

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA’LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

U.A.Boltaboev, Yo.R.Ruzibayeva, A.A.Ahmedov

EPIDEMIOLOGIYA

Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari uchun o‘quv qo‘llanma

2026-yil

MUNDARIJA

Glossariy.....	2
Ichak infeksiyalari tasnifi	5
Qorin tifi, A va V paratiflari.....	9
Salmonellyozlar.....	41
Shigellezlar.....	57
Esherixiozlar.....	68
Enteroviruslar. Poliomyelit.....	95
Virusli gepatitlar.....	153
Vabo.....	210

GLOSSARIY

SEOVAJSX- Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi xizmati

SanPiN - sanitariya qoidalari va me'yorlari

OSF - o'tkir sust falajlar

UASh- umumiy amaliyot shifokori

QVP - qishloq vrachlik punkti

MTM - maktabgacha ta'lim muassasasi

DPM - davolash-profilaktika muassasasi

JSST - Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti

YUNISEF-Birlashgan Millatlar Tashkilotining Bolalarga yordam xalqaro favqulodda jamg'armasi

VGB- virusli gepatit B

VGA - virusli gepatit A

VGE - virusli gepatit E

VGC- virusli gepatit C

VGD - virusli gepatit D

O'GB - o'tkir gepatit B

SVGB - surunkali virusli gepatit B

VAP - vaksina bilan bog'liq polimiyelit

O'RVI - o'tkir respirator virusli infeksiyalar

TPK- tif-paratif kasalliklari

O'II - o'tkir ichak infeksiyasi

O'XI - o'ta xavfli infeksiya

UMS -umumiy mikroblar soni

EAIT- enteroagregativ ichak tayoqchalari

EIIT - enteroinvaziv ichak tayoqchalari

ETIT - enterotoksigen ichak tayoqchalari

EPIT - enteropatogen ichak tayoqchalari

EGIT - enterogemorragik ichak tayoqchalari

IFT - immunoferment tahlil

PZR - polimeraza zanjir reaksiyasi
UTT- ultratovush tekshiruvi
PGAR -passiv gemagglyutinatsiya reaksiyasi
RNK - ribonuklein kislota
DNK - dezoksiribonuklein kislota
ALT-alaninaminotransferaza
AST- aspartataminotransferaza
XTSQ - xalqaro tibbiy-sanitariya qoidalari
FVQ -favquloddagi vaziyatlar qo‘mitasi
SNP - sanitariya nazorati punkti
SA- qoqshol anatoksini
KPK - qizamiq, parotit va qizilchaga qarshi uch valentli tirik vaksina.
AKDS- ko‘kyo‘tal, bo‘g‘ma, qoqsholga qarshi vaksina
VGB- gepatit B vaksinasi
XIB - XIB infeksiyasi vaksinasi.
Rota - oral rotavir og‘iz vaksinasi.
Pnevmo - pnevmokokk vaksinasi
IPV - faolsizlantirilgan poliomiyelit vaksinasi.
OPV - odam papilloma virusiga qarshi vaksina
ADS-M - difteriya-qoqshol anatoksini, kamaytirilgan dozada
PVX - vaboga qarshi peroral vaksina
PSNS- markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi
BSF- bolalar serebral falaji
EKR - emlashdan keyingi reaksiyalar
EKA- emlashdan keyingi asoratlari
UBN- ultrabinafsha nurlanish
DTSGK - kalsiy gipoxloritning uchdan ikki asosli tuzi
NKG- neytral kalsiy gipoxlorit
TCK- texnik kalsiy gipoxlorit
MNS-markaziy nerv sistemasi

KIRISH

Zamonaviy dunyoda ichak yuqumli kasalliklariga qarshi kurashda sezilarli yutuqlarga erishildi: diagnostika, davolash va profilaktika usullari ishlab chiqildi va takomillashtirildi. Kasallanish va o'lim ko'rsatkichlari sezilarli darajada kamaydi. Hozirgi zamon fani bu muhim muammoning turli masalalari bo'yicha ko'pgina yangi ma'lumotlarga ega bo'lib, anchagina nazariy va amaliy materiallar to'plangan.

Zamonaviy sharoitda ko'plab yuqumli kasalliklarda mikroorganizmlar serotiplarining o'zgarishi, gospital shtammlar rolining oshishi, qo'zg'atuvchilar assotsiatsiyasi (bakterial-virusli, virus-virusli va boshqalar) bilan bog'liq klinik-epidemiologik o'zgarishlar aniqlangan.

Organizmning nospetsifik rezistentlik holatiga va immun javob xarakteriga turli-tuman ekologik ta'sirlar majmuasi, aholining ijtimoiy-iqtisodiy yashash sharoitlarining o'zgarishi, migratsion jarayonlarning kuchayishi sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

Yuqumli kasalliklarga qarshi kurash natijalari nafaqat ilmiy yutuqlar darajasiga, balki turli ixtisoslikdagi shifokorlar, birinchi navbatda epidemiologlar tomonidan nazariy va amaliy bilimlarni to'g'ri amalga oshirishga ham bog'liq.

Shuni ham ta'kidlash kerakki, yangi ilmiy kashfiyotlar ko'plab ichak infeksiyalarini davolash imkonini berdi. Makroorganizmning immunobiologik xususiyatlarini oshirish, maxsus immunizatsiyani qo'llash, diagnostika va davolash jarayonining sifatini yaxshilash va boshqa omillar qo'zg'atuvchining patogenligiga, epidemik jarayonning tabiatiga ta'sir qiladi.

Kasallanishning kamayishi bilan bir qatorda, kasalliklarning klinik ko'rinishi o'zgaradi, yengil, rudimentar, subklinik shakllari ko'proq uchraydi, ularni erta aniqlash katta epidemiologik rol o'ynaydi.

Ushbu o'quv qo'llanmada to'plangan tajribalar, mahalliy va xorijiy ilmiy tadqiqotlar natijalari o'z aksini topgan.

Xususiyl epidemiologiya mavzulari amaliyotda ko'p uchraydigan infeksiyalarni yoritadi. Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar va ichak infeksiyalarining samarali profilaktikasi bosqichlarini bayon qilish juda muhimdir.

Mualliflar o'quv qo'llanma tibbiy-profilaktika yo'nalishidagi tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalariga fekal-oral yuqish mexanizmi orqali yuqadigan yuqumli kasalliklarni o'rganishda foydali bo'ladi, deb umid qilishadi.

ICHAK INFEKSIYALARI TASNIFI

Ichak infeksiyalari - bu umumiy yuqish mexanizmi va qo'zg'atuvchining organizmda joylashuvi bilan birlashtirilgan kasalliklar guruhidir. Yuqish mexanizmi fekal-oral, yashash muhiti oshqozon-ichak yo'li. Evolyutsiya jarayonida ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilari ichakdan chiqib ketish va axlat bilan ifloslangan oziq-ovqat, suv, tuproq kabi muhitlarda uzoq vaqt saqlanish qobiliyatini rivojlantirgan. So'ngra shu ovqat yoki suv bilan og'iz bo'shlig'i orqali keyingi xo'jayinga o'tadi. Shunday qilib, **uzatish yo'llari** - suv, oziq-ovqat, aloqa-maishiy yo'llar aniqlanadi.

Infeksiya manbai har qanday klinik shakldagi bemor yoki bakteriya tashuvchi hisoblanadi, bunda tranzitor tashuvchilik katta epidemiologik ahamiyatga ega.

Uzatilish mexanizmi - fekal-oral. Ichak infeksiyalari barcha yosh guruhlarida uchraydi, ammo ko'pincha emizikli va erta yoshdagi (3 yoshgacha) bolalar kasallanadi, ular uchun ovqat hazm qilish va metabolism jarayonlarining beqarorligi, ferment tizimlari va boshqaruv mexanizmlarining yetilmaganligi, ichakning limfoid apparati rivojlanmaganligi xosdir. Bu omillarning barchasi kasallikning o'tkir va yorqin namoyon bo'lishi natijasida toksinlarning tez so'rilishiga olib keladi.

Oziq-ovqat mahsulotlarining patogen va potentsial patogen qo'zg'atuvchilar bilan zararlanishi quyidagicha bo'lishi mumkin: **birlamchi** - qo'zg'atuvchining tirikligida oziq-ovqat avtotroflari bo'lgan hayvonlarning a'zolari va to'qimalariga kirishi va **ikkilamchi** - oziq-ovqat mahsulotlarining zararlanishi ularni tayyorlash, qayta ishlash, tashish, saqlash va sotish jarayonida sodir bo'ladi.

Yuqumli kasalliklarni umumiy tasniflashning bir necha tamoyillari mavjud.

