг тарқалиб кетмаслиги ва уни йўқотиш чоралари амалга оширилади. Бу чоралар қуйидагилардан иборат: 1) беморларни аниқлаш ва уларни касалхонага ётқизиш, беморлар, бемор мурдалари билан ёки инфицирланган материал билан контактда бўлган шахсларни аниқлаш ва уларни махсус мослаштирилган изоляторларга жойлаштириш; 2) тоундан ўлган кишилар мурдаларини топиш ва кўмиш; 3) инфекция ўчоғида, аҳоли яшайдиган пунктларда ва далаларда дезинфекция, дезинсекция ва дератизация ўтказиш; 4) инфекция ўчоғида аҳоли соғлиғини кузатиб бориш, иситмалаётган ва лимфаденити, тонзиллити ва фарингити бор беморларни ажратиб аниқловчи касалхоналарга жойлаштириш; 5) чекланган тадбирлар ёки карантинни жорий этиш; 6) инфекция ўчоғида ва унинг атрофида эпизоотологик жиҳатдан текшириш; 7) зарурият туғилганда аҳолини вакцинация қилиш. Эпидемиологик текширувни махсус тузилган группа олиб боради, унда тоунга қарши муассасаларнинг ходимлари қатнашади.

Беморларни ва улар билан контактда бўлганларни даволаш ва инфекция ўчоғини батамом юқумсизлантириш инфекция ўчоғини йўқотиш чоралари комплексига киради. Инфекция ўчоғини тугатиш ва уни тарқалиб кетишига йўл қўймаслик учун амалга ошириладиган тадбирлар комплексини халқ депутатлари Совети маҳаллий ижроия қўмитаси қошида тузилган тоунга қарши фавқулоддаги комиссия бошқаради.

Тоун билан оғриган ёки тоунга шубҳа бўлган бемор махсус ташкил этилган госпиталга жўнатилади. Беморни олдиндан ажратиб қўйиш учун ҳар қандай бинодан фойдаланса бўлади, сўнгра ана шу бинодан бемор билан контактда бўлган барча кишиларни дарҳол чиқариб юборилади. Касаллик ҳодисаси ҳақида дарҳол санитария-эпидемиология станциясига хабар берилиб, у ердан соғлиқни сақлашнинг юқори органлари хабардор қилинади. Ҳар бир беморни алоҳида палатага ётқизилади ёки бошқа беморлардан парда осиб ажратиб қўйилади. Госпиталь доим қўриқланади. Госпиталь ходимлари иш вақтида махсус кийим — тоундан ҳимоя қилувчи костюмнинг I, II, III ва IV хилларини кийиб ишлашлари керак. Кийиладиган костюм хили иш шароитига ва касаллик формасига боғлиқ бўлади.

Тоун касаллиги билан оғриган бемор билан контактда бўлган шахслар 6 кунга ажратиб қўйилади. Ўпка тоунига чалинган беморлар билан контактда бўлганларни алоҳида ажратиб қўйилади. Беморлар, тоундан ўлган мурдалар, зарарланган буюмлар билан контактда бўлган барча шахс-

ларда кунига камида 2 марта ҳарорат ўлчанади ва улар 5 кун давомида профилактик даволанади. Дорини суккултириб бўлгач, мушаклар орасига тетрациклин 0,5 г дан суткасига 3 марта 5 кун давомида юбориб турилади.

Тоундан ўлган одам мурдалари яшикка солиниб ёки усиз 1,5—2 метр чуқурликка қўмилади. Чуқур тагига қуруқ хлорли оҳак сепилади. Мурдани кремация қилиш (ёндириб кулини қўмиш) ҳам мумкин. Инфекция кенг тарқалиб кетиши оқибатида беморлар билан контактда бўлганларнинг ҳаммасини госпитализация қилиш имкони бўлмаган ҳолларда уларни текширишдан ўтказиш (обсервация) айниқса зарурдир. Бунинг учун ҳовлима-ҳовли юриб, барча кишиларнинг ҳарорати албатта ўлчанади. Иситмаси бор кишилар рўяхати врачга берилади. Врач беморни бориб кўргач, дастлабки диагноз қўйиб, тегишли стационарга жўнатади. Зарурият туғилганда бундай обсервация аҳолини эмлаш ва санитария-оқартув ишлари билан бирга олиб борилади.

Инфекция ўчоғида кундалик дезинфекция беморга парвариш қилиш, уни ёки у билан контактда бўлган шахсларни эвакуация қилиш вақтида ўтказилади. Яқунловчи дезинфекция беморлар ёки улар билан контактда бўлган шахслар эвакуация қилингандан кейин, шунингдек ўлганлар қўмилгандан сўнг тураржой биноларида ўтказилади. Инфекция ўчоғида дезинфекция билан бир вақтнинг ўзида дезинсекция ва дератизация ҳам қилинади.

ТУЛЯРЕМИЯ (TULAREMIA)

Этиологияси. Қўзғатувчи *francisella* авлодига мансуб. Одамлар ва қатор ҳайвонлар учун кескин ифодаланган контагиозлик билан характерланади. Қўзғатувчиларнинг ташқи муҳитда чидамлилиги ҳарорат ва бошқа омилларга боғлиқ бўлади. Сувда 4°С да қўзғатувчилар 4 ой мобайнида, музлатилган маҳсулотларда —3—4 ойгача, кемирувчиларнинг қуритилган териларида 2 ойгача тирик сақланади. Қуёш нурининг бевосита таъсирида 20—30 минутдан сўнг ҳалок бўлади. Одатдаги концентрацияда бўлган дезинфекцияловчи эритмаларга ва ошган ҳароратга сезувчан бўлади. Сувда қайнатилганда ўша заҳоти, 60°С да 10 минутдан сўнг нобуд бўлади.

Эпидемиологияси. Кемирувчилар инфекциянинг асосий манбаи ва резервуари бўлиб хизмат қилади. Қўзғатувчилар иксод каналарида узоқ вақт давомида сақланиши мумкин. СССР да сув каламушлари, майда сичқонсимон кемирувчилар (чўл сичқони, уй сичқонларри), қуёнлар,

ондатралар, оғмахоналар табиий ўчоқларда инфекциянинг асосий тарқатувчилари бўлиб ҳисобланади. Ана шу кемирувчилар организмда кўзғатувчилар кўпаяди, инфекция жараёни кенг тарқалиб, кўзғатувчилар интенсив равишда сийдиги ва ахлати орқали ташқарига ажралиб чиқади. Ҳозирги вақтда инфекция манбаи бўлиши эҳтимоли бор 60 дан ортиқ ҳайвонлар тури аниқланган. Юмронқозиклар, олмахонлар, ола-була каламушлар, уй ҳайвонлари (эчкилар, қўйлар, мушуклар ва ҳоказолар) иккинчи даражали аҳамиятга эга. Бу ҳайвонларда инфекция жараёни кўзғатувчиларнинг организм бўйлаб камроқ тарқалиши ва қонга оз миқдорда тушиши ва шунга мувофиқ атрофмуҳитга кам ажралиб чиқиши билан давом этади.

Бемор киши атрофдагилар учун хавfli эмас.

Инфекциянинг ҳайвонлар ўртасида тарқалиши қон сўрувчи эктопаразитлар, шунингдек инфицирланган сув ва озиқа маҳсулотлари орқали ўтади.

Кўзғатувчилар ҳайвондан одамга қуйидаги йўллар билан ўтади: аэроген (ҳаво-чанг йўли); тўғридан-тўғри контактда бўлганда (касал кемирувчилар терисини ажратиб олишда); озиқ-овқат (инфекцияланган маҳсулотларни истеъмол қилишда); сув орқали (инфицирланган сув ичилганда ва зарарланган сув ҳавзаларида чўмилганда); трансмиссив йўл билан (инфекцияланган бўғимоёқлилар — каналар, сўналар, пашшалар ва ҳоказолар чаққанда). Кишиларга инфекция манбаидан инфекция ўтиши механизмига асосланган И. И. Елкин тавсия этган классификация бўйича эпидемик касалликлар қуйидаги хилларга бўлинади: 1) шикастланган тери ва шиллиқ пардалар орқали юзага келадиган эпидемиялар (контакт эпидемиялари); 2) бўғимоёқлилар тарқатадиган эпидемиялар (трансмиссив эпидемиялар); 3) оғиз орқали тарқаладиган эпидемиялар (сув ва озиқ-овқат эпидемиялари); 4) нафас йўллари орқали тарқаладиган эпидемиялар (аспирацион эпидемиялар).

Туляремиянинг эпизоотияси ва авж олиши муайян территорияларда юзага келади. Туляремия табиий ўчоқларининг қуйидаги жойлари қабул қилинган: ўт — ботқоқли, ўтзор — дала, дашт — чўл, ўрмон, тоғ этаклари ва чўл дарё воҳалари.

Инфекция ўчоғи хили, кемирувчилар сони, ахолининг меҳнат фаолияти ва эмланганлар табақасига қараб касаллик спорадик ҳодиса ёки эпидемиялар сифатида қайд қилинади. Ҳозирги вақтда туляремия касалликларининг қуйидаги эпидемик типлари классификацияси: хунармандчилик, сувли, турмуш, трансмиссив, қишлоқ хўжалиги ва траншеяли хиллари тарқалган. Сўнгги йилларда

трансмиссив типдаги эпидемиялар касалликларнинг 72—85 фоиз ҳолларида учраб туради. Озиқ-овқат ва сув орқали тарқаладиган эпидемиялар трансмиссив типдагисидан кейин иккинчи ўринда туради.

Одам туляремияга жуда сезувчан бўлади. Касалликдан тузалгандан кейин турғун иммунитет (касалликка берилмаслик) ишланиб чиқиб, у кўп йиллар, гоҳо эса умр бўйи сақланиб қолади.

Патогенези. Касаллик қўзғатувчилари одам организмига тери қопламлари, оғиз бўшлиғи, оғиз-ҳалқум, меъда-ичак йўли, нафас йўллари, кўз шиллиқ пардалари орқали кириши мумкин ва ҳ. к. Камроқ ҳолларда қўзғатувчилар инфекция дарвозаси ҳисобланмиш тери қопламларининг яллиғланиш ўзгаришларини келтириб чиқаради. Аксари улар тез орада регионар лимфа тугунларига, кейинроқ эса қонга ўтади.

Туляремия қўзғатувчилари тўпланган ўчоқларда — регионар лимфа тугунларида (бирламчи бубон) — лейкоцитлар, фибрин, плазматик ва эозинофил ҳужайралардан ташкил топган специфик туляремия гранулемалари ҳосил бўлади. Туляремия гранулемалари казеоз некрозга ва парчаланишга учрайди, бунда улар сил дўнғчаларига ўхшаб кетади. Қўзғатувчилар организмда кейинчалик тарқалганда иккиламчи бубонлар пайдо бўлиши мумкин. Қўзғатувчиларнинг қон оқими билан айланиб юриши организмнинг умумий интоксикациясига ва турли органларнинг шикастланиши ва уларда специфик гранулемалар ҳосил бўлишига олиб келади.

Клиникаси. Қўзғатувчиларнинг организмга турли йўллар билан кириши касалликнинг ҳар хил клиник белгилари пайдо бўлишига сабаб бўлади.

Инкубацион давр 2 кундан 8 кунгача давом этади. Умумий симптомлар туляремиянинг ҳамма клиник формаларига характерлидир. Касаллик тўсатдан бошланади: қисқа вақт эт увишувидан кейин тана ҳарорати $38,5-40^{\circ}\text{C}$ га кўтарилади, беморлар бош, мушаклар, бел оғриғидан, умумий ҳолсизлик, терлаш, иштаҳа йўқолишидан нолийдилар. Беморлар кўздан кечирилганда гиперемия ва конъюнктивит қайд қилинади.

Касаллик биринчи ҳафтасининг охирида жигар ва талок катталашади. Қонда кўпинча лейкопения, оқ қон таначалари кўринишининг чапга силжиши, нисбий лимфоцитоз ва моноцитоз аниқланади; СОЭ ўртача ошган бўлади. Иситмалаш даври 5—7 кундан 30 кунгача давом этиши мумкин. Аксари ремиттирловчи ва интермиттирловчи иситма учраб туради. Тана ҳарорати литик тарзда (бир-

данига) тушади. Кўрсатиб ўтилган умумий симптомларга инфекциянинг кириш дарвозаси ва туляремиянинг клиник формаларига қараб касалликнинг бошқа характерли белгилари ҳам қўшилади.

Туляремиянинг қуйидаги клиник формалари: бубонли, яра бубонли, кўз-бубонли, ангиноз-бубонли, абдоминал (ичак), ўпка ва генерализациялашган бирламчи септик формалари тафовут қилинади.

Бубонли формаси. Инфекция тери ва шиллик пардалар орқали регионар лимфа тугунларига тушади ва у ерда лимфаденит (бубон) га сабаб бўлади. Бубонлар жойлашуви зарарланиш йўллариغا боғлиқ бўлади. Хунармандчилик туфайли юз берадиган эпидемияда тирсак ва қўлтиқ ости бубонлари кўпроқ бўлса, озиқ-овқат ва сув орқали тарқаладиган касалликда бўйин ва жағ ости бубонлари кўпроқ учраб туради ва ҳ. к.