I. Qo'zg'atuvchi bo'yicha (Yu.V.Lobzin bo'yicha)

1. Bakteriozlar
2. Bakterial toksinlar bilan zaharlanish
3. Virusli kasalliklar
4. Rikketsiozlar
5. Xlamidiozlar
6. Mikoplazmozlar
7. Protozoy kasalliklari
8. Mikoziar
9. Gelmintozlar

II. Infeksiya manbasi bo'yicha (JSST bo'yicha)

1. Antoroponozlar
2. Zoonozlar
3. Sapronozlar, saprozonozlar

III. Infeksiyaning yuqish mexanizmi bo'yicha (L.V.Gromashevskiy bo'yicha)

1. Ichak infeksiyalari
2. Nafas yo'llari infeksiyalari
3. Transmissiv infeksiyalar
4. Tashqi qoplama infeksiyalari

Ichak infeksiyalarining qo'zg'atuvchisi bo'yicha tasnifi.

I. Bakterial ichak infeksiyalari:

Qorin tifi va paratifiar

Shigellalar

Salmonellyoz

Esherixioz

Ichak iyerseniozi

Kampillobakterioz

Vabo

II. Virusli ichak infeksiyalari:

Rotaviruslar

Noroviruslar

Sapoviruslilar

Astroviruslar

Ichak adenoviruslari

Minireoviruslilar

Koronavirusga oid

Toroviruslilar

Parexoviruslar

III. Sodda hayvonlar keltirib chiqargan

amyobiaz

Lyamblioz

Balantidiaz

Kriptosoridioz

Izosporoz

Siklosporo

mikrosporidioz

IV. Bakterial toksinlar bilan zaharlanish

Stafilokokklar

Botulizm

V. Polietiologik ichak infeksiyalari

Ovqat toksikoinfektsiyalari

Ichak infeksiyalarining infeksiya manbai bo'yicha tasnifi.

1. Antroponozlar

Shigellalar

Esherixiozlar

Stafilokokkoz

Virusli ichak infeksiyalari (rotaviruslar, virusli gepatit A va E, Norvolk)

amyobiaz

Lyamblioz

2. Zoonozlar

Salmonellyozlar

Kampillobakterioz

Kriptosporidioz

3. Sapronozlar

Suvli sapronozlar- vabo vibrioni, edwardsiellalar, pleziomonadalar

Tuproq sapronozlari- sereusinfeksiyalar, ichak klostridiozlari, psevdomonozlar, klebsiyellalar, proteylar, morganellalar, serratsiyalar, sitrobakteriyalar, enterobakteriyalar, erviniyalar, gafniya infeksiyasi.

4. Zoofil sapronozlar (saprozoonozlar) - soxta sil, ichak iyerseniozi

Ichak infeksiyalarini L.V.Gromashevskiy bo'yicha kichik guruhlarga ajratish

1-kichik guruh odatiy ichak infeksiyalari (qo'zg'atuvchilar oshqozon-ichak trakti doirasida qoladi - dizenteriya, vabo, esherixioz)

Toksikoinfeksiyaning 2- kichik guruhi (qo'zg'atuvchining organizmdan tashqarida jadal ko'payishi - oziq-ovqat toksikoinfeksiyasi, botulizm, stafilokokk toksikozi)

Podguppa 3- qo'zg'atuvchining ichakdan tashqariga tarqalishi bilan kechadigan tipik ichak infeksiyalari (amyobiaz, askaridoz, exinokokkoz)

Podguppa 4 - qo'zg'atuvchining qonga tarqalishi bilan kechadigan tipik ichak infeksiyalari - qo'zg'atuvchining siydik, sekretlar va boshqalar orqali tashqi muhitga qo'shimcha chiqishi (qorin tifi, brutsellyoz, leptospiroz)

QORIN TIFI. PARATIFLAR A va B.

Qorin tifi, A va B paratiflari - sporadik, endemik, epidemik tarqalishga ega bo'lgan o'tkir yuqumli kasalliklar bo'lib, bakteriemiya, klinik jihatdan - umumiy intoksikatsiya, umumiy isitma, jigar, taloqning kattalashishi, oshqozon-ichak traktining disfunktsiyasi, patologoanatomik jihatdan - asosan ingichka ichak limfa apparati va mezenterial limfa tugunlarining shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Tarix.

"Tif" atamasi (yunoncha - tutun, tuman) tibbiyotga Gippokrat tomonidan kiritilgan va ong xiralashishi va isitma bilan kechadigan kasalliklarni ifodalash uchun qo'llanilgan. Qorin tifining dastlabki ishonchli tavsifi 1920-yilda fransuz shifokori P.F. Bretonneau tomonidan berilgan bo'lib, u uzoq muddatli isitma va ongning xiralashishini ichak limfa apparatining shikastlanishi bilan bog'lagan.



Per Fidel Bretonneau (1778-1862yy.)

1829-yilda fransuz patologoanatom Per-Sharl Aleksandr Lui ichakdagi patologoanatomik o'zgarishlar va kasallikning klinik ko'rinishlarini batafsil tasvirlab, **typhus abdominalis** nomini taklif qildi.

Uning ta'kidlashicha, ichakning shikastlanishi kasallikning muhim va doimiy belgilari hisoblanadi.



Per-Sharl Aleksandr Lui (1787-1872yy.)

Qorin tifining klassik batafsil tavsifini birinchi bo‘lib 1868-yilda rus terapevt shifokori, patologoanatom S.P.Botkin bergan. U kasallikning turli xil klinik ko‘rinishlari, ichakdagi anatomik o‘zgarishlar va to‘lqinsimon kechishini alohida ta’kidlagan.



Sergey Petrovich Botkin (1832-1889 yy.)

1880-yilda nemis patologi va bakteriologi K.J. Ebert qorin tifi kasalligidan vafot etgan odamning Peyer pilakchalari, talog‘i va limfa tugunlarida mikrob hujayralarini aniqladi. Qo‘zg‘atuvchi Ebert tayoqchasi nomini oldi.



Karl Jozef Ebert (1835-1926 yy.)



Georg Gafki (1850-1918 yy.)

Qorin tifi qo'zg'atuvchisining sof kulturasini 1884-yilda nemis mikrobiologi va epidemiologi G.Gafki ajratib olgan. Shu munosabat bilan qo'zg'atuvchini uzoq vaqtgacha Ebert-Gafki tayoqchasi deb ataganlar.



Daniel Elmer Salmon (1850-1914yy.)

1885-yilda amerikalik veterinar vrach D.Ye.Salmon o'lgan hayvonlarning organlaridan bakteriyalarni ajratib oldi, ular o'z xususiyatlariga ko'ra Ebert-Gafka tayoqchasiga o'xshardi. Ajratib olingan bakteriyalar Salmonella Choleraesuis nomini oldi.

1887-yilda rus bakteriologi A.I. Vilchur tif kasalligida bakteriyemiya borligini aniqladi va bemor qonidan tif tayoqchasini ajratib oldi.

1891-yilda nemis bakteriologi F. Leffler hozirgi vaqtda Salmonella typhimurium nomi bilan ma'lum bo'lgan sichqonlar terlamasi qo'zg'atuvchisini kashf etdi.



Fridrix Leffler (1852-1915)

1902-yilda fransuz olimlari A.Brion va X.Kayzer Salmonella Paratyphi A va Salmonella Paratyphi B kulturalarini ajratdilar. Paratif A va B patogenezi, klinik ko'rinishlari va epidemiologiyasi bo'yicha qorin tifi o'xshaydi.

1900-yilda qorin tifi va paratiflarning qo'zg'atuvchilariga Salmonella degan urug' nomi berildi. Hozirgi vaqtda Salmonella avlodi vakillarining soni antigen tuzilishi va biokimyoviy xususiyatlari bilan farq qiluvchi 2500 serotipdan oshdi.

Salmonellalar uy va yovvoyi hayvonlar, qushlar, baliqlar, sudralib yuruvchilar organizmida parazitlik qiladi. Ularning ba'zilar inson uchun patogen hisoblanadi.

Etiologiyasi

Qorin tifi Salmonella (Salmonella Typhi) bakteriyalari keltirib chiqaradigan bakterial yuqumli kasallik bo'lib, ingichka ichak limfa tizimining yarali shikastlanishi, bakteriyemiya, umumiy intoksikatsiya bilan siklik kechishi, qo'zg'atuvchining fekal-oral yuqish mexanizmi, suv, oziq-ovqat va maishiy yo'llar orqali tarqalishi, sporadik tarqalishi, shuningdek, uzoq muddatli bakteriya tashuvchanlik shakllanishiga moyilligi bilan tavsiflanadi.

A va B paratiflar bu salmonella (Salmonella paratyphi) bakteriyalari keltirib chiqaradigan bakterial o'tkir yuqumli kasalliklar bo'lib, ingichka ichak limfa tizimining yarali shikastlanishi, bakteremiya, umumiy intoksikatsiya belgilari bilan siklik kechishi, qo'zg'atuvchining fekal-oral yuqish mexanizmi bilan tavsiflanadi, asosan oziq-ovqat va suv yo'llari orqali amalga oshiriladi, uzoq muddatli bakteriya tashuvchanlik shakllanishiga moyil. Patogenezi va klinik ko'rinishlari bo'yicha qorin tifi bilan o'xshash bo'lib, o'tkir boshlanishi va qaytalanuvchi kechishi, kataral belgilar davri mavjudligi bilan tavsiflanadi;

Qorin tifi (Bact.typhi abdominalis), paratif A (Bact.paratyphi A), paratif B (Bact.paratyphi B) qo'zg'atuvchilari ichak bakteriyalari Enterobacteriaceae oilasiga, Salmonella avlodiga kiradi.

Qo'zg'atuvchining morfologiyasi:

Tifo-partifoz salmonellalar grammanfiy kalta tayoqchalar bo'lib, uchlari yumaloq, spora va kapsula hosil qilmaydi. Ularning uzunligi 1,5-3-5 mkm va ko'ndalangiga 0,5-

0,8 mkm oralig'ida o'zgaradi. Tayoqchalar traxeya ustidagi xivchinlarga (8-20) ega bo'lib, ular tufayli faol harakatlanadi.

Kultural-biokimyoviy xususiyatlari:

Qorin tifi va paratif salmonellalari - fakultativ anaeroblar, harorat optimumi 37°C, Ph 6,8-7,2. Go'sht-peptonli agarda, Ploskirev va Endo muhitlarida o'stiriladi, lekin ular o't suyuqligida (Rapoport muhitida) ayniqsa yaxshi rivojlanadi.

Paratif A va B larning salmonellalari qorin tifi salmonellasiga nisbatan biokimyoviy jihatdan faolroq. Yuqori biokimyoviy faollikka ega bo'lgan bakteriyalar tashqi muhit sharoitlariga ancha chidamli bo'lib, turli hayvonlar ichagida yashashga yaxshiroq moslashadi. Salmonellalarning bu xususiyatlari sporadik kasallik sharoitida kasallanish strukturasida aks etishi mumkin: paratif infeksiyasi holatlarining qorin tifiga nisbatan ustunligi, ya'ni mikroblarning kam chidamli turlarini ancha chidamli shakli tomonidan siqib chiqarilishi.

Antigen tuzilishi:

Tif-paratif guruhi qo'zg'atuvchilari murakkab antigen tuzilishiga ega. Asosiy antigen komplekslari somatik O-antigen va xivchinli N-antigen hisoblanadi. Shuningdek, qobiq Vi-antigeni va kapsula K-antigeni ham farqlanadi, 92 ta barqaror fagotipga bo'linadi.

Somatik O-antigen termostabil bo'lib, polisaxaridlar, lipidlar va azotli moddalardan tashkil topgan. U to'laqonli antigen, immunogen va endotoksik xususiyatlarga ega bo'lib, turga xoslikni ta'minlaydi (u bo'yicha seroguruhlarni ajrataman).

Xivchinli N-antigenlar termostabil bo'lib, oqsil tabiatiga ega (unga ko'ra serotiplar ajratiladi).

Vi-antigen yuza termolabil bo'lib, O-antigen tarkibiga kiradi, virulentligini belgilaydi, yuqori immunlash xususiyatiga ega, tarkibida Vi-antigen bo'lgan salmonellalar fagotsitozga ancha chidamli. Tarkibidagi Vi-antigen miqdoriga qarab salmonellalarning uchta shakli farqlanadi: tarkibida Vi-antigen bo'lgan, tarkibida Vi-antigen bo'lmagan, oraliq shakllar. A va B paratif qo'zg'atuvchilari tarkibida Vi-antigen bo'lmaydi.

Kapsulali K-antigen - bakteriyalarning hujayra devorini qoplaydigan mikrokapsulada joylashgan yuzaki oqsil-polisaxarid kompleksi. Patogenlikning eng muhim xususiyati - makrofaglarga kirish va hujayra ichidagi ko'payish uchun javobgardir.

A va B paratiflarning qo'zg'atuvchilari ham antigen tuzilishi jihatidan bir xil emas, 6 ta paratif A va 11 ta paratif B fagotiplari bor. Shtammning fagotipi barqaror belgi bo'lib, kasallik davomida o'zgarmaydi, ajratib olingan muhitga bog'liq emas.

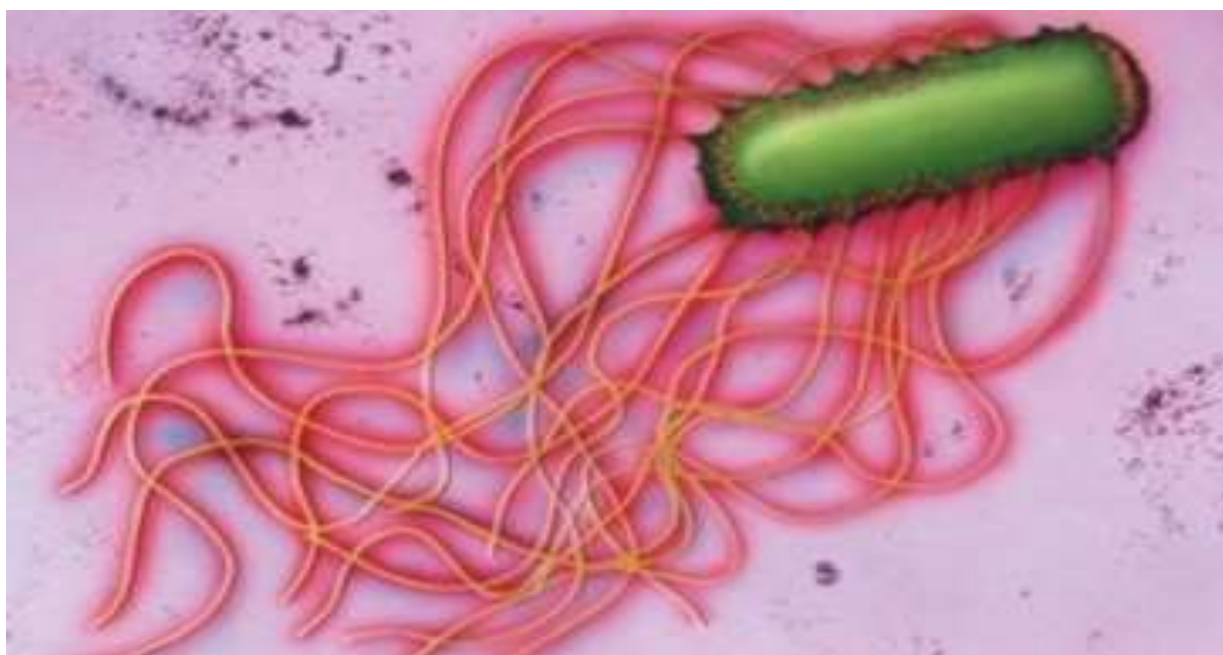
Fagotiplar:

Qorin tifi bakteriofaglari faqat O-antigenli, boshqalari esa Vi-antigenli salmonellalarni lizisga uchratadi. Tarkibida Vi-antigen bo'lgan qorin tifi mikroblari Vi-antigensiz Vi-bakteriofag tomonidan lizisga uchraydi va shu fagga chidamli bo'ladi.

Toksin hosil bo'lishi:

Qorin tifi va paratif salmonellalari tarkibida neyrotrop va pirogen ta'sirga ega bo'lgan endotoksin (LPS) bo'lib, miokardit, miokardiodistrofiya va infeksiyon-toksik shok rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Ekzotoksin (oqsilli enterotoksin) vabo enterotoksini va LT toksin bilan gomologiyaga ega - diareya sindromini keltirib chiqaradi.



Qorin tifi bakteriyasi

O'zgaruvchanlik

Mikroorganizmlarning o'zgaruvchanligiga sabab bo'luvchi omillar juda xilma-xildir. Bular avvalo spetsifik bakteriofag, antibiotiklar, turli kimyoviy moddalar, ionlashtiruvchi radiatsiya, ozuqa muhiti tarkibi, past va yuqori haroratdir.

Bakteriofag ta'sirida mikroblarning virulentligi, antigen strukturasi, serologik xususiyatlari o'zgaradi. Mikroblarning o'zgaruvchanligida odam organizmining reaktivligi katta ahamiyatga ega. Chunonchi, immun organizmda ular o'zining virulentlik xususiyatini yo'qotadi.