Бубонлар катта-кичиклиги ўрмон ёнғоғидан тортиб, то товук тухуми катталигигача ва бундан каттароқ бўлади. Кўпинча жараёнга ушбу соҳа (халта) нинг бошқа лимфа тугунлари гуруҳлари қўшилиб кетади. Улар ўзаро ва атрофдаги клетчатка билан бирикмаган бўлади, кам оғрийди. Тана ҳарорати пасайганидан сўнг бубонлар аста-секин битиб кетади. Даволаш ўз вақтида буюрилмаганда яллиғланган лимфа тугунларининг йирингли ириб кетиши (абсцесс) ва кейинчалик куюқ қаймоқсимон йиринг ажралиши ва абсцесс тешилиши мумкин.

Ярали-бубон формаси. Кўзғатувчи кирган жойда — терида 6—8 кун давомида бирин-кетин доғ, папула, везикула, пустила, яра ҳосил бўлиб, бир йўла яқин жойлашган лимфа тугунида яллиғланиш жараёни — лимфаденит (бубон) пайдо бўлади. Терининг бирламчи ўзгаришлари аксарият касалликнинг трансмиссив хилларида юзага келади.

Кўз-бубонли формаси. Касаллик кўзғатувчиси кўз шиллик пардалари орқали кириб, кўз конъюнктивасида фолликуляр ўсимталарни пайдо қилади, бунда бир вақтнинг ўзида қулоқ атрофи, бўйин олди, жағ ости ва бошқа лимфа тугунлари катталашади. Қовоқлар сал шишади, кўз пардасида папула, кичик яралар пайдо бўлиши эҳтимол.

Ангиноз-бубон формаси. Касаллик бошланишида бодомча безларнинг гиперплазияси ва кейинчалик уларда кулранг-оқиш рангли караш пайдо бўлади, бунда узок вақт давомида битадиган чуқур яралар ҳосил бўлади. Кўпинча бодомча безларнинг бир томони зарарланади. Кўзғатувчиларнинг регионар лимфа тугунларига кириши

муносабати билан жағ ости, буйин бубонлари ва бошқа бубонлар пайдо бўлади (27-расм). Ангиноз-бубон формаси кўпинча туляремиянинг сув орқали юкишида учраб туради.

А б д о м и н а л (и ч а к) ф о р м а с и . Қўзғатувчилар организмга оғиз орқали овқат маҳсулотлари билан бирга кирганда пайдо бўлади. Касалликнинг бу формаси учун, умумий симптомлардан ташқари, мезентериал лимфа тугунлари шикастланиши туфайли пайдо бўлаган қориндаги қаттиқ оғрик, қўнғил айланиши, ич кетиш ҳоллари характерлидир.



27- расм. Туляремия. Ангина-бубонли формасида беморнинг кўриниши (Г. П. Угло-войдан).

Туляремиянинг абдоминал формасига диагноз қўйиш қийин бўлади.

Ў п к а ф о р м а с и . Бирламчи яллиғланиш жараёни ўпқада пайдо бўлади. Генерализациялашган формаси инфекция кирган жой ва регионар реакциясиз кечадиган умумий симптомлар ривожланиши характерли бўлади. Клиник жиҳатдан бу форма организм интоксикациясининг бир қадар ифодаланиши билан кечади. Бошқа формаларига қараганда кўпинча беморларда полиморф эритематоз тошма-тошиши кузатилади. Тузалиш даврида специфик асоратлар, иккиламчи зотилжам ва асаб ҳамда юрак-томир системаси асоратлари — вегетатив невроз юрак мушакларининг дегенератив ўзгаришлари юз бериши эҳтимол ва б. қ.

Касалликдан тузалиб кетгандан кейин меҳнат қобиляти ва иштаҳа жуда секин тикланади. Туляремияда рецидивлар узоқ давом этадиган (2—3 ойгача) формага ўтиши мумкин.

Диагнози. Туляремия касалликнинг клиник манзарасига, эпидемиологик маълумотларга, ўпка формасида эса, рентгенологик маълумотларга асосланиб аниқланади. Лаборатория (аллергик, биологик, серологик) текшириш методлари катта диагностик аҳамиятга эга. Тери-аллергик синама қўйиш учун касалликнинг 3—4-кунларидан бошлаб билак кафт юзасининг юқори учдан бир қисмига 0,1 мл миқдорда тери остига тулярин (диагностикум) юборилади. Реакция мусбат бўлганда укол қилинган жойда 0,5 см ва бундан каттароқ диаметрда инфильтрация ва гиперемия пайдо бўлади. Реакция натижалари 24—36—48 соатдан кейин ҳисобга олинади.

Тери остига қилинадиган синама ўрнига тери юзасида қўйиладиган синамадан ҳам фойдаланиш мумкин.

Биологик синама оқ сичқонларга ва денгиз чўчкачаларига қўйилади. Лаборатория ҳайвонлари териси ости ёки қорин пардаси ичини зарарлантириш учун лабораторияга қуйидагилар жўнатилиши зарур: касалликнинг 14—20-кунларидан олдин олинган бубон пунктати; касалликнинг 8—12-кунигача олинган пустила суюклиғи, яра туби қирмаси (ҳайвонларга юборишдан аввал натрий хлориднинг изотоник эритмасида аралаштирилади); касалликнинг 15—17-кунигача олинган кўз конъюнктиваси ажралмалари; касалликнинг 6-кунигача олинган қон (5—6 мл). Ҳайвонларни 15—20 кун сақлаб турилади. Зарарланган сичқонлар 3—4-кунида ҳалок бўлади. Ҳайвонлар ўлгандан сўнг туляремия микроби уни агглютинацияловчи зардобга солиштириб кўрилади.

Агглютинация реакциясини қўйиш учун касалликнинг 7—10-кунида лабораторияга 2—3 мл қон жўнатилади. Титр ортиб боришини аниқлаш учун 4—5 кун оралатиб реакция 2—3 марта қайтарилади. Зардобни 1:1000 ва ундан кўпроқ нисбатда эритилганда олинган агглютинация реакцияси мусбат реакция ҳисобланади. Агглютинация реакциясига қараганда туляремия антигени билан сенсбилизация қилинган эритроцитлар ёрдамида ўтказилган билвосита гемагглютинация реакцияси (РНГА) бирмунча сезувчан бўлади ва антителоларни бир қадар эрта аниқлаш имконини беради.

Даволаш. Тетрациклин қаторидаги антибиотиклар специфик таъсир этиш хусусиятига эга бўлиб, улар суткасига 0,2 г дан 4 маҳал буюрилади. Левомецетинни 0,5 г дан суткасига 4 маҳал 7—10 кун давомида қўлланиш ҳам мумкин. Натрий хлориднинг изотоник эритмаси ёки 5—10% ли глюкоза эритмасини аскорбин кислота билан

бирга венага юборилади. Зарур бўлган ҳолларда юрак до-
рилари буюрилади. Туляремия узокқа чўзилганда вак-
цинотерапия ўтказилади. Даволаш курсида 5—6 кундан
дам бериб, 8—12 инъекция қилинади; бир марта юбориш
учун вакцина дозаси 50000 (0,1 мл) дан 250 000 гача
(0,5 мл) микроб таначаларини ташкил этади. Вакцина
тери остига, мушаклар орасига ёки венага юбори-
лади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Аҳолини курук
вакцина билан эмлаш касаллик профилактикасида энг
самарали чора ҳисобланади. Вакцинация ва ревакцинация
туляремияга нисбатан энзоотик бўлган территорияда
яшовчи аҳоли орасида, шунингдек, ана шу инфекциянинг
юқиш ҳавфи бўлган кишилар ўртасида ўтказилади; вак-
цинация эпидемик кўрсатмаларга қараб ҳам қилинади.
Туляремияга нисбатан энзоотик территория деб, илгари
муддатидан қатъи назар, туляремия кишилар орасида
касаллик сифатида қайд қилинган жой ёки туляремия
қўзғатувчилари топилган территория ҳисобланади.

Вакцина тери устига (скарификацион) ёки тери ораси-
га оқим билан юборилади (бунда вакцина турлича эри-
тилиб тайёрланади). Эмлаш натижалари эмлашдан сўнг
5-кундан 7-кунгача текшириб кўрилади. Эмланган жойда
реакция бўлмаган тақдирда 12—15-кунида қайтадан эмлаш
ўтказилади. Ревакцинация 5 йилдан кейин ўтказилади.
Энзоотик территориялардаги барча аҳоли (7 ёшгача бўлган
болалар ва эмланмайдиган шахслар бундан мустасно) эм-
ланиши керак.

Бир вақтнинг ўзида туляремия ва бруцеллезга, туля-
ремия ва тоунга ёки барча учта инфекцияга қарши
эмлаш мумкин.

Туляремия пайдо бўлиши мумкин бўлган территорияни
соғломлаштириш бўйича олиб бориладиган куйидаги умум-
ий комплекс профилактика чоралари: йирик сув иншоот-
ларини қуриш, сув каламушлари яшайдиган жойларни
тула сувга бостириб юбориш, ботқоқликларни қуришти-
риш, эрларни ёппасига текислаб, экин майдонларига айлан-
тириш, чуқурликларни кўмиб ташлаш, агротехника талаб-
ларига риоя қилиш (ҳосилни ўз вақтида ва сифатли
қилиб йиғиштириш, кузда эрларни ҳайдаш, бегона ўтларни
йўқотиш, сомон ва хашакни ўз вақтида йиғиштириб
олиш), кемирувчиларни ва учиб юрувчи қонсўрар ҳаша-
ротларни қириб ташлаш, озик-овқат маҳсулотлари ва сувни
туляремия қўзғатувчилари тушиб, ифлос қилишидан сақ-
лаш, инфекция манбаларида ишлаганда, туляремия қўз-
ғатувчилари бўлиши эҳтимоли бор хом ашё ва маҳсулот-

лар билан ишлаганда техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилиш, зарарланган хом ашёни туляремия юқиши эҳтимоли бор районлардан ташиб чиқиб кетишга йўл қўймайдиган чоралар кўриш катта аҳамият касб этади.

Туляремияга энзоотик бўлган районлар аҳолиси ўртасида санитария маорифи ишларини мунтазам олиб бориш зарур.

Ўчоқда кўриладиган чоралар. Туляремия билан оғриган беморлар атрофдагилар учун хавфли бўлмаса ҳам, уларни аниқлаш ва касалхонага ётқизиш ушбу касалликка қарши ўз вақтида эпидемияга қарши чоралар кўриш имконини беради. Инфекция ўчоғида дезинфекция, ичак инфекцияларидаги сингари ўтказилади. Дератизация чоралари кўрилади.

Сув манбаларини кўриқлаш, қудуқлар устини ёпиш ва уларни қопқоқлар билан таъминлаш, туляремия билан зарарланиш эҳтимоли бўлган сувни хлорлаш ва қайнатиш, озик-овқат махсулотларини кемирувчилар ифлосланишидан эҳтиёт қилиш муҳим ўринни эгаллайди.

Аҳоли орасида вакцинация у касаллик пайдо бўлмасдан олдин қилинмаган тақдирда амалга оширилади.

ҚАЙТАРИШ УЧУН МАСАЛАЛАР

1. 56 яшар К. исмли фуқаро касалликнинг 5-қунида қаттиқ бош оғриши, уйқусизлик, умумий дармонсизлик, иштаҳа йўқолгани, ҳароратининг 39°C га кўтарилганидан шикоят қилиб касалхонага ётқизилган. Кўздан кечирилганда юзи қизаргани ва биров шишгани, бўйин ва гавда тепаси учдан бир қисмининг терисида гиперемия, конъюнктивалари гиперемияси, тана ёнбош сатҳларида, орқада ва қўлнинг букиладиган юзасида мўл-қўл розеолёз тошма тошгани аниқланди. Фуқаро 1945 йили тошмади терлама билан оғриб тузалган.

Сизнинг тахминий диагнозингиз қандай? Диагнозни ойдинлаштириш учун қандай текширишлар ўтказилиши зарур? Ўчоқни йўқотишга оид эпидемияга қарши чора-тадбирлар планини тузинг.

2. «Ц» аҳоли пунктида ҳайвонлар ўртасида Ку иситмаси ҳодисалари қайд қилинди.

Аҳоли ўртасида Ку-иситмаси тарқалиб кетмаслиги учун қандай чора-тадбирлар кўрилиши керак?

3. Геологларнинг бир гуруҳи кана энцефалити бўйича эндемик жой бўлган Сибирнинг М. районига келгуси йилнинг май ойида экспедицияга жўнаши керак. Уларни кана энцефалити билан оғримаслигининг олдини олиш учун қандай чоралар кўрмоқ керак? 4. «О» аҳоли пунктида 15-дан 23 октябргача 3 та туляремия касаллиги қайд қилинган. Эпидемик текширилганда совуқ тушгандан кейин қишлоқда, жумладан, беморлар уйида ҳам кўплаб сичқонлар пайдо бўлганлиги аниқланди.

Инфекциянинг олдини олиш учун қандай чоралар кўрилиши зарур?