Kimyoviy, fizikaviy omillar, antibiotiklar, immun antitanalar va boshqalar ta'sir etganda o'zgargan shtammlar hosil bo'lishi mumkin, ular odatdagi shakllardan boshqa sifatlarga ega bo'lishi bilan farq qiladi:

- spetsifik zardob ishtirokida agglyutinativlikning pasayishi;
- geterologik zardob ta'sirida agglyutinativlikning paydo bo'lishi;
- an'anaviy antibiotiklarga dorilarga chidamlilikning paydo bo'lishi tufayli qon zardobida antitanachalarning kech paydo bo'lishi;

Bakteriyalarning L-shakllari hosil bo'lishi.

Qorin tifi, A va B paratif bakteriyalarining L-shakllari yuqumli jarayonni keltirib chiqarishi mumkin. Shu bilan birga, teskari jarayon - L-shakllarning bakterial shakllarga aylanishi ham sodir bo'lishi mumkin. Qorin tifi va paratiflarning epidemik jarayonini saqlab turishda L-transformatsiya muhim ahamiyatga ega.

Barqarorlik.

Qorin tifi va paratif qo'zg'atuvchilari tashqi muhitga nisbatan chidamli, past haroratga yaxshi bardosh beradi. 60°S da qizdirilganda ular 30 daqiqagacha bardosh beradi, qaynatilganda esa tezda nobud bo'ladi. Ular tashqi muhitda uzoq vaqt saqlanishi mumkin: oqar suvda 5-10 kungacha, turg'un suvda 1,5 yilgacha, vodoprovod suvida 3 oygacha, quduq loyida 4-6 oygacha, tuproqda 1-5 oygacha, najasda 5-30 kun, ichki kiyimlarda 2 haftagacha, jun gazlamalarda 80 kungacha, tvorog, smetana, sut, sariyog', pishloq, qiyma kabi oziq-ovqat mahsulotlarida 5-90 kun, sabzavot va mevalarda 10 kun, nonda 20-30 kun, 18°S dan yuqori haroratda ko'payish va to'planish qobiliyatiga

ega. Ular zararlangan obyektlarga qo'llaniladigan dezinfeksiyalovchi vositalar bilan ishlov berilganda ancha tez (30-45 daqiqadan so'ng) nobud bo'ladi.

Epidemiologiya. Tif-paratif infeksiyalari bilan kasallanish dunyoning barcha mamlakatlarida tarqalgan va sog'liqni saqlash uchun jiddiy muammo hisoblanadi. Odamlarning tif va paratiflarga beriluvchanligi har xil, lekin epidemik o'choqlarda ommaviy zararlanishda 40-50% gacha odam kasallanishi mumkin. Takroriy kasalliklar kamdan-kam uchraydi va birlamchi kasallikdan ancha keyin paydo bo'ladi.

Tif-paratif kasalliklari tarkibida paratiflar barcha holatlarning 10 dan 30% gachasini tashkil qiladi. Salmonellyozlarning keng guruhida tif-paratif kasalliklari alohida o'rin tutadi. Salmonellez tabiatli boshqa kasalliklardan farqli o'laroq, qorin tifi, A va V paratiflar tipik antroponoz kasalliklar hisoblanadi, bunda infeksiya manbai faqat odam (bemor, rekonvalessent, bakteriya tashuvchi) hisoblanadi.

Qorin tifi va paratif A bilan tabiiy sharoitda faqat odam kasallanadi. Ammo paratif B bakteriyalari ba'zi uy hayvonlari va qushlarda kasallik keltirib chiqarishi mumkin. Binobarin, qorin tifi va paratif A infeksiyasining birdan bir manbai faqat odam (kasal, bakteriya tashuvchi) bo'lishi mumkin, paratif B esa qo'shimcha kasal hayvonlar va parrandalar bo'lishi mumkin.

Kasallikning turli davrlarida bemorlarning infeksiya manbai sifatidagi ahamiyati turlichadir. Inkubatsion davrda odam atrofdagilar uchun epidemik xavf tug'dirmaydi. Patologik jarayon rivojlangan sari epidemik xavf kuchayib boradi. Kasallikning 2-3-haftasida qo'zg'atuvchining ko'p miqdorda ajralib chiqishi kuzatiladi, bunda mikroblar juda ko'p miqdorda va doimiy ravishda najasda (1ml da yuzlab million), siydikda (1 ml da o'nlab million), boshqa ajralmalarda (halqum, ter bezlari va boshqalar) topiladi. Xoletsistit va piyelit kabi hamroh kasalliklar mavjud bo'lganda, bemorlar qo'zg'atuvchilarni ayniqsa intensiv ravishda tashqi muhitga chiqaradilar. Rekonvalessensiya davrida bemorning atrofdagilar uchun xavfi asta-sekin kamayadi. Bemorlarning ko'pchiligi rekonvalessensiyaning birinchi haftalarida qo'zg'atuvchilardan butunlay xalos bo'ladi. Biroq, bu davrning dastlabki 2-3 haftasida klinik jihatdan ifodalangan retsidivlar va bakteriya tashuvchanlik paydo bo'lishi mumkin.

Levomitsetinga sezgir shtamm chaqirgan qorin tifi bilan kasallanib tuzalganlarning 3 dan 5% gacha qismi surunkali va 20% gacha o'tkir tashuvchilar bo'lib qolmoqda. Levomitsetin turg'un shtammi chaqirgan qorin tifi kasalligida esa 38% gacha surunkali tashuvchanlik shakllanadi, bu bilikultura bilan tasdiqlanadi. Paratiflarda surunkali tashuvchilik qorin tifida levomitsetin sezgir shtamlari bilan shakllanadigan tashuvchilikka qaraganda 2-2,5 marta ko'proq kuzatiladi.

Eng murakkab epidemik vaziyatlar siydik bakteriya tashuvchanligi bilan bog'liq. Tif-paratif tayoqchalarining siydik bilan ajralishi epidemiologik jihatdan eng xavfli hisoblanadi, chunki siydik chiqarish defekatsiya aktiga qaraganda ancha tez-tez sodir bo'ladi va hamma odamlar ham siyishdan keyin qo'llarini yuvmaydilar.

Epidemiologik jihatdan tashxis qo'yish qiyin bo'lgan aniq, atipik va abortiv shakllari bo'lgan bemorlar katta xavf tug'diradi. Bunday bemorlar aniqlanmaydi va shubha tug'dirmaydi, infeksiya tarqatuvchi sifatida eng xavfli hisoblanadi. Suv inshootlarida, umumiy ovqatlanish korxonalarida, oziq-ovqat savdo tarmog'ida, sut korxonalari va oshxonalarda, bolalar muassasalari va kasalxonalarda ishlaydigan, ovqat tayyorlash va tarqatishda ishtirok etadigan bakteriya tashuvchilar eng xavfli hisoblanadi. Bundan tashqari, ularning epidemiologik roli sanitariya-maishiy sharoitlar, aholining sanitariya madaniyati darajasi bilan belgilanadi.

Sporadik kasallanish davrida tif-paratif infeksiyasining tarqalishida bakteriya tashuvchilar katta rol o'ynaydi. Ular tif-paratif bakteriyalarining yagona rezervuari va doimiy saqlovchisi bo'lib, infeksiyaning asosiy manbai bo'lib xizmat qiladi va qulay sharoitlarda kasallanishni saqlab turadi. Shuning uchun bakteriya tashuvchilikka qarshi kurash sog'liqni saqlashning eng muhim vazifasi bo'lib, uning hal etilishi tif-paratif infeksiyalari bilan kasallanishni bartaraf etishning sharti bo'lib xizmat qiladi.

Yashirin davri 10-14 kunni tashkil etadi.

Tif-paratif infeksiyasi qo'zg'atuvchisining **yuqish mexanizmi** - fekal-oral.

Qo'zg'atuvchilarning yuqish omillari suv, oziq-ovqat mahsulotlari, ifloslangan qo'llar, uy-ro'zg'or buyumlari, hasharotlar (mexanik tashuvchilar) hisoblanadi. Infeksiya tarqalishida bu omillardan eng muhimi suvdur. Suv uzatish yo'li asosan markazlashmagan suv ta'minoti tizimlarining ifloslanishi bilan bog'liq. Oziq-ovqat

mahsulotlaridan sog'ish, qayta ishlash va sotish jarayonida ifloslangan sut va sut mahsulotlari epidemik jihatdan eng xavfli hisoblanadi.

Uzatish omillari qorin tifi va paratiflarning tarqalish yo'llarini belgilaydi: suv, oziq-ovqat va maishiy aloqa.