ТАШҚИ ҚОПЛАМЛАР ИНФЕКЦИЯЛАРИ

КУЙДИРГИ (anthrax)

Этиологияси. Қўзғатувчилар Bacillaceae оиласига, Bacillus туркумига мансуб. Организмда куйдирги бациллалари вегетатив формада аниқланиб, у ҳавосиз шароитда, 75—80°С гача қиздирилганда, дезинфекцияловчи воситалар таъсирида тез нобуд бўлади. Кислород бемалол кирадиган бўлса, қўзғатувчилар спораларни ҳосил қилади, бу споралар атроф-муҳитда жуда чидамли бўлади ва қулай шароитлар бўлганда йиллаб сақланади. Бундай шароитлар тепалик жойлардаги кам намланган тупроқда, шунингдек, споралар ўсиши учун шароит бўлмаган тупроқнинг чуқур қаватларида яратилади. Тупроқнинг устки қатламида ёзда ҳарорат ва намлик оптимал бўлганда споралар вегетатив олди ҳолатига ўтиб, ҳалок бўлади. Споралар қуриштишга, юқори ҳарорат (қайнатилганда 60 минутдан кейин ҳалок бўлади), дезинфекцияловчи воситаларга чидамли бўлади.

Эпидемиологияси. Куйдиргида касаллик қўзғатувчиларининг манбаи касал ҳайвонлар ҳисобланади, уларда касаллик ўткир, умумий септицемия типи бўйича кечади.

Уй ҳайвонлари — йирик ва майда шохли қорамол, от, эшак, буғу, туя, чўчка ва б. қ. эпидемиологик жиҳатдан айниқса хавфли. Касал одам инфекция манбаи сифатида ҳеч қандай роль ўйнамайди. Одамга у молни мажбуран сўйганида ва гўштини майдалаганида, инфекция тушган гўшт маҳсулотларига ишлов берганида, касал ҳайвонни парвариш қилганида юқади.

Куйдирги қўзғатувчиларининг ўтиш механизми уларнинг яшаш формалари билан белгиланади. Вегетатив формадаги қўзғатувчилари контакт, трансмиссив (қон сўрадиган хашаротлар чакқанда) йўл билан, озиқ-овқат (инфекция тушган озиқ-овқатлар ейилганда) орқали юқади. Спорали формаси чанг билан бирга одамга аэроген йўл билан ўтиши мумкин.

Касбга оид-саноат куйдиргиси, касбга оид — қишлоқ хўжалиги куйдиргиси ва касбга оид бўлмаган куйдирги фарқ қилинади. Биринчи турда касаллик организмга қўзғатувчи споралари тушганда ривожланади, улар инфекция тушган хом ашё (тери, жун, ёл ва б.) га ишлов беришда корхона хоналарида ҳаво оқими билан тарқалади.

Касбга оид-қишлоқ хўжалиги куйдиргисида одамга касаллик ҳайвон терисини шилишда, гўштини нимталашда, ўлигини йиғиб олиш ва юкумсизлантиришда, касал ҳайвонларни парвариш қилишда юқади.

Касбга оид бўлмаган куйдирги одамга кўзгатувчининг спорали формаси организмга тасодифан ёки маиший йўл билан тушиши натижасида юқади.

Одамлар орасида куйдирги билан касалланиш моллар ўртасида касалланишга ва тегишли профилактик чоралар ўтказилишига доимий ва бевосита алоқадор бўлади.

Одамнинг куйдиргига сезгирлиги юқори. Кўпинча катта одамлар касалланади. Касалликдан кейин барқарор иммунитет қолади. Одамлар орасида касалланишнинг мавсумий кўтарилиши (июль — сентябрь) касалликнинг ҳайвонлар орасида ошиши ва қон сўрувчи ҳашаротлар сонининг кўпайиши билан боғлиқ.

Патогенези. Зарарланган тери қопламлари, шиллик пардалар инфекция дарвозаси бўлиб ҳисобланади. Одамда куйдирги иккита клиник формада — тери (карбункул) ва септик формада кечади. Бирламчи ва иккиламчи септик формаси бўлиши мумкин. Тери формаси одамда септик формадагига қараганда кўпроқ учраб туради. Қўл, бош ва тананинг бошқа очиқ жойлари ҳаммадан кўра кўпроқ зарарланади.

Бациллаларнинг терида ўрнашган жойида терининг сероз-геморрагик яллиғланиши ва тери ости ёғ клетчаткаси ҳолидаги куйдирги карбункули ривожланади. Кейинчалик некроз, шиш, регионар лимфаденит пайдо бўлади. Организм резистентлиги сусайганда кўзгатувчилар қонга ўтиб кўпаяди ва бирламчи куйдирги сепсисига сабаб бўлади. Регионар лимфатик системанинг зарарланиши натижасида рўй-рост ифодаланган шиш, некроз пайдо бўлади. Ривожланаётган инфекция зўрайиб борувчи бактериемия ва умумий токсемия билан давом этади.

Организм интоксикацияси ҳароратнинг бирданига ўзгариб қолишига ва юрак-томир бузилишларига, шокка олиб келади, бу ўлимга сабаб бўлади.

Клиникаси. Тери формасида инкубацион давр 2 кундан 14 кунгача, септик турида — бир неча соатдан 6—8 кунгача давом этиши эҳтимол.

Т е р и ф о р м а с и . Инфекция дарвозасида кичитадиган доғ пайдо бўлишидан бошланиб, у тезда қизғиш тусли папулага, сўнгра ичида лойқа қон аралаш суюқлик бўлган везикула — пустулага айланади. Қичишиш кучли бўлганидан беморлар шикастланган жойни қашиб тирнайдилар, пустула юлиниб кетади, баъзан у ўзидан-ўзи ёрилиб кетади ва ўрнида струп (чақа) ҳосил бўлади, у тез қораяди ва катталашиб боради. Чақа кўринишдан кўмирни эслатади. Касалликнинг номи ҳам шундан пайдо бўлган. Чақа атрофида иккиламчи пустулалар пайдо бўлади, улар



28- расм. Карбункул юзда жойлашганда куйдирги тери формасининг бирин-кетин келадиган кечиш фазалари (а — г).

ҳам худди юқоридаги каби ривожланиш босқичларидан ўтади. Чақа остида кўнғир рангли болишча ҳолида инфилтрат пайдо бўлади, у соғлом тери тепасида кўтарилиб туради. Карбункул тери ва тери ости ёғ клетчаткасининг каттакон шиши билан ўралган (28-расм). Тери ости ёғ клетчаткаси сийрак тузилган жойларда шиш айниқса катта бўлади. Шишдан ташқари, карбункул соҳасида оғриқ бўлмаслиги, хаттоки чуқур қилинган уколнинг ҳам оғримаслиги характерлидир.

Карбункул ва шишдан ташқари, регионар лимфа тугунларининг катталашуви ҳам характерлидир. Одатда, битта лимфа тугуни катталашади, у зич, ҳаракатчан ва оғриқсиз бўлиб қолади.

Касалликнинг дастлабки соатларида бош оғриши, лоҳаслик, эт увишиши кузатилади. 2—3-кунда тана ҳарорати 39—40°C гача кўтарилади. Токсикоз аломатлари: бош оғриғининг кучайиши, лоҳаслик, бадан увишиши, юрак-томир системаси ўзгаришлари (пульснинг тез-тез, кичик, баъзан аритмик бўлиши, қон босимининг тушиб кетиши) пайдо бўлади. Жигар ва талок катталашади. Касалликнинг тери формасида умумий ўзгаришлар кўпинча кам ифодаланиб, беморлар ишини давом эттиришлари мумкин. 5—8-кундан кейин бемор ахволи енгиллашади. Тана ҳарорати пасаяди, шиш секин-аста камая боради. Касалликнинг 2—4-ҳафтасига келиб чақа кўчиб тушади ва очилиб қолган яра тезда чандиқ ҳосил қилиб битиб кетади. Тери формаси куйдирги сепсиси билан оғирлашиши мумкин.

Септик формаси. Гавда ҳарорати 39°C гача кўтарилиб ўткир бошланади. Эт увишади, умумий беҳоллик, бош оғриғи, қуруқ йўтал, бўғилиш сезгиси пайдо бўлади. Қорин соҳасида оғриқ бўлиши эҳтимол. Танада кўпгина геморрагиялар пайдо бўлади, гавда ҳарорати 40—41°C гача кўтарилади.

Оғир интоксикация қон томирлар девори зарарланишига, кўпгина орган ва тўқималарда, жумладан, ўпка, ичакларда геморрагик синдром пайдо бўлишига олиб келади. Шу муносабат билан куйдиргининг септик формасида ўпка ва ичак турлари фарқ қилинади.

Ўпка формасида ўпка шишуви, геморрагик плеврит аломатлари бўлган ҳолда зотилжам қайд қилинади. Зўрайиб борувчи азоб берадиган йўталда аввал сероз-шилликли, сўнгра қон аралаш балғам ажралади.

Ичак формасида тўсатдан қоринда қаттиқ санчийдиган оғриқ тутади, сафро ёки қон аралаш қайт қилиш, қон аралаш ич кетиши бошланади. Кейинчалик ичаклар парези оқибатида ичак тутилиши манзараси ривожланади. Септик формада бесаранжом бўлиш, эйфория, алаҳсираш, талваса тутиши, менингеал синдром характерлидир. Пульс тезлашган, суст тўлишган, ипсимон бўлади, қон босими тушиб боради. Ўлим инфекцион-токсик шокдан касалликнинг биринчи, камроқ ҳолларда иккинчи кунига келиб юз беради.

Куйдиргида қонда лейкоцитоз ($20—25 \cdot 10^9$ /л гача) ва чапга силжиган нейтрофилёз қайд қилинади.

Диагнози. Одамда куйдирги диагностикаси эпизоото-

логик, эпидемиологик, клиник ва лаборатория маълумотларига асосланади.

Тери формасини чипқон, хўппоз, сарамас, ҳашарот чакқандаги яллиғланиш, туляремиянинг яра-бубонли формаси, тоуннинг тери формаси, манқадан дифференциал диагностика қилинади.

Ажратмалар ва қон лабораторияда текширилади (яхшиси даволаш бошлангунга қадар). Касалликнинг тери формасида Пастер пипеткаси ёки шприц ёрдамида, улар бўлмаганда стерил тампон билан везикула, карбункул, яра суюқлигидан намуна олинади. Бемор ўринбоши олдида инфекцияланган материал олишдан олдин карбункул атрофи ва унинг юзасидаги терини жуда эҳтиётлик билан тозаланади. Венадан қон, яхшиси, иситма даврида 1 мл ҳажмда олинади. Қон (1—2 томчиси) бевосита овқатли муҳитга (агар ёки Хоттингер бульони) экилади, шунингдек, буюм шишаларида иккита юпқа суртма қилинади.

Зарурат бўлганда лабораторияга ҳайвонот хом ашёси (тери бўлакчаси, жун, соч, ёл), 20—30 г миқдорда, тупроқ — 1 синамага 200 г, сув — камида 1 л ҳажмда олиниб юборилади.

Беморлардан олинган текшириладиган материал ва хом ашёни стерил пробирка, банка ёки бошқа лаборатория идишига солиш зарур. Қуритилган суртмалар Петри косачасига жойланади ва қалин қоғозга ўралади, косачага ёки қоғозга: «суртма фиксация қилинмаган» деб ёзиб қўйилади. Қўшиб бериладиган этикеткада материал олинган жой ва вақти, унинг номи, тахминий диагноз ёзилади. Бемор одамдан олинган материал этикетка билан таъминланиб, унга беморнинг фамилияси, исми ва отасининг исми ёзилади.

Текшириладиган материал тахта ёки темир қутига солинади, боғланади, пломбланади ёки сурғучланади. Қути қопқоғига: «Усти эҳтиёт қилинсин» деб ёзилади ва шу ҳолда лабораторияга ходим орқали жўнатилади. Қутига қўшиб бериладиган ҳужжатга текшириш объектлари ва ҳар бир банка, пробирка кабилар этикеткасида қайд қилинган ҳамма маълумотлар санаб ўтилади.

Лабораторияда люминесцент-серологик метод, термопреципитация реакцияси (Асколи бўйича), капсула ҳосил бўлишидан фойдаланиб сигнал текширув ўтказилади. Сигнал текширувни текширилаётган материалда қуйдирги қўзғатувчиларини дастлабки индикация қилиш учун ўтказилади. Манфий натижа манфий жавоб учун асос бўлиб хизмат қилмайди.

Кейинги батафсил бактериологик текширув бактериос-

копия ва овқатли муҳитларга экиш ёрдамида қўзғатувчиларни ажратиш ва фарқлашга имкон беради.

Ишлов берилган материални озикли муҳитларга экиш билан бирга оқ каламушлар, денгиз каламушлари ёки қуёнларга юктирилади (биологик синама). Тажриба ҳайвонлари устидан 10 кунгача кузатув олиб борилади.

Ўлган ҳайвонлар органлари ва қонидан бактериоскопия учун суртмалар қилинади ва тегишли муҳитларга экилади.

Лаборатория дастлабки хулосани материал келган вақтдан бошлаб сигнал текширув методларидан 3—5 соат ўтгандан кейин, узил-кесил хулосани 4 кундан кейин бериши мумкин.

Лаборатория узил-кесил натижани асосий текширувларнинг мусбат натижаларини жамлашга асосланиб беради.

Антраксин билан диагностик аллергик тери синамасини касалликнинг 1-кунидан бошлаб қўйиш мумкин; биринчи ҳафтанинг охиридан бошлаб у деярли ҳамма беморларда мусбат бўлади.

Даволаш. Куйдиргининг тери формаси енгил кечаётган беморларга фақат антибиотиклар, яхшиси, 5—7 кун мобайнида мушак орасига суткасига 6—8 марта 500 000 — 1 000 000 ТБ дозада пенициллин тайинланади. Тетрациклин қаторидаги препаратлар — тетрациклин, окситетрациклин иккинчи ўринда туради. Улар 5—7 кун мобайнида суткасига 4 марта 0,3 г дан ичиш учун буюрилади.

Касаллик ўртача оғирликда ва оғир кечганда беморларни айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш, нафас қисиши, цианоз, ташналикни (2—5 л) бартараф этиш учун «Три-соль» типидagi эритмаларни зарур миқдорда венага юборишдан фойдаланиб даволанади. Бунда ҳар куни 400 мл реополиглюкин ёки гемодез қўшилади. Перфузион системага 90—120 мг преднизолон, юрак гликозидлари (0,25—0,5 мл 0,05% ли строфантин ёки 0,5—1 мл 0,06% ли коргликон эритмаси), 1 000 000 ТБ пенициллин юборилади. Пенициллиннинг қолган миқдори (7 000 000—12 000 000 ТБ) сутка мобайнида мушаклар орасига юборилади.

Куйдиргига қарши специфик иммунглобулин беморда иммунглобулинга ортиқча сезгирлик бўлмаганда мушак орасига 1 марта 40—50 мл миқдорда юборилади. Суюлтирилган глобулин билан тери орасига мусбат синамада ёки тери остига иммунглобулин юборилишига анафилактик реакция пайдо бўлганда венага 90—120 мл преднизолон юборилгандан кейингина иммунглобулин юборилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Уй ҳайвонлари

орасида куйдирги касаллигига қарши кураш ветеринария-санитария чора-тадбирларини ўтказиш: зарарланган ҳайвонларни ўз вақтида аниқлаш, уларни ажратиш ва даволаш, уларни ҳашоротлар чақишидан сақлаш, ажралмаларини юқумсизлантиришдан иборат. Касал ҳайвон споралар ҳосил бўлмаслиги учун қонини чиқармасдан ўлдирилади. Куйдирги билан касалланган ҳайвонлар жасади куйдириб ташланади. Уларни утилизацион заводларда ишлатишга, ҳайвонлар кўмиладиган жойларга кўмишга йўл қўйилмайди. Куйдирги касаллиги аниқланган ҳайвонлар подаси назорат қилиб борилади. Куйдиргига шубҳа бўлган жойларда ҳайвонларни ўтлатиш, инфицирланган сув ҳавзаларидан фойдаланиш ман қилинади. Ўтовларни соғломлаштириш бўйича чоралар кўрилади. Ҳайвонлар ўртасида кучсизлантирилган тирик вакцина СТИ билан профилактик эмлашлар ўтказилади.

Одамлар ўртасида профилактик ҳайвонларни парвариш қилишда, сўйишда, улар маҳсулоти (тери, жун, мўйна, дағал соч) ни қайта ишлашда гигиена қоидаларига риоя қилишдан иборат. Терини дезинфекция қилиш учун 2,5% ли водород хлорид кислота ва 15% ли натрий хлорид эритмаси билан 30° С ҳароратда қайта ишлаб, 40 соат давомида экспозиция қилиб қўйилади. Жун 100—111° С ҳароратда ё оқиб турадиган буғда, ёки параформалин камераларида 62—65° С да 2,5 соат давомида экспозиция қилинади. Мўйналар ҳам параформалин камераларида обработка қилинади.

Куйдиргида профилактик, кундалик ва якунловчи дезинфекция ўтказилади.

Куйдирги жиҳатидан ноқулай бўлган пунктларда касаллик пайдо бўлишининг олдини олиш мақсадида чорвачилик хўжаликларида, ҳайвонлар сўйиладиган қушхоналарда, ҳайвон маҳсулотлари ва хом ашёсини обработка қиладиган заводларда, шунингдек, уларни тайёрлаб берувчи, сақловчи пунктларда ва уларни ташувчи барча транспорт воситаларида йил давомида камида икки марта профилактик дезинфекция ўтказилади. Бу тадбирни дезинфекция станцияси ёки қисмлари ва санитария-эпидемиология станцияси бўлимларининг ишчилари ўтказадилар.

Санитария маорифи ишлари кенг қўламда олиб борилади. Тегишли корхона ишчилари махсус кийимлар, дезинфекцияловчи эритмалар, зарур бўлган ҳолларда индивидуал ҳимоя воситалари (кўзойнак, ниқоб ва ҳ. к.) билан таъминланган бўлиши керак.

Куйдирги борлигига шубҳа қилинган хом ашёдан лабораторияга (Асколи бўйича термопреципитация реакцияси)

стерилланган пробиркаларда жун, газлама, тери, мўйна бўлакчалари (20—30 г) жўнатилади.

Эл ўртасида специфик профилактикада махсус тайёрланган тирик СТИ вакцинаси ишлатилади. Куйдирги юкиши мумкин бўлган шароитларда яшайдиган кишилар эмланади. Вакцинация бир марта тери устига ва тери остига қилинади; ревакцинация ҳар йили ўтказилади. Планли вакцинация ўтказилганда СТИ вакцинасини тери устига қилиш усулини қўлланиш тавсия этилади, бунда ревакцинациялар такрор қилинганда ифодаланган реакциялар юзага келмайди. Эпидемик кўрсатмаларга қараб вакцинацияни тери остига юбориш усулини ишлатган маъқул, бунда вакцина тегишли инъекторлар билан игнасиз (оқи-зиб) юборилади. Монеликлар бошқа эмлашлардаги сингари.

Ўчоқда кўриладиган чоралар. Касаллик даврида бемор касалхонага ётқизилиши лозим. Тери формасида реконвалесцентлар яра битиб, яра чақаси тушиб кетганда, септик формасида — клиник жиҳатдан тузалгандан сўнг касалхонадан чиқарилади.

Бемор изоляция қилинган ўчоқда яқунловчи дезинфекция ўтказилади, эпизоотологик ва эпидемиологик текширишлар олиб борилади.

Беморлар билан бевосита контактда бўлган кишилар ажратиб қўйилмайди, лекин улар 8 кун давомида медицина кузатувида бўлади (Касал ҳайвонлар, куйдирги материаллари билан контактда бўлганда, инфицирланган гўштини овқатга ишлатганда ҳам худди шундай қилинади).

Профилактик мақсадлар учун куйдиргига қарши иммунглобулин қўлланилади. Уни касал ҳайвонларга парвариш қилган шунингдек, ўлган ҳайвонларни кўмишда қатнашган, касал ҳайвонлар гўштини тайёрлаган ва уни овқат билан истеъол қилган шахсларга юборилади.

Ошиғич профилактика учун антибиотиклар ва куйдиргига қарши иммунглобулин қўлланилади. Ана шу мақсад учун 1 г дан феноксиметилпенициллин суткасига 2 марта 5 кун давомида ёки 0,5 г дан тетрациклин суткасига 2 марта 5 кун давомида берилади. Ичиш учун бошқа антибиотиклар: 1 г дан ампициллин суткасига 2 марта берилади. Глобулин профилактикасида эса катта ёшдаги кишиларга 20—25 мл иммунглобулин юбориш тавсия этилади. 14—17 яшар ўсмирлар учун унинг дозаси 12 мл гача, болаларга 5—8 мл гача камайтириб юборилади. Иммунглобулин иситилган ҳолда мушаклар орасига юборилади. Олдиндан от оксиллига нисбатан индивидуал сезувчанликни тери остига синама қўйиш ёрдамида текшириб олинади. Беморлар билан контактда бўлганда тери қопламлари

инфекцияси ўтиши эҳтимоли бор ҳолларда, 10 кундан ортиқ вақт ўтганда ёки касал ҳайвон гўштини истеъмол қилгандан сўнг 5 кун ўтиб кетганда иммунглобулинни қўлланиш мақсадга мувофиқ бўлмайди.

КУТУРИШ (HYDROPHOBIA)

Этиологияси. Қўзғатувчилар рабдовирუსлар оиласига мансуб. У одам ёки ҳайвонларнинг марказий нерв система-сида текинхўрлик қилади. Қутуришдан ҳалок бўлган ҳайвонлар ёки одамлар мия тўқимасида ўзига хос хужайра ичи кўшилмалари — Бабеш — Негри таначалари аниқланади. У қуёнлар, олмахонлар, оқ сичқонлар ва ҳоказолар организмда ўстирилади.

Ҳозирги вақтда қутуриш вирусининг икки хили: кўча ва фиксация қилинган Пастер топган хили фарқ қилинади. Кўча хилидан фарқли ўларок, фиксация қилинган вирус тери остяга юборилган вақтда марказий нерв системасига кириш ва инфицирланган ҳайвон сўлаги орқали ажралиш хусусиятини йўқотган. Фиксация қилинган вирус (Пастер, Бабеш, Флюри) вакцина штаммидан антирабик (кутуришга қарши) вакцина тайёрлашда фойдаланилади.

Эпидемиологияси. Ҳайвонлар инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. Тулки, бўри, чия бўри инфекциянинг асосий резервуари бўлиб, итлар, мушуклар ва бошқа ҳайвонлар ана шулардан зарарланади.

Касалликка йирик ва майда шохли ҳайвонлар: отлар, чўчқалар, мушуклар, каламушлар, сичқонлар ва ҳоказолар чалинади. Юқумли давр касалликнинг клиник кўринишлари юзага келишига қадар 7—10 кун олдин бошланиб, ҳайвон нобуд бўлишига қадар давом этади. Итларда инкубацион давр 14 кундан 30 кунгача давом этади.

Одам кўпинча итлар, тулкилар ва мушуклардан зарарланади. Касаллик ҳайвонлар тишлаб олганда, сўлаги ёки шикастланган терига сўлақлари текканда юқади. Киши организмнинг қутуриш вирусига сезувчанлиги жуда юқори бўлади.

Инкубацион даврнинг қанча давом этишида ва касалликнинг келиб чиқишида тишлаш характери, унинг жойлашуви қанчалик катта ва чуқур зарарлантиргани, кийим устиданми ёки баданнинг ўзиними, қанча сўлак ажралгани катта аҳамиятга эга. Бош, юз бўйин, қўл панжалари тишланиши ҳаммадан кўра хавfli ҳисобланади.

Касаллик спорадик ҳодисалар кўринишида ёрдамга му-рожаат қилмаган шахсларга, яъни антирабик эмлашлар ўтказилмаган шахсларда кузатилади. Қутуриш ҳодисалари

йил бўйи учраб туради. Тишланишнинг кўпчилиги ёз ва куз ойларига тўғри келади. Ана шу мавсумда итлар қутуриш касаллигига йўлиқади ва шунга мувофиқ аҳоли ўртасида ҳам касаллик кўпаяди.

Патогенези. Қутурган ҳайвон сўлаги билан организмга ўтган вирус шикастланган тери қопламлари ва шиллик пардалар орқали нерв таналарининг периневрал бўшлиқлари бўйлаб сурилиб, бош мияга йўналади. Марказий нерв системасига етиб бориб, нерв тўкимасида кўпаяди, бош ҳамда мия орқали нерв хужайраларини зарарлантиради. Касаллик ривожланган сари вирус марказий нерв системасидан нерв толалари бўйлаб периферияга қараб сурилади, сўлак безларида пайдо бўлади ва сўлак билан бирга ажралади. Қутуриш касаллиги ўлим билан тугалланади.

Клиникаси. Инкубацион давр 12 кундан бир йилгача, аммо кўпроқ 2—3 ой давом этади. Унинг одамда қанчалик давом этиши тишланган жой ва характерига ва маҳаллий нерв таналари йўлига боғлиқ бўлади. Кейин продромал (дарак берувчи), қўзғалиш ва фалажлар даври кўшилади.

Продромал даврда тишланган жой ва маҳаллий нерв таналари бўйлаб оғриқ пайдо бўлади. Кейин касалликнинг умумий кўринишлари: сабабсиз хавотирга тушиш, қўрқув, депрессия, уйқунинг ёмонлашуви, кўкрак қафасида қисилиш, тахикардия ва тананинг субфебрил ҳарорати кўшилади. Бу давр 2—3 кун давом этади.

Қўзғалиш даврида нафас олиш ва юрак-томир системаси ишининг бузилиши кучаяди. Нафас олиш чуқур, шовқинли бўлиб, унда ҳамма нафас олиш мушаклари қатнашади. Сўнгра диафрагманинг 2—3 спазматик қисқариши кўринишида нафас чиқарилади. Тез орада касалликнинг энг характерли симптоми бўлган гидрофобия (сувдан қўрқиш) симптоми ривожланади. Сув қуйилган стакан бемор лабига тегиши билан унинг ютиш мушуқларида рефлектор тарзда спазмлар пайдо бўлади ва у чидаб бўлмайдиган чанқоқликка қарамай стаканни итариб ташлайди. Бемор бесаранжом бўлиб, арзимаган нарсадан ҳам жуда ҳаяжонланади. Беморда аэрофобия (ҳаводан қўрқиш) ривожланиб, унда ҳаво, гуриллаган шамол таъсирида умумий тиришишлар пайдо бўлади. Кўз қорачиқлари кенгайиб, пульс тезлашади, тана ҳарорати 40° С гача ва бундан юқори кўтарилади. Галлюцинация, бир-бирига қовушмайдиган сўзларни гапириш, ҳадиксираш, агрессив равишда атрофдагиларга ташланиш, тажовуз хуружлари пайдо бўлиши мумкин. Оғиздан кўплаб сўлак оқади, бемор уни ютқин мушаклари спазмаси туфайли ютиб юборолмайди.