Qorin tifi va paratiflar bilan kasallanish asosan sporadik darajaga ega. Biroq, hatto past kasallanish fonida ham epidemiyalari qayd etilmoqda. Kasallik tarqalishining sabablari ifloslangan suvni iste'mol qilish va surunkali tashuvchilikka qarshi kurashning yetarli darajada samarali emasligidir. Chaqnashning uch turi farqlanadi: suv, oziq-ovqat va kontakt-maishiy.

Infeksiya tarqalishining **kontakt-maishiy yo'li** eng ko'p uchraydi. Infeksiya to'g'ridan-to'g'ri bemor yoki bakteriya tashuvchining najas zarralari bilan ifloslangan qo'llar orqali (to'g'ridan-to'g'ri aloqa), shuningdek, turli narsalar - idish-tovoqlar, o'yinchoqlar, eshik tutqichlari, zinapoya panjaralari, ichki kiyimlar va boshqalar orqali (bilvosita aloqa) yuqishi mumkin.

Shaharlarda qorin tifi bilan kasallanishning 70-90% kontakt yo'li bilan yuqadi, bunda uy-joy sharoiti, sanitariya holati va birinchi navbatda aholining sanitariya madaniyati katta rol o'ynaydi.

Uzatishning suv yo'li. Suv qorin tifi infeksiyasi tarqalishining muhim omillaridan biri hisoblanadi. L.V. Gromashevskiy suv epidemiyasi qorin tifi tarqalishining eng xavfli shakli ekanligini ta'kidlagan. Suv epidemiyasining asosiy sababi ochiq suv havzalarining inson najasi bilan ifloslanishidir. Ayniqsa, davolash muassasalaridan chiqindilarning ochiq suv havzalariga tushishi xavflidir. Bundan tashqari, suv epidemiyalari vodoprovod tarmog'idagi qandaydir texnik nosozliklar natijasida kuzatiladi. Infeksiyaning suv orqali tarqalishi qorin tifi va paratif qo'zg'atuvchilarining suvda chidamliligiga bog'liq. Suv epidemiyasi halokatli xarakterga ega bo'lib, ifloslangan suvdan foydalangan ko'plab odamlarni qamrab oladi va epidemiyani keltirib chiqargan suv ta'minotidagi nuqsonni bartaraf etish natijasida tez pasayish bilan tugaydi.

Qishloq joylarda tif-paratif kasalliklarining suvli o'choqlari ko'pincha quduqlar, daryolar, ko'llar, hovuzlar, sug'orish kanallari suvining infeksiyalanishi natijasida yuzaga keladi.

Qorin tifi va paratiflar epidemik jarayonining suvli o'choqlarda namoyon bo'lishi suv manbasining turi, suvning ifloslanishining ommaviyligi va davomiyligi, suvdan foydalanish sharoitlari va zararlangan suv bilan ta'minlangan aholi soni bilan belgilanadi. Sababchi omil ta'sirining davomiyligiga qarab, o'tkir avj olishlar va surunkali suv epidemiyalari farqlanadi.

Oziq-ovqat yo'li orqali yuqadi.

Tif-paratif kasalliklarining tarqalishida oziq-ovqat mahsulotlari katta rol o'ynaydi. Odatda oziq-ovqat mahsulotlari bakteriya tashuvchilarning iflos qo'llari yoki kasallikning yengil yoki atipik shakllari bilan og'rigan bemorlar orqali najas zarralari bilan ifloslanadi. Infeksiya yuqishida iste'mol qilishdan oldin termik ishlov berilmagan (sabzavotli salatlar, mevalar, rezavorlar va h.k.) yoki termik ishlov berilgandan keyin infeksiyalangan (sut, sut mahsulotlari va h.k.) oziq-ovqat mahsulotlari katta ahamiyatga ega. Oshpazlar bakteriya tashuvchilar bilan zararlangan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish natijasida paydo bo'lgan ko'plab tif epidemiyalari tasvirlangan. Ammo eng ko'p uchraydigan yuqish omili sutdir. Bu shu bilan izohlanadiki, tif-paratif mikroblari sutda uzoq saqlanishi mumkin (pishloqda - 65 soatgacha, sterillanganda - 4 oy). Bundan tashqari, sut tif-paratif mikroblari ko'payishi uchun yaxshi muhit bo'lib xizmat qiladi, natijada organizmga infeksiya qo'zg'atuvchisining katta dozasi tushadi. Sut epidemiyalarida kasallikning klinik ko'rinishlari og'ir kechadi va ko'p o'limga sabab bo'ladi. Sutning ifloslanishining asosiy sabablari uni sanoatda qayta ishlashda texnologik rejimning buzilishidir. Oziq-ovqat mahsulotlari ularni olish, saqlash, tayyorlash va sotish qoidalari buzilganda tif-paratif kasalliklari tarqalishida muhim omil bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Oziq-ovqat infeksiyasining tarqalishida **pashsha omili** yordam berishi mumkin, garchi u tif-paratif kasalliklarining mavsumiy ko'tarilishida muhim rol o'ynamasa ham, chunki pashshalar sonining 20-70 baravar kamayishi tif va paratiflar bilan kasallanishning sezilarli darajada kamayishiga olib kelmadi. Pashsha tanasining

yuzasida tif-paratif guruhi mikroblari 2 kungacha, ichagida esa 7 kungacha yashash qobiliyatiga ega. Binobarin, epidemiologik salbiy holatlarda pashshalar oziq-ovqat mahsulotlarini zararlash orqali infeksiyani yuqtirishda ma'lum rol o'ynashi mumkin.

Qorin tifi va paratiflar bilan kasallanish yoz-kuz fasllarida ko'payadi.

Hozirgi vaqtda tif-paratif kasalliklarining mavsumiy ko'tarilishi, yoz-kuz davrlarida kuzatilmaydi, bu ijtimoiy-gigiyenik omillarning qulay ta'siri bilan bog'liq: aholi punktlarini obodonlashtirish, markazlashtirilgan suv ta'minotini o'tkazish, markazlashtirilgan kanalizatsiya tizimini o'rnatish, aholining sanitariya savodxonligi.

Ta'sirchanlik.

Odamlarning tif-paratif infeksiyasiga moyilligi jinsi va yoshiga bog'liq emas. Shunga qaramay, eng ko'p kasallanish 15-40 yoshlilar guruhida kuzatiladi, chunki aholining eng faol qismi infeksiya manbai bilan ko'proq aloqada bo'ladi.

Immunitet.

Boshdan kechirilgan tif-paratif kasalligi natijasida turg'un, tarang, ko'pincha umrbod saqlanib qoladigan immunitet hosil bo'ladi. Biroq, qorin tifi bilan og'rib o'tgandan keyin paydo bo'lgan immunitet A va B paratiflari bilan kasallanishdan saqlab qola olmaydi va aksincha. Kasallikning 3-5-kunidayoq bemorlar qonida agglyutinlar, pretsipitinlar, komplement bog'lovchi antitelolar, bakteriolizinlar paydo bo'ladi va 14-18-kuni maksimumga yetadi. Antitelolar organizmda 2-5-yilgacha saqlanadi. Keyinchalik immunitetni saqlash va saqlab qolishda organizmning ichki muhitining genetik barqarorligini ta'minlaydigan T-limfotsitlar hisobiga hujayraviy immunitet muhim rol o'ynaydi. Qayta kasallanish juda kam (0,5-2%) va faqat birlamchi kasallikdan ko'p yillar o'tgach, organizmning himoya xususiyatlarining zaiflashishi yoki ommaviy infeksiyalanish natijasida yuzaga keladi. Klinik jihatdan olganda ancha yengil o'tadi.

O‘zbekiston Respublikasida ichak infeksiyalari epidemiologik nazoratini tashkil etish Sog‘liqni saqlash vazirligining 2015-yil 25-martdagi 122-sonli "Respublika aholisi o‘rtasida qorin tifi, paratif va boshqa salmonellyozlar hamda o‘tkir ichak kasalliklariga qarshi olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida"gi buyrug‘iga asosan amalga oshiriladi.

Buyruqning maqsadi respublikada ich terlama, paratiflar va salmonellyozlar, shuningdek, o‘tkir ichak kasalliklari bo‘yicha olib borilayotgan profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlar ustidan epidemiologik nazorat samaradorligini oshirish va takomillashtirishdan iborat. **Buyruqqa muvofiq qorin tifi va paratiflar bilan kasallanishning oldini olish bo‘yicha sanitariya-gigiyena, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlar tashkil etiladi va o‘tkaziladi.**

Tif-paratif kasalliklari profilaktikasining asosini sanitariya-gigiyena tadbirlari - aholi yashaydigan joylarning kommunal obodonchiligini yaxshilash, suv manbalarini muhofaza qilish, aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta‘minlash, hududni ifloslik va chiqindilardan tozalash, umumiy ovqatlanish va oziq-ovqat mahsulotlari bilan savdo qilish muassasalarini sanitariya-oziq-ovqat nazorati tashkil etadi.