2—3 кундан кейин тиришиш хуружлари сўниб, фа-

лажлар даври бошланади. Фалажлар оёқдан бошланиб, тезда бутун танага тарқалади. 12—20 соатдан сўнг нафас фалажидан ва юрак фаолиятининг пасайиб кетганидан ўлим юз беради.

Касаллик бирданига қўзғалиш ёки фалажлар давридан бошланиши мумкин. Болаларда гидрофобия хуружлари ва қўзғалиш бўлмаслиги мумкин.

Қонда ошган лейкоцитоз ($30 \cdot 10^9$ / л гача) билан нейтрофилёз, моноцитоз ва анэозинофилия қайд қилинади.

Диагнози. Бемор анамнезида ҳайвон тишлаганлиги тўғрисида маълумот бўлса, диагноз қўйиш қийин бўлмайди.

Лаборатория диагностикаси диагнозни фақат бемор ёки ҳайвон ўлгандан кейингина Бабеш-Негри таначалари топилганда ва экспериментал ҳайвонлар эмлангандан кейин тасдиқлаб беради. Бош мия бўлаклари (Гиппокамп соҳаси) спирт ёки стерил глицеринга солиниб, лабораторияга жўнатилади. Биологик синама қўйиш учун лабораторияга узунчоқ мия юборилади. Ҳайвонлар ўлганда лабораторияга унинг бош ва узунчоқ мияси ёки бутун жасади жўнатилади. Флюоресцентловчи антителолар методи мияда ва сўлак безларида қутуриш вирусини аниқлаш мумкин бўлган специфик ва тез метод ҳисобланади.

Даволаш. Самарали даво методлари йўқ. Даволаш беморнинг психомотор қўзғалишини ва азобини камайтиришга қаратилади. Беморни овқатлантириш ва йўқотилган суюқликлар ўрнини тиклаш учун парентерал йўл билан тузли эритмалар, глюкоза эритмаси, витаминлар берилади. Хлоралгидрат препаратлари (100 г крахмал қайнатмасига 2 г ҳисобида), гидрохлорид, морфин, аминазин, димедрол, юрак дорилари буюрилади. Нафас олишни бошқарувчи дори-дармонлар бериш бемор ҳаётини 2—3 кунга узайтиришда имкон беради, холос. Беморлар алоҳида офтоб тушмайдиган хоналарга ётқизилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Профилактика асосан икки инфекция манбаига қарши курашиш ва специфик профилактика ўтказиш йўли билан олиб борилади.

Инфекция манбаи бўлган ҳайвонларни қириб ташлаш қутуриш билан курашишда катта аҳамиятга эга. Йиртқич ҳайвонларни отиб ташлашнинг планли тадбирларини овчилик ташкилотлари амалга оширади. Дайди ит ва мушукларни тутиб йўқ қилиш, қутурган ҳайвонлар тишлаган ҳайвонларни йўқотиш, итларни рўйхатдан ўтказиш, уларни боғлаб сақлаш, итларни кўчаларга фақат махсус тўр тақиб олиб чиқиш, касалланган итлар ва бошқа ҳайвонлар устидан ветеринария назорати ўрнатиш, итларни профилактик эмлаш ишлари доим олиб борилади. Бу табирларнинг

хаммасини милиция ва ветеринария назорати органлари амалга оширади.

Хайвон ёки одамларни тишлаган итлар ва бошқа хайвонлар 10 кун давомида ўз эгалари уйида ёки ветеринария муассасаларида назорат остида бўлиши лозим. Қутуриш белгилари пайдо бўлганда хайвонлар ажратиб олинади ёки ўлдирилади ва бу ҳақда дарҳол медицина ва ветеринария ташкилотларига ва милиция органларига хабар қилинади. Ўлдирилган хайвон жасади ёки боши текшириш учун лабораторияга жўнатилади.

Ҳар қандай хайвон тишлаганлиги, тирнаганлиги, сўлак оқизганлиги тўғрисида - мурожаат қилган шахсларга, шунингдек қутуришдан ўлган хайвонларни нимталашда ёки кишилар жасадини ёриб кўришда зарарланганларга ҳамма касалхоналарда, поликлиника ва амбулатория муассасаларида биринчи медицина ёрдами кўрсатилади. Жароҳатланган киши яраси, тирналган жойлари яхшилаб ювилади, сўлак оққан жойлар совун билан сув оқизиб ювиб ташланади, яра атрофи йоднинг спиртли эритмаси билан артилади, стерилланган материал билан боғланади, қоқшолнинг шошилишч профилактикаси ўтказилиб, травматология пункти (кабинет) га, у бўлмаса, хирургик кабинетларга қутуришга қарши эмлашни буюриш ва ўтказиш учун жўнатилади.

Ўчоқда кўриладиган чоралар. Касал бўлган киши касалхонага жойлаштирилади. Инфекция ўчоғида дезинфекция ўтказилади. Касаллик ҳодисаси тўғрисида ССЖИ Соғлиқни сақлаш вазирлигига навбатдан ташқари хабар юборилади.

Эпидемиологик текшириш инфекция манбаини топишга ва қутурган хайвонлар инфекция юктириш эҳтимоли бўлган шахсларга профилактик эмлаш курсидан ўтишларига ёрдам беради.

ҚОҚШОЛ (TETANUS)

Этиологияси. Кўзгатувчилар *Bacillaceae* оиласига, *Clostridium* туркумига мансуб. Клористридийлар — ҳаракатчан анаэроблардир. Улар ноқулай шароитларда споралар ҳосил қилади. Клостридийларнинг вегетатив формалари кам чидамли бўлиб, қайнатилганда 3 минут давомида ҳалок бўлади. Споралари эса, аксинча, юқори ҳароратга, қуриштиш ва дезинфекцияловчи воситаларга нисбатан юқори чидамлилиги (резистентлиги) билан фарқ қилади. Қайнатилганда улар 30—50 минутдан кейингина нобуд бўлади. Кўзгатувчиларнинг вегетатив формалари специфик экзотоксин ишлаб чиқаради, улар эритроцитларни эритувчи нейротоксин ва тетаногемолизин хоссаларига эга бўлган

тетаноспазмдан ташкил топган. Қоқшол токсини жуда кучли бактериал захар бўлиб, токсинлиги жиҳатидан фақат ботулиник токсиндан кейинги ўринда туради.

Эпидемиологияси. Қоқшол кўзгатувчилари ва споралари ҳайвон ва одам нажаслари билан тупроққа тушиб, у ерда кўплаб миқдорда тўпланади. Қоқшол билан зарарланиш тирналган, сидирилган ерлар, санчиб тешилган ва мажакланган яралар, тупроқ, чанг, ҳайвон нажаслари билан ифлосланганда содир бўлади. Анаэробиз шароитида тўқималарда кўзгатувчиларнинг кўпайишига қулай шароитлар яратилади. Касаллик, шунингдек уй шароитида туғруқларда, касалхонадан ташқарида қилинган абортларда, куйишда, ҳайвонлар тишлашида ва совуқ қотишда учраб туради.

Қоқшол билан кўпроқ қишлоқ аҳолиси касалланади. Касаллик ёз ойларида кўпаяди. Қоқшол билан касалланиш ҳоллари уруш пайтида шикастланишлар кўпайиши муносабати билан ошади.

Патогенези. Қоқшол кластридийлари организмда кўпайиб, нейротроп токсин ишлаб чиқаради, токсин қон ва периферик нерв орқали орқа ва узунчоқ миёга етиб боради.

Бу ерда мотонейронларга тормоз таъсирни амалга оширадиган полисинаптик рефлексор равоқларининг қоплама нейронлари фалажини келтириб чиқаради. Шунинг оқибатида мотонейронларда ишлаб чиқариладиган импульслар мушакларга мувофиқлашмаган ҳолда, узлуксиз тушиб, скелет мушакларининг доимий тоник таранглашувини келтириб чиқаради. Вақт-вақтида тетаник талвасалар пайдо бўлиши носпецифик таъсирловчиларга (товуш, ёруғлик, тактил, таъм, ҳид билиш) эфферент ва афферент импульсация кучайиши билан боғлиқ.

Талваса синдроми метаболик ацидоз, гипертермия ривожланишига имкон беради; юрак фаолияти, нафас функцияси бузилади. Ўлим асфиксия, юрак фаолияти ёки нафаснинг фалажга учраши, асоратлар кўшилиши (зотилжам, сепсис) натижасида содир бўлади.

Клиникаси. Инкубацион давр 2 кундан бир ойгача ўзгариб турган ҳолда 5 кундан 14 кунгача давом этади. Давр канчалик қисқа бўлса, касаллик шунчалик оғир ўтади. Продромал даврда баъзан яра бўлган жой тортишиб оғриши, атрофидаги мушаклар юқорига тортилиши, безовталаниш пайдо бўлади. Қоқшолнинг енгил, ўртача ва оғир формалари фарқ қилинади. Касаллик чайнаш мушакларининг характерли тортишиб қисқариши — тризм билан бошланади, оқибатда бемор оғзини оча олмай, овқат чайнай олмайди, гапира олмайди ҳам. Тез орада мимика мушакларининг тортишиб қисқариши кўшилади. Оғиз чўзилиб,

кошлар кўтарилиб, пешонада чуқур ажинлар пайдо бўлади; юз кинояли табас-сум ҳолида қотиб қолади (сардоник кулги) (29-расм).

Тоник тортишиш бўйин, орқа, қорин ва кўл-оёқ мушакларига тарқалади. Бемор камалаксимон букилиб, ўрнида оёқ товони ва энсаси билангина тиралиб туради, опистотонус ривожланади (30-расм).

Профуз терлаш оқибатида бадан териси ивиб кетади. Нафас мушакларининг тоник қисқаришлари нафас

бузилишига сабаб бўлади, нафас қисилиши, цианоз ва асфиксиядан одам ўлиб қолиши мумкин. Қорин мушаклари таранглашиб, тахтага ўхшаб қаттиқлашади. Тиришишлар бир неча дақиқадан бир неча минутгача давом этади, уларнинг қайталаниш тезлиги касалликнинг оғир-енгиллигига боғлиқ бўлади. Касалликнинг енгил формаларида суткасига кўпи билан 1—2 марта кузатилади, оғир формаларида — деярли узлуксиз такрорланаверади.

Асоратлари. Бронхитлар, бронхопневмония, зотилжам тез-тез учраб турадиган асоратлардан ҳисобланади. Мушаклар узилиши, бўғин чиқишлари, суяк синиши эҳтимол.

Диагнози. Диагностика клиник маълумотларга асосланади. Яра ажралмаларидан касаллик қўзғатувчиларини топиш қийин бўлганлиги учун лаборатория методи мушкулдир. Яра ажралмаларини чуқур жойидан олиб, сичқонларда биологик синама ўтказса бўлади. Синама ижобий натижа берганда ҳайвонда 1—2 суткадан сўнг қоқшол ривожланади.

Даволаш. Специфик даволаш катталарга мушак орасига 100 000—200 000 ХБ, чақалоқларга — 20 000—40 000 ХБ, бирмунча катта ёшдаги болаларга — 80 000—100 000 ХБ қоқшолга қарши антитоксик зардоб юборишдан иборат. Зардоб илитилган ҳолда десенсибилизация ўтказилгандан



29- расм. Қоқшол. Сардоник кулги (Волк-вист бўйича).



30- расм. Қоқшол. Талваса тутганда беморнинг ўзига хос вазияти.
Опистотонус.

сўнг юборилади. Бундан 30 минут аввал адсорбция қилинган қоқшол анатоксинидан 1 мл олиб, уни мушак орасига юборилади. Анатоксин 3—5 кундан сўнг 3—4 марта такрор юбориб турилади.

Касалларга қоқшолга қарши от зардобидан ташқари, беморларга қоқшолга қарши анатоксин билан иммунизацияланган адсорбция қилинган донорларнинг қон зардобини ёки 900 ХБ (6 мл) дозада қоқшолга қарши одам иммуноглобулинини ҳам юборса бўлади. Яраларни, шунингдек касаллик юз берган пайтга келиб битиб кетган яраларни хирургик жиҳатдан обработка қилиш шарт. Ярани обработка қилиш олдидан унинг атрофига 9 000 дан 10 000 гача ХБ қоқшолга қарши зардоб юборилади.