Erta tashxis qo‘yish va o‘z vaqtida kasalxonaga yotqizish birinchi darajali ahamiyatga ega, bu infeksiyaning keyingi tarqalishining oldini oladi. Shuning uchun davolash-profilaktika muassasalarida barcha isitmalayotgan bemorlarda tif-paratif kasalliklarini erta laborator tashxislash (gemokultura) usulini qo‘llash zarur.

Hozirgi vaqtda qorin tifi va paratiflar epidemik jarayonining ko‘rinishlaridan quyidagilar xarakterlidir: kasallanishning pasayish tendensiyasi, aniq davriylikning yo‘qligi, yoz-kuz mavsumiyligining mavjudligi (yil davomida barcha kasalliklarning 40-60%). Mavsumiy ko‘tarilish, ayniqsa, yoz issiq kelgan yillarda yaqqol namoyon bo‘ladi. Kasallik qo‘zg‘atuvchilarining bakteriya tashuvchilar tomonidan ko‘proq ajralishida ham mavsumiylik kuzatiladi.

Qorin tifi va paratiflar bilan kasallanishni kamaytirishda infeksiya manbalari - bemorlar va bakteriya tashuvchilarga nisbatan chora-tadbirlar ma‘lum rol o‘ynaydi. Bakteriya tashuvchilarni, ayniqsa, oziq-ovqat korxonalari ishchilari orasidan doimo

aniqlab, ularni ishdan chetlashtirish kerak. Kasbidan qat'i nazar, barcha bakteriya tashuvchilar hududiy sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va sog'liqni saqlash bo'limida ro'yxatda turishi, tegishli yo'riqnoma olishi va vaqti-vaqti bilan bakteriologik tekshiruvdan o'tishi shart.

Bakteriya tashuvchilik qorin tifi yoki paratif bilan kasallanishning har bir holatiga hamroh bo'ladigan bakteriyemiya oqibati hisoblanadi. Bakteremiyada mikroblar barcha organ va to'qimalarga kiradi. Sog'ayish jarayonida organizmning asta-sekin qo'zg'atuvchidan xalos bo'lishi sodir bo'ladi. Biroq, ba'zi hollarda bakteriyalar jigar, o't pufagi, buyrak, Peyer pilakchalari, limfa tugunlari, taloq, suyak ko'migi, ichak to'qimalari va boshqa a'zolarida klinik sog'ayishdan keyin ozmi-ko'pmi uzoq muddat, ba'zan esa umrbod saqlanishi mumkin. Bakteriya tashuvchilar qo'zg'atuvchini doimo yoki vaqti-vaqti bilan axlat yoki siydik bilan tashqi muhitga chiqarib turadi.

Surunkali bakteriya tashuvchanlik yuqumli jarayon natijasida shakllanadi, bu esa ushbu kasallikdagi immunogenez xususiyati bilan chambarchas bog'liq. Tifoparatifoz mikroblarining surunkali bakteriya tashuvchanligi immunologik yetishmovchilik - IgM sintezining "tanqisligi" yoki butunlay yo'qligi bilan bog'liq. Bu retikulogistiotsitar tizimning genetik nomukammalligi, antigen stimulyatsiyasida limfotsitlar blasttransformatsiyasining susayishi, limfotsitlar va makrofaglarning normal kooperatsiyasining buzilishi, tif va paratif bilan og'rigan bemorlarni davolashda qo'llaniladigan gelmintlar va dori vositalarining immunodepressiv ta'siri bilan bog'liq. Bakteriya tashuvchanlik boshlanishida gepato-biliar sistemadagi yallig'lanish o'choqlari muhim rolni o'ynaydi, tif-paratif gruppasiga kiradigan mikroblar uzoq vaqt hujayra ichida parazitlik qilib yurishi uchun qulay sharoit topadi.

Aniqlangan tashuvchilarga nisbatan chora-tadbirlar, asosan, ularni aholining ayrim guruhlariga sog'lig'iga tahdid solishi mumkin bo'lgan obyektlarda ishlashga qo'ymaslik, yashash joyida sanitariya-ma'rifiy va boshqa profilaktika ishlarini olib borishdan iborat.

Tashuvchilar shartli ravishda quyidagi toifalarga bo'linadi:

1. *O'tkir tashuvchilar*. Bularga kasallikdan keyin 3 oygacha bakteriya ajratuvchi shaxslar kiradi. Kasallikdan tuzalganlarning 20% va undan ortig'ida o'tkir tashuvchilik kuzatiladi.

2. *Surunkali bakteriya tashuvchilar*. Kasallikni boshdan kechirgandan keyin 3 oydan ko'proq vaqt o'tgach va ko'pincha umrining oxirigacha bakteriyalarni ajratib turadigan shaxslar. Ular kasallikdan tuzalganlarning kamida 3-5% ni tashkil qiladi. "B" paratifda bakteriya tashuvchanlik qorin tifi ga nisbatan ko'proq shakllanadi. Qorin tifi yoki paratif qo'zg'atuvchisining o't suyuqligidan yoki hech bo'lmaganda bir marta ajralib chiqishi kasallikni inkor etuvchi shaxsni surunkali tashuvchilar toifasiga kiritish uchun mutlaq asos bo'lib xizmat qiladi.

3. *O'tkinchi bakteriya tashuvchilar*. Tashuvchanlikning bunday shakli qorin tifi va (yoki) paratif bakteriyalari infeksiyaga moyil bo'lmagan odamning ichagiga tushganda (o'tkazilgan kasallik, emlashlar va boshqalar natijasida) yoki zararlovchi doza kam bo'lganda paydo bo'lishi mumkin. Bunda mikroblar qonga va ichki a'zolarga o'tmaydi va kasallikning ichak belgilari bo'lmaganda bir necha kun davomida ichakdan ajralib chiqadi. Odatda, tranzistorli tashuvchilarda qo'zg'atuvchini bir marta ajratib olishga muvaffaq bo'linadi. O't yoki siydikda bakteriyalarning mavjudligi tashuvchanlikning tranzitor xususiyatini istisno qiladi.

Surunkali tashuvchilardan farqli o'laroq, tranzitor tashuvchilarning epidemiologik roli katta emas.

Surunkali tashuvchanlik xususiyatini aniqlash va uni tranzitor tashuvchanlikdan farqlash, odatda, faqat kasalxona sharoitida amalga oshirilishi mumkin.

Oziq-ovqat va ularga tenglashtirilgan korxonalarga ishga kirayotgan shaxslar orasida bakteriya tashuvchilarni aniqlash Respublika Sog'liqni saqlash vazirligining amaldagi me'yoriy hujjati asosida amalga oshiriladi.

Bemorlarni chiqarish. Rekonvalessentlarni statsionardan chiqarish to'liq klinik sog'ayishdan so'ng amalga oshiriladi: antibiotiklar olganlar statsionardan normal haroratning kamida 21 kunida chiqariladi (ularda kechroq retsidiv bo'lishi mumkin),

antibiotiklar olmagan shaxslar esa normal harorat o'rnatilgandan keyin kamida 14 kundan keyin chiqarilishi mumkin.

Mahalliy poliklinikaga va SEOvaJSX, kasallik tarixidan kasalxonadan chiqishdan oldin o'tkazilgan bakteriologik tekshiruv natijalari bilan batafsil ko'chirma yuboriladi.

Nazorat-chiqarish tekshiruvida bemorda qorin tifi yoki paratif qo'zg'atuvchilarining aniqlanishi kasalxonadan chiqarishga qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi.

Tif-paratif kasalliklari bo'yicha nosog'lom mikrouchastkalarda sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil etish va o'tkazish.

Nosog'lom, tif-paratif kasalliklari bo'yicha mikrouchastkalarni uch guruhga bo'lish mumkin:

1. Qorin tifi bilan kasallanish bo'yicha nosog'lom mikrouchastkalar; agar uchastkada, bo'limda, ko'chada 3-5 yil davomida har yili qorin tifi bilan kasallangan bemor ro'yxatga olinsa yoki qorin tifining surunkali tashuvchilari mavjud bo'lsa.

2. Paratif bilan kasallanish bo'yicha nosog'lom mikrouchastkalar, agar uchastkada, bo'limda, ko'chada 3-5 yil davomida har yili faqat paratif bilan kasallanganlar ro'yxatga olinsa yoki paratifning surunkali tashuvchilari mavjud bo'lsa.

3. Qorin tifi va paratiflar bilan kasallanish bo'yicha nosog'lom mikrouchastkalar, agar uchastkada, bo'limda, ko'chada 3-5 yil davomida har yili qorin tifi va paratiflar bilan kasallangan bemorlar ro'yxatga olinsa yoki tif-paratiflarning surunkali tashuvchilari mavjud bo'lsa.

Mikrouchastkadan tashqarida kasallangan bemorlar epidemiologik vaziyatni baholashda hisobga olinmasligi kerak.

Qorin tifi va paratiflarning mahalliy o'choqlari paydo bo'lgan hollarda, sanitariya-gigiyena ko'rsatkichlari qoniqarli bo'lsa, zararli deb hisoblanmaydi.

Noqulay mikrouchastkalarda ich terlama bilan kasallanishni kamaytirish yoki tugatishga qaratilgan tadbirlar potensial epidemiologik xavflilik darajasini yoki boshqa hududni hisobga olgan holda tabaqalashtirilgan holda o'tkaziladi.

Agar qorin tifi va paratiflar bilan kasallanish bo'yicha uchastka yaxshi bo'lmasa, u holda qorin tifining spetsifik profilaktikasi masalalari qorin tifi bilan kasallanish darajasiga qarab hal qilinadi. Agar o'choq faqat A yoki B paratifga nisbatan noxush bo'lsa, qorin tifiga qarshi faqat rejali kontingent emlanadi, spetsifik profilaktika esa epidemik ko'rsatmalar bo'yicha polivalent salmonellyoz fagi bilan o'tkaziladi.

Har bir mikrouchastka uchun profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarning aniq rejasi ishlab chiqiladi.

Har bir mikrouchastka uchun tuziladigan sog'lomlashtirish rejasi butun tadbirlar kompleksini, ayniqsa aholi yashaydigan joylarni sanitariya-kommunal jihatdan obodonlashtirishga qaratilgan tadbirlarni aks ettirishi kerak.

Reja hududiy oilaviy poliklinika yoki QVP mudiri, ya'ni xizmat ko'rsatish hududi nosog'lom deb topilgan tibbiyot xodimi tomonidan SEOvaJSX xodimi bilan birgalikda tuziladi.

Rejada u yoki bu tadbirni bajarish uchun mas'ul shaxslar aniq ko'rsatiladi (suv havzalari qirg'oqlari bo'ylab hojatxonalarni buzish, uyma-uy aylanib chiqish, vodoprovod yoki artezian qudug'i qurish, suv keltirish va h.k.).

Tuzilgan reja hokimlikda tasdiqlanadi, shundan so'ng barcha ijrochilarga yetkaziladi.

Kasallanish bo'yicha noqulay bo'lgan har bir uchastkaga sanitariya pasporti tuzilishi kerak, unda uchastkaning nomi, ushbu hududda yashovchi aholi soni, shu jumladan 0 oydan 6 oygacha, 6 oydan 3 yoshgacha, 3-6 yoshgacha, 7-14 yoshgacha bo'lgan bolalar, 15 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan kattalar, shu jumladan 55 yoshdan oshgan ayollar va 60 yoshdan oshgan erkaklar, suv ta'minoti va sanitariya-kommunal farovonlik holati ko'rsatiladi.

Mikrouchastkaning kartogrammasi tuziladi, unda asosiy suv magistrallari, o'tgan yillardagi tif va paratif o'choqlari, dispanser hisobida turuvchi surunkali tif va paratif tashuvchilarning yashash joyi, epidemik ahamiyatga ega bo'lgan obyektlar (maktablar, bolalar maktabgacha tarbiya muassasalari, kafelar va h.k.)

Mikrouchastkalarda o'tkaziladigan sanitariya-sog'lomlashtirish tadbirlari SEOvaJSXning doimiy nazoratida bo'lishi kerak. Rejaning bajarilishi, tadbirlarni

o'tkazishdagi mavjud kamchiliklar rejalashtirilgan tadbirlarni bajarish bo'yicha choralar ko'rish uchun bir yilda kamida bir marta **FVQ** majlislarida ko'rib chiqilishi kerak.

Nosog'lom mikrouchastkalarini hisobdan chiqarish oxirgi bemor ro'yxatdan o'tkazilgandan so'ng kamida 2 yil o'tgach, **SEOvaJSXB** viloyat vakili ishtirokida komissiya tartibida amalga oshiriladi.

Qorin tifi va paratiflar o'choqlarini tekshirish bosqichlari va metodikasi.

Qorin tifi va paratif o'choqlarini tekshirishning asosiy bosqichlari quyidagilardir:

- chaqnash mavjudligini aniqlash;
- chaqnashni tavsiflovchi ma'lumotlarni to'plash;
- epidemik jarayonning namoyon bo'lishini baholash;
- gipotezalarni ishlab chiqish (portlashni keltirib chiqargan sabablar);
- sanitariya-gigiyena, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil etish;
- chaqnash haqida xabar tayyorlash.

O'tkir chaqnashlar uchun quyidagilar xos:

- suv manbasidan foydalanish hududida bir vaqtning o'zida bitta va ko'plab o'choqlarning paydo bo'lishi;
 - kasallanishning yuqori darajasi kuzatiladi;
 - qorin tifi va paratiflar bilan kasallanishning ko'tarilishiga o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanishning ko'tarilishi sabab bo'ladi;
 - kasalliklar asosan yengil va o'rtacha og'irlikda kechadi;
 - kasallanganlar orasida kattalar va kattalarning bolalari ustunlik qiladi.
- yosh guruhlar. 2 yoshgacha bo'lgan bolalar, odatda, epidemik jarayonga jalb qilinmaydi;
- bemorlardan bakteriyalarning turli fagotiplari (antibiotikotiplari) ajratiladi (bitta fagotip (antibiotikotip) ham bo'lishi mumkin);
 - keyingi "epidemik dum"ning mavjudligi.

Surunkali suv epidemiyalari (boshqa hududlarga nisbatan) ko'proq kasallanish fonida vaqti-vaqti bilan takrorlanadigan o'tkir suv epidemiyalari ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Suvdan foydalanishning har bir turi uchun tegishli hujjatlar bilan tartibga solinadigan yo'l qo'yiladigan me'yorlardan (markazlashtirilgan suv ta'minotining ichimlik suvi - 3 tadan ko'p emas, markazlashtirilmagan suv - 10 tadan ko'p emas) ortiqcha suvning koli-indeksi bo'yicha bakterial ifloslanishini belgilashni ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilarining suv yo'li bilan tarqalishining potensial imkoniyati ko'rsatkichi sifatida ko'rib chiqish lozim.

Ichimlik suvini qayta tekshirishda yo'l qo'yiladigan me'yorlardan yuqori bakterial ifloslanishni aniqlash, ichimlik suvida 20 dan yuqori koli-indeksni aniqlash epidemiologik jihatdan xavfli deb hisoblanishi kerak va bakterial ifloslanish manbasini aniqlash va uni bartaraf etish bo'yicha shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi.

Qorin tifi va paratiflarning suv yo'li orqali yuqishiga shubha tug'ilganda, suvning ifloslanish manbaini aniqlash maqsadida xo'jalik-ichimlik va rekreatsion suvdan foydalanishning sanitariya-gigiyena sharoitlari batafsil tahlil qilinadi.

Hududiy SEOvaJSXarda suv ta'minoti, rekreatsion suvdan foydalanish va aholi punktlarini kommunal obodonlashtirish tizimini tavsiflovchi materiallar tizimlashtirilishi kerak. Bu tahlil aholi punktida potensial epidemik xavflilik darajasini baholash, baholanayotgan har bir gigiyenik omilning epidemik jarayondagi salmog'ini aniqlash va shu orqali nazoratni tashkil etishni yaxshilash va profilaktik chora-tadbirlarni asoslash imkonini beradi.

Qorin tifi kasalligida infeksiya suv yo'li orqali o'tishining faol ta'sirini hisobga olib, suv sifatini nazorat qilish xavflilik darajasi yuqori bo'lgan obyektlar bo'yicha tezlashtiriladi.

Qorin tifi bilan kasallanishning ko'payishida suvni tekshirish nafaqat koli-indeks va mikroorganizmlarning umumiy soniga (bundan keyin UMS), balki qorin tifi qo'zg'atuvchilari mavjudligiga ham o'tkaziladi.

Aholi tomonidan turli ehtiyojlar uchun foydalaniladigan suvning sifatini laboratoriya nazoratidan o'tkazish va profilaktika tadbirlarini tashkil etish O'zbekiston

Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan normativ hujjatlar, qonun hujjatlariga muvofiq amalga oshiriladi.