Нейроплегик воситалардан аминазин (1—2 мл 2,5% ли эритмаси), промедол (1,5 мл 2% ли эритмаси), скополамин (0,05% ли эритмасидан 0,5—1 мл), димедрол (1% ли эритмасидан 3 мл) қўлланилади. Санаб ўтилган препаратлардан аралашмалар тайёрланиб, қуйидаги схема бўйича: хлоралгидрат-литик аралашма-хлоралгидрат ҳар 3—3,5 соатда алмаштириб юбориб турилади. Нейроплегик воситалар билан бир қаторда қоқшол оғир кечганда мушак релаксантлари (диплацин ва б. қ.) қўлланилади.

Болаларга дори дозалари ёшига қараб камайтирилади.

Асоратларнинг олдини олиш учун антибиотиклар буюрилади. Оғир ҳолларда сунъий нафас олдириш аппарати қўлланилади. Сувсизланиш ва ацидозни бартараф этиш учун натрий хлориднинг изотоник эритмаси (1500 мл гача), Рингер-Локк типидagi ишқорий эритмалар (1000 мл гача) ва бошқа стандарт эритмалардан трисоль, квартасоль (500—800 мл), қон плазмаси, полиглюкин ва бошқалар венага юборилади.

Юрак-томир фаолиятини нормага келтириш учун мезатон, строфантин, коргликон тавсия этилади. Нафас олишни яхшилаш учун кислород ингаляцияси, 0,5—1 мл дозада мушак орасига ёки тери остига цититон юборилади ва б. к.

Бемор реанимация ва интенсив терапия бўлимига ётқизилади, бу ерда унга ором бериб, индивидуал парвариш қилинади, тагга қуйиладиган идиш (судно) резинали бўлиши керак.

Бериладиган овқатлар суюк, тўйимли бўлиши тавсия этилади. Бемор оғзини очиши ва ютиниши қийин бўлганда бурун орқали меъдага киритилган ингичка зонд орқали, дори бериб ухлатиб қўйиб овқатлантирилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Қоқшолга қарши анатоксин билан актив иммунизация қилиш қоқшол профилактикасидаги энг таъсирчан чора ҳисобланади. Планли равишда болалар ўртасида АКДС ва АДС-М вакциналари билан эмлаш ўтказилади («Бўғма» га қаранг). Актив эмлашнинг тугалланган курси бирламчи эмлаш ва ревакцинация қилишдан иборат. Иммуниетни сақлаб туриш учун 10 йил интервалларда кейинги ревакцинациялар ўтказилиши зарур (0,5 мл дозада АДС-М-анатоксини билан).

Илгари қоқшолга қарши эмланмаганлар ўртасида актив иммунитет ҳосил қилиш учун АС-анатоксинини 0,5 мл дозада 30—40 кун оралатиб, икки марта тери остига юбориб туриларди. Ревакцинация 6 ойдан 2 йилгача дам бериб, бир марта тери остига 0,5 мл анатоксин юбориб амалга оширилади. Кейинги ревакцинациялар ҳар 10 йилда юкорида кўрсатиб ўтилган дозаларда юбориб амалга оширилади.

Илгари актив эмлаш ўтказилган-ўтказилмаганлигига қараб, шошилинч равишдаги профилактика ярани бирламчи обработка қилиш ва организмда специфик ҳимояни ҳосил қилиш учун фақат қоқшол анатоксини ёки уни қоқшолга қарши зардоб билан қўшиб, ёхуд қоқшолга қарши одам иммунглобулини билан қўшиб юборишдан иборат эди. Масалан, ёш болаларга ва ўсмирларга улар эмланишнинг тўла курсини қабул қилган бўлсалар ва эмлаш ўтказилганлигини тасдиқловчи ҳужжатлар бўлса, қоқшолнинг шошилинч профилактикаси буюрилмайди. Аввал эмлаш ўтказилганлиги тўғрисидаги ҳужжатлари бўлмаган катта ёшдаги кишиларга 1 мл АС ва 250 ХБ (3 мл) қоқшолга қарши одам иммунглобулини ёки 3000 ХБ қоқшолга қарши зардоб юборилади.

Этиологияси. Кўзгатувчи — А гуруҳга мансуб гемолитик стрептококкдир.

Эпидемиологияси. Стрептококк касаллигига гирифтор бўлган киши ёки соғлом ташиб юрувчи инфекция манбаи бўлиб хизмат қилади. А гуруҳ стрептококклари деярли ҳамавақт одам организмда (ҳалқумда, бурун бўшлиғида, терида) бўлади. Муайян шароитларда (совуқ қотганда, толиққанда, касалликда) у баъзи кишиларда ангина, пиодермия, ревматизм, гломерулонефритни юзага чиқарса, бошқаларда сарамасга сабаб бўлиши мумкин, бу касалликка бўлган индивидуал сезгирликка алоқадор бўлади. Зарарланишнинг эндоген ва экзоген йўллари фарқ қилинади. Экзоген йўл билан зарарланганда, кўзгатувчилар тери ичига ишқаланган, бичилган, тирналган, сидирилган жойдан, яра ифлосланганда тушади. Эндоген йўл билан юққанда кўзгатувчилар организмда стрептококк инфекцияси бор ўчоқлардан (ринитлар, тонзиллитлар, отитлар ва б. қ.) қон ва лимфа оқими билан терига тушади.

Кўзгатувчилар организмга такрор тушганида инфекцияга сезувчанлик кучаяди.

Аксарият аёллар касалланади. Касаллик йилнинг совуқ фаслида кўпаяди. Хасталик спорадик ҳодисалар кўринишида ҳамма ерда учраб туради.

Патогенези. Кўзгатувчилар инфекция дарвозалари орқали организмга тушиб, лимфатик ёриқлар ва капиллярларда жадал кўпайиб, уларнинг ўтказувчанлигини ва мўртлигини оширади, шу муносабат билан зарарланиш ўчоғида димланиш гиперемияси, терининг шишуви ва инфильтрацияси, геморрагиялар вужудга келади. Касалликнинг умумий кўринишлари организмнинг интоксикациясига боғлиқ. Қайталанадиган сарамас патогенезида индивидуал мойиллик, бемор организмда: L-формаларнинг узоқ вақт сақланиб қолиши роль ўйнайди, улар муайян шароитларда ўз хоссаларини тиклайди, кўпаяди ва қайталанишга сабаб бўлади. Аллергик омил ҳам аҳамиятга эга.

Клиникаси. Инкубацион давр бир неча соатдан 3—5 кунгача давом этади. Касалликнинг енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формалари, неча марта такрор бўлишига қараб бирламчи, иккиламчи ва рецидив берадиган хиллари фарқ қилинади. Касаллик ўткир, кучли эт увишуви, ҳароратнинг тезда 39—40° С га ва бундан юқори кўтарилиши, бош оғриши, қусишдан бошланади. Безовталиқ, алаҳсираш пайдо бўлиши мумкин. Пульс тезлашган, артериал босим пасайган бўлади. Қайта касалланишда ҳарорат субфебрил ёки ҳатто нормал бўлиши мумкин.

Инфекция дарвозаси жойида (аксари юзда, оёк-қўлларда, ташқи эшитув йўли соҳасида, бошнинг сочли қисмида) қизариш, оғрик, шиш, маҳаллий ҳарорат кўтарилиши пайдо бўлади. Қизариш чегаралари аниқ ифодаланган, четлари болишча ҳолида кўтарилиб туради (эритематоз сарамас).

Баъзан инфекция дарвозаси жойида шиш ва қизаришдан ташқари, эпидермиснинг ажралиши, сероз, йирингли ва қон аралаш суюқлик сакловчи пуфаклар ҳосил бўлиши кузатилади (эритематоз-буллёз ёки буллёз-геморрагик сарамас). Пуфакчалар ёрилиб кетгач, пўстлоқлар ҳосил бўлади. Шиш суюқлигининг юмшоқ тўқималарни эзиб қўйиши некрозга олиб келиши мумкин. Агар жараён бирламчи шикастланган жой билан чегараланмай ривожланаверса, буни кўчиб юрувчи сарамас дейилади, у табиий бурмалардан нарига тарқалиб кетмайди. Қонда чап томонга силжиган нейтрофил билан лейкоцитоз, анэозинофилия кўрилади; СОЭ ўрта миёна ошган бўлади.

Касаллик яхши кечганида 2—5 кундан сўнг ҳарорат бирданига туша бошлайди, сарамас жараёни тўхтаб қолади. Шиш камаёди, тери оқариб, пўст ташлайди ва бемор тузалади. Камроқ ҳолларда жараён чўзилади ёки бошқа жойларда тарқалади.

Томоқ, бурун, жинсий органларнинг шикастланган шиллик қаватлари инфекцияларнинг кириш дарвозаси бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чақалоқларда инфекция киндик орқали тушиши мумкин (киндик сарамаси).

Касалликни бошидан кечирган баъзи касалларда хасталик қайталаниши (рецидив) мумкин. Одатда, улар ва бирламчи касалликда бўлгани каби жойда кечади. Касалликнинг тез-тез қайталаниши терида ва тери ости ёғ клетчаткасида чандикли тўқиманинг ривожланишига олиб келиши эҳтимол.

Асоратлари. Абсцесс, флегмоналар, флебитлар, тромбофлебитлар, йирингли отитлар, диффуз нефритлар ва ҳоказолар пайдо бўлиши мумкин.

Касаллик рецидивлари баъзан лима ҳосил бўлишининг турғун бузилишларига олиб келиши мумкин, бунда айниқса оёқларда тери берчлиги ва гиперкератоз ривожланиши эҳтимол.

Диагнози клиник маълумотларга асосланган.

Даволаш. Антибиотиклар буюрилиши специфик даволаш бўлиб ҳисобланади: пенициллин 300 000—500 000 ТБ гача ҳар 6 соатда 8—10 кун давомида мушак орсига юборилади ёки эритромицин, олеандомицин, ёки олететрин 0,2—0,3 г дан суткасига 4—5 марта ичиш учун берилади. Рецидивлар кўп қайтарилганда биринчи даво курсидан сўнг

албатта бошқа антибиотик бериб, иккинчи даволаш курси тайинланади.

Десенсибилизацияловчи препаратлардан димедрол ёки пипольфен 0,05 г дозада суткасига 3 марта, диозолин ёки супрастин 0,025 г дозада суткасига 2 марта бериш кўрсатилган. Албатта, витамин терапияси, бир группага мансуб бўлган қон, иммуноглобулин қуйиш, кўрсатмалар бўлганда гормон терапияси, физиотерапевтик даволаш ва ҳоказолар буюрилади.

Касалликнинг ўткир даврида беморлар ўрин-кўрпа қилиб ётадилар. Беморлар кўрсатмалар бўйича госпитализация қилинади.

Касалликнинг буллёз ва флегмоноз формаларида хирургик операция тайинланади, кейинчалик этакридин лактат (1:1000) ёки фурацилин (1:5000) эритмалари шимдирилган боғлам ишлатилади.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Меҳнат ва турмушнинг санитария-гигиена шароитларини яхшилаш, травматизмга қарши кураш, аҳолининг санитария маданиятини ошириш, тери бичилиши, ишқаланиши, тирналишининг олдини олиш, уларни даволаш, яраларни бирламчи обработка қилиш, йирингли касалликларга даво қилиш, медицина муолажаларида асептикага риоя қилиш, шамоллашнинг олдини олиш профилактикада муҳим роль ўйнайди.

Сурункасига қайталаниб турадиган касаллик формаларида йил давомида узлуксиз бициллин-5 билан профилактика қилиш яхши натижа беради. У 1 500 000 ТБ дозада ойда 1 марта 2—3 йил мобайнида юбориб турилади.

ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (СПИД)

Этиологияси. СПИД кўзғатувчилари — Францияда ажратилган лимфоаденопатик вирус (lymphoadenopathy-associated Virus (LAV) ва АҚШ да ажратилган III типдаги одам Т-лимфотроп (Т-лимфоцитларни зарарлантирувчи¹ вируси (Human T-cell lymphotropic Virus Type III, HTLV-III). Ҳозирги вақтда «одам иммун танқислиги вируси (ВИЧ» деган ном қабул қилинган. ВИЧ ретровируслар оиласига тааллуқли. Ретровируслар оиласига онковируслар киради. Одамнинг шу пайтгача ажратилган бирдан-бир онковируси — I типдаги Т-хужайра лимфотроп вируси лимфосаркома кўзғатувчиси ҳисобланади. ВИЧ бемор ва ташувчи қони ва спермасида топилади, бу вируснинг

¹ Айрисимон без — тимусда ишланади ва шу сабабли Т-лимфоцитлар дейилади.

қон билан ва жинсий алоқада тарқалишига сабаб бўлади. ВИЧ Т-лимфоцитларда хужайра ичида кўпайиб, уларни ҳалокатга учратади, айрим ҳолларда тез кўпайтиради — ўсма ўсиши. СПИД кўзғатувчилари киздиришга сезгир, 56° С ҳароратда 30 минут ичида ҳалок бўлади. Одам Т-лимфоцитлари культурасидагина кўпаяди.

Эпидемиологияси. Инфекция кўзғатувчиларининг манбаи — инфекцияни бутун ҳаёти мобайнида ташувчи сифатида тарқатиб юрадиган касал одам ҳисобланади. Ташувчилик давомлилиги ҳали аниқланмаган. Атрофдагилар учун ташувчилар энг хавфли, чунки улар ўз касаллигини билмасдан бошқаларга юқтириб юрадилар.

ВИЧ жинсий алоқада (майда шикастлар орқали), инфекция тушган қон ва унинг препаратлари (плазма, VIII—IX ювиш омиллари, эритроцитлар, лейкоцитлар, тромбоцитлар) қуйилганда, терига игна санчиш ва тери юзасини тилишда ностерил асбоблар ишлатилганда ўтади.

СПИД билан аксарият хавфли гуруҳлар деб номланган одамлар: гомосексуалистлар ва бисексуалистлар (эркаклар ва аёллар билан жинсий алоқада бўладиган одамлар), гиёҳвандлар, фоҳишалар касалланадилар. Улар орасида касаллик айниқса тез тарқалади. Кўпинча бир нечта жинсий шериклари бўлган шахсларга юқади. Бу инфекция юқиш хавфини оширади. Гиёҳвандлар орасида вирус беморлар ва ташувчилардан ностерил шприцдан фойдаланиш оқибатида ўтади. VIII ва IX қон ивиш омиллари концентратлари (камида 2000 донордан олинган аралаш қон препарати) билан даво қилинадиган гемофилияли беморлар СПИД билан кўпроқ касалланадилар.

СПИД Америка, Африка, Ғарбий Европа, Осиё мамлакатларида ва Австралияда рўйхатга олинган. Ҳозирги вақтда Марказий Африка ва АҚШ СПИД бўйича эндемик ҳудуд ҳисобланади. Касаллик ва ташувчилик ҳоллари бизнинг мамлакатимизда ҳам, асосан хориждан келган талабалар ва стажерлар орасида рўйхатга олинган.

Патогенези. СПИД вируси қонга тушиб, Т-хелперларни (ёрдамчиларни) танлаб зарарлантиради. Т-хелперлар миқдорининг камайиши оддий шароитларда организм учун хавф туғдирмайдиган экзоген ва эндоген микроорганизмларга организмнинг чидамини пасайтиради.

Т-хелперлар миқдори Т-супрессорларга (булар Т-хелперлар ва -лимфоцитлар фаолиятини идора қилади) нисбатан пасайган. Бундан ташқари, атипик хужайралар ҳосил бўлиши устидан иммун назорат пасаяди, бу СПИД ли беморларда ўсма жараёнларининг бирмунча кўпроқ пайдо бўлишига олиб келади.

Иммунологик етишмовчиликдан ташқари, вирус рак касалликларининг сабабчиси бўлиб қолиб (60 ёшгача бўлган шахсларда Капоши саркомаси, бош мия лимфомаси, ангиобластин лимфоаденопатия), Т-лимфоцитлар мутациясини келтириб чиқаради. Вирус марказий нерв системасини зарарлантириб, ақли пастликка, тарқоқ склерозга олиб келади.

Клиник манзараси. Инкубацион давр бир неча ойдан 5 йилгача ва бундан кўпроққа чўзилади. Касалликнинг бошланғич даври бир неча ҳафтадан бир неча йилларгача чўзилиши мумкин. Лимфатик тугунларнинг катталашуви (бўйинда, тирсак буқимларида, қўлтиқ остида, човда) хос. Фақат битта лимфатик тугуни катталашуви ҳам эҳтимол.

Гавда ҳарорати 37—40° С гача кўтарилади, ҳарорат эгри чизиги доимий ёки ўзгариб турадиган бўлиши мумкин. Гавда ҳарорати нормага келган даврларда бемор, айниқса тунги вақтларда ғарақ-ғарақ терлайди. Ичнинг узоқ вақтгача бузилиб туриши (кам деганда 2 ой) кўшилиб, бу энтероколит типи бўйича кечади. Гавда оғирлиги тобора камайиб боради. Кўпинча кандидоз стоматитлар ва эзофагитлар, жинсий органлар, терининг йирингли яллиғланишлари кўшилиб келади.

Касаллик авж олган даврда кўпинча одатдаги даволаш қилмайдиган ноаниқ этиологияли зотилжам кўшилиб келади. Лейкопения, онкологик касалликлар хос.

Кўшилиб келадиган иккиламчи инфекцияларнинг кўзгатувчилари оддий микроблар ва гельминтлар (*Pneumocystis carinii* кўзгатуган зотилжам, токсоплазмоз, криптоспоридиоз, стронгилоидоз); замбуруғлар (кандидоз, криптококкоз, аспергиллус); бактериялар ва вируслар ҳисобланади. Кўшилиб келган иккиламчи инфекцияларнинг кўзгатувчилари аксарият ўпка, меъда-ичак йўллари, марказий нерв системаси кабиларни зарарлантиради. СПИД симптоматикаси ниҳоятда турли-туман, бу диагностикани қийинлаштиради.

Диагностикаси. Эпидемиологик анамнез (кўпинча гомосексуалистлар ва бисексуалистлар, фоҳишалар, гиёҳвандлар, гемофилияли беморлар касалланадилар) клиник кузатувлар маълумотларига, серологик, иммунологик ва лаборатория текширувларига асосланган. Таклиф этилган диагностикамлар ёрдамида беморлар ва ташувчилар қонида ВИЧ га антителоларни аниқлашга муваффақ бўлинди. Аниқ диагноз қўйиш учун беморлар қонидаги вирусга антителоларни аниқлашдан ташқари, вирус антигенларини аниқлаш ёки вирус культурасини ажратишдан (одам Т-лимфоцитлари культурасига қонни экиш) фойдаланилади.

СПИДга шубҳа қилинган бемор аниқланганда узил-кесил диагноз қўйиш учун ихтисослашган лабораторияларга 0,7 мл дан гепарин эритмаси бўлган иккита стерил пробиркадаги қон (5 мл) жўнатилади. Гепарин эритмасини стерил тайёрлаш учун 1 мл да 5000 ТБ сақлаган 1 мл ампулани гепарин эритмасига 24 мл стерил изотоник натрий хлорид эритмасига қўшилади. Тайёрланган гепарин эритмасини холодильникда 10 кун мобайнида 4° С ҳароратда сақлаш мумкин. 4—12° С гача совитилган (яхшиси сумка-холодильникларда) гепаринланган қон солинган пробиркалар ихтисослашган лабораторияларга 6—8 соатдан кечиктирмай етказилади. Гепаринланган қонни стерил шароитларда олишнинг иложи бўлмаганда олинган зардобни 3—4 та ампулага қуйиб чиқилади, —20° С да музлатилади ва ихтисослашган лабораторияга жўнатилади. Зардобни —20° С ҳароратни сақлаб турадиган термосларда жўнатиш зарур. Зардоб нусхаларини олиб боришнинг имкони бўлмаганда —20° С ҳароратда сақланади. Беморлардан материал йиғишда, уни олиб боришда ва лабораторияда у билан ишлаётганда эҳтиёт чораларига амал қилиш: қўлқоплар, махсус кийимбошлар кийиш, имкон борича бир марта тутиладиган идиш, шприцлар ва автоматик пипеткалардан фойдаланиш керак. Оғиз билан пипеткалаш ман қилинади. Қон қуйилган пипеткалар инструкция бўйича инфекцияланган материални йўқотиш учун мўлжалланган пластик пакетга жойланади.

СПИД бўлган беморларда Т-хелперлар миқдорининг Т-супрессорларга нисбатан пасайиши қайд қилинади, бироқ, бу кўрсаткич «хавфли гуруҳдаги» кишиларда ҳам пасайган бўлади. Лейкопения ва лимфопения, айниқса А ва С иммуноглобулинлар миқдорининг камайиши характерли. Териналлергик синамалар қўйишда анергия (реакция бўлмаслиги) қайд қилинади.

Даволаш. Специфик давоси ишлаб чиқилмаган. Иккиламчи инфекцияни келтириб чиқарадиган кўзгатувчиларининг табиатига кўра тегишли даволаш тайинланади. Т-хужайра иммунитетини кучайтиришга ёки нормага солишга имкон берадиган ўсмага қарши воситалар ва иммун модуляторлар (тимус гормони, ўсиш омиллари, лимфоцитлар, интерферон, индометацин ва б. қ.) қўлланилади. Улар кучсиз эффект кўрсатади. СПИД вирусини нейтраллайдиган (Франция) ёки унинг кўпайишини тўхтатадиган (АҚШ) қатор препаратлар олинган, бироқ уларнинг таъсирчанлиги ҳам узил-кесил аниқланмаган.

Профилактикаси ва кураш чоралари. Ўтказиладиган

тадбирларни умумдавлат ва тиббий тадбирлар деб иккита гуруҳга бўлиш мумкин.

Умумдавлат микёсида олиб бориладиган тадбирларга СПИД этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, диагностикаси ва профилактикасини ўрганишни амалга оширадиган илмий-текшириш ва даволаш-профилактика муассасаларининг моддий-техника базасини мустаҳкамлаш; беморлар ва ташувчиларни даволаш. Халқ депутатлари маҳаллий Советлари, ички ишлар вазирлиги органларини гиёҳвандликка, фоҳишалikka ва СПИД тарқалишига имкон берадиган бошқа ҳодисалар билан курашга жалб этиш киради.

ССЖИ фуқаролари, шунингдек хорижий фуқаролар ва ССЖИ ҳудудида истиқомат қиладиган ёки фуқароликсиз турган шахслар СПИД вируси юққанми-йўқлигини аниқлаш учун текширувдан ўтишлари шарт. Хорижий фуқаролар ва фуқароликсиз истиқомат қиладиган шахслар текширувдан ўтишдан бўйин товлайдиган бўлсалар, ССЖИ қонунчилигига биноан ССЖИ ҳудудидан жўнатиб юборилишлари мумкин.

Тиббий ходимлар ўтказадиган тадбирларга беморларни аниқлаш, ажратиш ва даволаш, ташувчиларни топиш ва уларни кузатиб бориш, аҳоли орасида (айниқса ёшлар орасида) СПИД қўзғатувчиларнинг манбалари, тарқалиш йўллари ҳақида, касалликнинг асосий симптомлари, эҳтиёт чоралари, шунингдек ундан сақланишнинг механик воситалари — презервативлардан фойдаланишнинг муҳим аҳамияти тўғрисида тушунтирув ишларини олиб бориш; ўсаётган авлоднинг жинсий тарбияси; қон донорлари устидан клиник ва серологик назорат, асбобларни стериллаш (вирусли гепатит профилактикасига қ.) киради.

СПИД бўлган беморлар ва шу касаллиги бор деб гумон қилинган кишиларни инфекция касалхоналарнинг алоҳида палаталарига ёки бўлимларига уларни қўшимча юқиш хавфидан ва инфекция тарқалишидан ҳимоя қилиш мақсадида касалхонага ётқизилади. Беморларни парвариш қилиш учун палаталарга соғлом тиббий ходимлар чегараланган миқдорда биркитиб қўйилади. Беморлар бўладиган палаталарда жорий дезинфекция ўтказилади, вирусли гепатитли беморларга тайинланадиган режим тавсия қилинади.

Касаллик ёки ташувчилик ҳодисаси аниқланган тақдирда иттифоқдош жумҳурият соғлиқни сақлаш вазирлигига хабар қилинади, у эса ўз навбатида ССЖИ Соғлиқни сақлаш вазирлигига зудлик билан хабар қилади.

Ташувчилар йилига 2 марта текширувдан ўтишлари, касаллик белгилари пайдо бўлган тақдирда тезда врач-инфекционистга мурожаат қилишлари керак.

Планли профилактик эмлаш ўтказиш муддатлари

Инфекцион касаллик ва вакцина номи	Вакцинация	Ревакцинация	Эслатма
Сил. Кучсизлантирилган тирик БЦЖ вакцинаси	Монелик қиладиган ҳоллар бўлмаганда бола ҳаётининг 5—7-кунни бир матра. Изотоник натрий хлорид эритмаси билан суюлтирилган вакцинани чап қўл биланининг юқори учдан бир қисми ташқи тери орасига 0,05 мг дозада юборилади	7 ёш, 11—12 ва 16—17 ёшдаги болалар ва ўсмирларга, шунингдек 22—23 ва 27—30 ёшдаги катта одамларга 0,05 мг дозадаги вакцина тери ичига юборилади	Ревакцинацияни 2 ТЕ билан Манту реакцияси манфий натижа берган клиник соғлом шахсларда ўтказилади. Болаларнинг сил билан касалланиши амалда туғтилган шахрлар ва районларда 7 ва 14—15 ёшларда—фақат 2 вакцинация ўтказилади. Кейинги ревакцинациялар 5—7 йиллик танаффус билан 30 ёшгача ўтказилади. АКДС-вакцина билан эмлаш полиомиелитга қарши эмлаш билан бир вақтда ўтказилади
Дифтерия, Кўкйўтал. Қоқшол. Адсорбланган кўкйўтал-дифтерия-қоқшол вакцинаси (АКДС-вакцина)	3 ойликдан бошлаб 1,5 ой танаффус билан ҳар бири 0,5 мл дозада учта мушак ичи инъекциялари ўтказилади	Туталланган вакцинациядан 1,5—2 йил ўтгач бир марта 0,5 мл дозада	
Дифтерия. Қоқшол. Адсорбланган дифтерия-қоқшол анатоксини (АДС-анатоксин)	3 ойликдан бошлаб, 1,5 ой танаффус билан 0,5 мл дозада иккита мушак ичи инъекцияси қилинади	Вакцинациядан 9—12 ой ўтгач 0,5 мл дозада бир марта	АДС-анатоксини билан кўкйўтал бўлиб ўтган 6 ёшгача болалар эмланиши керак

Инфекцион касаллик ва вакцина номи	Вакцинация	Ревакцинация	Эслатма
Антигенлар миқдори хамайтирилган адсорбланган дифтерия-қоқшол анатоксини (АДС-М-анатоксин)	3 ойликдан бошлаб 1,5 ойлик танаффус билан 0,5 мл дозада мушак ичи инъекцияси ўтказилади	Биринчи ревакцинация вакцинациядан 6—8 ой ўтгач, иккинчи ва учинчи ревакцинация 9 ва 16 ёшда. Кейинги ревакцинациялар ҳар 10 йилда 26, 36, 46 ва 56 ёшда 0,5 мл дозада бир марта	АҚДС-вакцина ва АДС-анатоксин юборишга монеликлари булган болалар. 6 ёшдан ошган болалар
Полиомиелит. Себин штаммларидан полиомиелитга қарши тирик вакцина (ЖВС-вакцина)	3 ойликдан 1,5 ойлик танаффус билан уч марта. Вакцина оғиз орқали юборилади	Дастлабки икки ревакцинация 1 ва 2 ёшгача ҳафтадан 2 дан 3 ёшгача, 1,5 ойлик танаффус билан икки марта ўтказилади. Каттароқ ёшдаги болалар ревакцинацияси 7—8 ва 15—16 ёшда бир марта ўтказилади	Вакцинани айрим моновалент суяқ вакциналар кўринишида I, II, III типлари ёки ампулада 5 ва 2 мл дан чиқарилади (дозаси, сақлаш шартлари ва б. ёрлигида, қондасида бор)
Қизамиқ. Қизамиқка қарши тирик вакцина	12 ойликдан вакцинани тери остига 0,5 мл дозада бир марта юборилади	Ревакцинация мактабга киришдан олдин. 1990 йилдан манфий серологик раъцияли болаларни ревакцинациялаш	Бир марта эмланган болалар ревакцинация қилиниши керак
Эпидемик паротит. Паротитга қарши тирик вакцина	15—18 ойликдан бошлаб вакцинани тери остига бир марта 0,5 мл дозада юборилади	Қилинмайди	

АЙРИМ ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА БЕМОРЛАР ВА УЛАРГА ДУЧ КЕЛГАН ШАХСЛАР
ХУСУСИДА КЎРИЛАДИГАН ТАДБИРЛАР

<p>Касалликнинг номи. Беморлар ва реконвалесцентлар хусусида қўлланадиган тадбирлар</p>	<p>Беморларга дуч келган шахслар хусусида кўриладиган тадбирлар</p>
<p>Ич терлама. Паратифлар А ва В. Беморлар касалхонага ётқизиши керак. Реконвалесцентларни ҳарорат нормага тушган вақтдан бошлаб 21—кунни жўнатилади, антибиотиклар билан даво қилинмаганларни—клиник соғайишнинг 14-кунни. Тана ҳарорати нормага тушгандан кейин 5 кун ўтгач ташувчиликка ахлат ва сийдик уч марта 5 кун оралатиб, 10 кун ўтгач—ўт суяқлиги бир марта текширилади</p> <p>Вирусли гепатит А ва В. Беморлар касалхонага ётқизиши керак. Реконвалесцентларни сариқлик, сийдикда ўт пигментлари йўқолгандан ва қонда билрубин даражаси нормага тушгандан кейин, бироқ сариқлик пайдо бўлгандан камида 3 ҳафта ёки касаллик бошлангандан 28 кун ўтгач уйига жўнатилади</p>	<p>21 кун мобайнида кузатиш, термометрия ва ташувчиликка текшириш (ахлат ва сийдикни ҳамда қон зардобини РНГА да цистеин билан бир марта бактериологик текшириш). Озиқ-овқат корхоналарининг ходимлари ва уларга тенглаштирилган шахслар манфий натрижа олингунча ишдан четлаштирилади</p>
<p>Дизентерия (шигеллёз). Эпидемиологик ва клиник кўрсатмалар бўйича госпитализация қилинади. Реконвалесцентларни жўнатиш муддатлари клиник соғайишга ва ташувчиликка текшириш натижаларига боғлиқ.</p>	<p>35 кун ичида кузатилади. Донорлар 6 ойга қон топширишдан четлаштирилади. Топширишдан олдин НВг Аг борлигига текширилади ва аминотрансферазалар фаоллиги аниқланади</p>
<p>Дифтерия. Тўлиқ клиник соғайгунча ва томоқ ҳамда бурун ажралмасини ташувчиликка текшириш (2 кунлик танафус билан) 2 марта манфий натижа бергунча госпитализация қилинади</p>	<p>7 кун мобайнида кузатилади. Озиқ-овқат корхоналари ходимлари ва уларга тенглаштирилган шахслар, мактабгача болалар муассасаларига қатнайдиغان болаларда ишдан четлаштирилмай ва болалар муассасаларига қатнашни тақиқламай ахлатни ташувчиликка текширилади</p> <p>7 кун мобайнида кузатиш ва ташувчиликка бир марта текшириш. Озиқ-овқат корхоналарининг ходимлари ва уларга тенглаштирилган шахслар, болалар муассасаларига қатнайдиغان болалар манфий натижа олингунча ишдан ва болалар муассасасига қатнашдан четлаштирилади</p>

Касалликнинг номи. Беморлар ва реконвалесцентлар хусусида қўлланиладиган тадбирлар

Кўйўтал. Клиник ва эпидемиологик кўрсаткичлар бўйича госпитализация қилинади. Беморни касаллик бошланган вақтдан ва ташувчиликка икки марта манфий натижалар олингунча 25 кунга ажратилади

Қизамиқ. Клиник кўрсатмалар бўйича госпитализация қилинади. Изоляция тошмалар пайдо бўлган вақтдан бошлаб 5 кун ўтгач, асорат (пневмония) бўлганда камида 10-кундан тўхтатилади

Менингокк инфекцияси. Клиник соғайгунча ва антибиотиклар билан даволаш тугаллагандан камида 3 кун ўтгандан кейин бурун-ҳалқумдан олинган шлимшиқни текширишда 2 марта манфий натижа олингунча госпитализация қилинади

Сувчечак. Охириги тошма элементи пайдо бўлгандан 5 кун ўтгач уйда ажратиш тўхтатилади

Эпидемик паротит. Уйда ажратиш касаллик бошидан 9 кун ўтгач тўхтатилади

Скарлатина. Клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар бўйича госпитализация қилинади. Изоляция клиник соғайишдан кейин, бироқ касаллик бошланган вақтдан камида 10 кун ўтгач тўхтатилади

Беморларга дуч келган шахслар хусусида қўриладиган тадбирлар

Кўйўтал билан оғриматган 7 ёшгача бўлган болалар 14 кун мобайнида ажратилиши керак. Агар бемор уйда қолдирилган бўлса, ажратиш изоляция мuddати ўтгандан кейин тўхтатилади

Касалланган ва эмланмаган болалар ажратилади. Гамма-глобулин актив имунлашга монелиги бўлган, шунингдек эмлаш ёшига етмаган болаларга (3 ойликдан 12 ойликкача 3 мл дан) юборилади. Гамма-глобулин юборилмаган болалар учун ажратиш мuddати — 17 кун, эмланган болалар учун — 21 кун. Авж олиш ҳолларини тўхтатиш учун болалар коллективларида қизамиқ бўлиб ўтгани ёки вакциналангани тўғрисида маълумотлар бўлмаган ҳамма болаларда шoshiлиниқ вакцинация ўтказилади

10 кун мобайнида кузатилади. Болалар муассасаларига қатнайдиган болалар ва болалар муассасаларида ишлайдиган ходимлар бактериологик текширувдан манфий натижа олингунча бу муассасаларга қўйилмайди

7 ёшгача касалланмаган болалар контакт бўлган вақтдан бошлаб 21 кун мобайнида ажратилади. Контакт вақти аниқ бўлганда 11-кундан 21-кунгача ажратиш қўйилади

Касалланмаган 10 ёшгача бўлган болалар контакт бошланган вақтдан 21 кунга ажратилиши керак. Контакт вақти аниқ бўлганда 11-кундан 21-кунгача ажратилади

Кузатув 7 кун, бемор билан контакт давом қилганда касаллик бошидан бошлаб 17 кун. Мактабгача болалар муассасаларига қатнайдиган болалар ва мактабнинг дастлабки 2 синфидаги ҳамда касал бўлмаган болалар муассасаларга бемор ажратилган вақтдан бошлаб 7 кун мобайнида қўйилмайди

МУНДАРИЖА

Сўз боши	3
Қисқартмалар рўйхати	4
Биринчи қисм. Умумий эпидемиология	5
Эпидемиология ва унинг предмети	5
Инфекция тўғрисида тушунча	10
Эпидемик жараён тўғрисида тушунча	11
Юқумли касалликлар классификацияси	30
Юқумли касалликлар профилактикаси ва улар билан курашиш чоралари	35
Дезинфекцион тадбирлар	51
Дезинфекция	51
Дезинсекция	57
Дератизация	64
Айрим юқумли касалликлар дезинфекцияси	65
СССРда санитария — эпидемиология хизматининг вазифалари	72
II қисм. Юқумли жараён ҳақида тушунча	76
Юқумли касалликларнинг кечиши	76
Юқумли касалхоналар ва бўлимларининг тузилиши, вазифаси ва иш тартиби	85
Юқумли касаллик билан оғриган беморлар парвариши ва уларнинг овқатланиши	90
Инфекцион беморларни даволаш	92
Учинчи қисм. Хусусий эпидемиология	102
Ичак инфекциялари	102
Ич терлама	102
Паратиф А ва Б	113
Сальмонеллэз	114
Сохта сил	121
Иерсиниоз	124
Шартли патоген микроорганизмлар келтириб чиқарган ичак инфекциялари	127
Стафилококкли интоксикация	129
Ботулизм	130
Ичбуруғ	136
Эшерихиозлар (ичак коли-инфекциялари)	148
Вабо	151
Вирусли гепатитлар	162
Полиомиелит	173

Полиомиелитсиз энтеровирусли (Коксаки ва ЭСНО)	
инфекциялар	179
Бруцеллэз	182
Лептоспироз	189
Нафас йўллари инфекциялари	198
Грипп	198
Парагрипп	204
Аденовирус инфекцияси	205
Чин чечак	208
Дифтерия	214
Скарлатина	225
Қизамиқ	230
Қизилча	234
Кўк йўтал	235
Кўкйўталсимон касаллик	240
Сув чечак	241
Тепки (Эпидемик паротит)	243
Менингококк инфекцияси	245
Орнитоз	253
Легионеллэз	258
Қонли инфекциялар	263
Риккетсиозлар	263
Тошмали терлама ва Брилл касаллиги	264
Каламуш тарқатувчи тошмали терлама	273
Шимолй Осиё кана риккетсиози	274
Ку-иситмаси	275
Боррелиозлар	278
Қайталама эпидемик терлама	278
Каналар ўтказувчи қайталама терлама	281
Мавсумий энцефалитлар	283
Каналар орқали ўтувчи вирусли энцефалит	283
Япон энцефалити	287
Геморрагик иситмалар	290
Буйрак синдроми билан кечадиган геморрагик иситма (ГЛПС)	290
Қрим геморрагик иситмаси	294
Осмк геморрагик иситмаси	296
Тоун	297
Туляремия	307
Ташқи қопламлар инфекцияси	315
Куйдирги	315
Қутуриш	323
Қоқшол	327
Сарамас	332
Орттирилган иммун танқислиги синдроми (СПИД)	335
Иловалар	338

Учебное издание

МАРИЯ ЛУКЬЯНОВНА ВОЛОВСКАЯ

**Эпидемиология с основами
инфекционных болезней**

Ташкент, 700129, издательство имени Иби Сины УзССР, Навои, 30.

*На узбекском языке
Ўқув наشري*

МАРИЯ ЛУКЬЯНОВНА ВОЛОВСКАЯ

**Эпидемиология билан
инфекцион касалликлар асослари**

Бўлим мудири *Б. В. Мансуров*

Мухаррир *Н. Рустамова*

Расмлар муҳаррири *О. Аҳмаджонов*

Техник муҳаррир *В. Мешчерякова*

Мусахҳихлар *Н. Абдуллаева, С. Абдунабиева*

1615

Босмахонага 03.07.91 да берилди. Босишга 09.12.91 да рухсат этилди. Бичими 84x108¹/₃₂.
№ 1 босмахона қоғози. Юқори босма. Янги оддий гарнитура. Нашр босма табоқ 20,41. Шартли
босма табоқ 18,06+0,42 вкл. 210—88 рақамли шартнома. Жами 12000 нусха. 6804 рақамли бу-
юртма.

Иби Сино номидаги нашриёт, 700129, Тошкент, Навоий кўчаси, 30.
Ўзбекистон республикаси Давлат матбуот кўмитаси Тошкент. Матбаа ишлаб чиқариш бирлаш-
масининг 3-босмахонаси, Тошкент, 700294, Юнус-обод даҳаси, Муродов кўчаси 1.