Oziq-ovqat o'choqlarida ko'pincha bir vaqtning o'zida bir nechta o'choqlarning paydo bo'lishi bilan kasallanishning yuqori darajasi kuzatiladi. Kasallanganlarning aksariyatida kasallikning og'ir kechishi kuzatilmoqda. Odatda, bemorlardan qo'zg'atuvchining bitta fagotipi yoki antibiotikotipi ajratib olinadi. Kasallanganlarning yoshi va kasbiy tarkibi infeksiya yuqqan joyga (maktab, MTM, oshxona va boshqalar) bog'liq.

Kontakt-maishiy avj olishlar kasallanishning past darajasi, ikkilamchi kasalliklar o'choqlarining mavjudligi, kasalliklarning sanitariya-kommunal obodonlashtirish darajasi past bo'lgan uy-joylarga to'g'ri kelishi va aholining sanitariya madaniyati pastligi bilan tavsiflanadi.

1-bosqich. Chaqnash mavjudligini aniqlash

Ko'tarilish deb, ma'lum bir aholi guruhida (jamoat, aholi punktida) kasalliklarning qo'zg'atuvchining umumiy manbai yoki infeksiyaning umumiy yuqish yo'li (omili) bilan bog'liq bo'lgan qisqa muddatli ko'tarilishiga aytiladi.

Epidemiya - bu butun bir mintaqat aholisini qamrab olgan yuqumli kasallikning yanada intensiv va keng tarqalishi.

Kasallikni operativ kuzatish jarayonida qorin tifining avj olishi aniqlanadi. Epidemiologik vaziyatni tezkor baholash uchun asos bo'ladigan ma'lumotlarning asosini qayd etilgan kasallanish to'g'risidagi ma'lumotlar tashkil etadi. Bemorlar to'g'risida sutkata davomida kelib tushgan ma'lumotlar dastlabki tashxislar (O'RVI, salmonellyoz, noaniq etiologiyali ichak infeksiyasi va h.k.) bo'yicha alohida hududlar va ijtimoiy-yosh guruhlari bo'yicha differentsiatsiya qilingan holda sutkalik byulletenga kiritilishi kerak. Kundalik ma'lumotlar to'planishiga qarab haftalik, so'ngra oylik byulletenlar tuziladi.

Birlamchi ro'yxatga olish bo'yicha joriy kuzatuv jarayonida olinadigan ko'rsatkichlarga obyektiv baho faqat ularni kasallikning odatdagi darajasi etalonlari bo'lib xizmat qiladigan nazorat (me'yoriy) ko'rsatkichlari bilan taqqoslagandan keyingina berilishi mumkin. Nazorat darajasi deganda har bir vaqt oralig'i va ma'lum

bir hudud uchun xos bo'lgan kasallanish ko'rsatkichlarini tushunish kerak. Nazorat - har bir kun (hafta, oy) uchun odatiy kasallanish darajasi - ma'lum bir hududda birlamchi qayd etilgan tashxislar to'g'risidagi ko'p yillik ma'lumotlarni qayta ishlash asosida olinishi mumkin.

1-3 kun ichida kasallanishning tez ko'tarilishi (me'yoriy daraja chegarasidan yuqori) ko'pincha aholining ma'lum bir guruhi orasida, odatda, cheklangan hududda yoki alohida obyektida o'tkir mahalliy avj olishning rivojlanishi bilan bog'liq. Agar kasallanish nazorat darajasining yuqori chegarasidan bir haftadan ortiq yoki bir necha hafta davomida bir necha marta oshib ketsa, unda tarqalgan epidemiya surunkali ekanligini taxmin qilish mumkin.

2-bosqich. Chaqnashni tavsiflovchi ma'lumotlarni to'plash

Portlashni tavsiflovchi ma'lumotlarni to'plash quyidagilarni o'z ichiga oladi: obyekt yoki hududning sanitariya-gigiyena holati to'g'risidagi ma'lumotlar, tashqi muhit namunalarining laboratoriya nazorati natijalari, bemorlardan va atrof-muhitdan ajratib olingan qo'zg'atuvchilarning biologik xususiyatlari to'g'risidagi ma'lumotlar. Qon zardobida spetsifik antitanachalar mavjudligi bo'yicha populyatsion serologik tadqiqotlar natijalari baholanmoqda. Biroq, asosiy ma'lumotlar bemorlarni so'rab-surishtirishda olinishi mumkin. Har bir bemor to'g'risida identifikatsiyalovchi (famiyasi, ismi, otasining ismi, manzili), demografik (yoshi, jinsi, kasbi), klinik (kasallik sanasi, asosiy klinik belgilari, kasallik kechishining og'irligi) ma'lumotlar, shuningdek ovqatlanish, suvdan foydalanish, maishiy turmush, mehnat va dam olish xarakteri to'g'risidagi axborotlar to'planishi kerak.

Bemorlarga, shu jumladan ushbu tashxis tasdiqlangan bemorlarga TPZga gumon qilingan ro'yxat tuziladi. Ushbu ro'yxat har kuni to'ldirib boriladi (yangi bemorlar va tasdiqlangan tashxisli bemorlar kasalxonaga yotqizilganda).

Yangi holatlar aniqlanishiga qarab qator ro'yxatiga qo'shiladi.

3-bosqich. Epidemik jarayonning namoyon bo'lishini baholash

Kasallanganlar ro'yxati tuzilgandan so'ng, kasallikning tarqalish vaqti, joyi va aholi guruhlari bo'yicha tavsiflashga kirishish kerak.

Kasallanish tendensiyasi, geografik tarqalishi va kasallanganlar guruhlarini aks ettirgan holda, epidemiya rivojlanishining sabablari to'g'risida ishchi farazlar bildiriladi.

A) Chaqnashning vaqt bo'yicha tavsifi

B) Portlashning joy bo'yicha tavsifi

Kasallanishning hududiy tarqalishini tasvirlashning eng ko'rgazmali usuli nuqtali xarita bo'lib, unda kasallik holatlari alohida nuqtalar ko'rinishida kasallik holatlari qayd etilgan tuman yoki hudud xartasiga tushiriladi.

Xaritaga suv ta'minoti sxemasi, umumiy ovqatlanish va savdo korxonalari tarmog'i, ochiq suv havzalari va boshqalarni tushirish kerak. Ushbu hududda yashovchi surunkali tashuvchilarning ma'lumotlari albatta kartaga kiritiladi. Nuqtali karta yordamida maktabning sinflari, bolalar muassasasining gruppalari, sanoat korxonasining sexlari, davolash statsionarining bo'limlari va hokazolar bo'yicha kasallanish hollarini ham tasvirlash mumkin. Nuqtali xarita faqat bemorlarning mutlaq sonini ko'rsatadi. Bunga qo'shimcha ravishda, alohida mikrorayonlar yoki alohida jamoalar aholisining zararlanishini intensiv ko'rsatkichlarda aks ettirish maqsadga muvofiqdir. Joy bo'yicha epidemiyani baholash nafaqat muammoning geografik tarqalishi haqida ma'lumot beradi, balki kasalliklarning ma'lum bir suv ta'minoti tizimi, umumiy ovqatlanish obyekti, oziq-ovqat do'koni va boshqalar bilan bog'liqligini ham aniqlashi mumkin.

4-bosqich. Sanitariya-gigiyena, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil etish.

Qorin tifi va paratiflar tarqalishini tekshirishdan asosiy maqsad ularga qarshi samarali kurash va profilaktika chora-tadbirlarini ishlab chiqish va amalga oshirishdan iborat. Tadbirlarning asosiy tamoyili epidemik jarayonning uchala bo'g'iniga bir vaqtning o'zida ta'sir ko'rsatishdan iborat. Bunda asosiy e'tibor kasallik qo'zg'atuvchilarining yuqish mexanizmini uzishga qaratilgan sanitariya-gigiyena va veterinariya-sanitariya tadbirlarini tashkil etishga qaratilishi lozim.

5-bosqich. Chaqnash xabarini tayyorlash

Chaqnashni tekshirishning oxirgi bosqichi natijalar to'g'risida xabar berishdir. Dastlabki tergov ma'lumotlari mahalliy sog'liqni saqlash boshqarmasi va yuqori turuvchi davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markaziga og'zaki shaklda xabar qilinadi. Yakuniy ma'lumot yozma hisobot ko'rinishida rasmiylashtirilib, unda o'choqning xarakteri to'g'risida xulosa beriladi.

Sog'ayganlarni dispanserizatsiya qilish

Qorin tifi va paratiflar bilan og'rib o'tgan barcha bemorlar markaziy poliklinikaning yuqumli kasalliklar kabinetida dispanser hisobida turishlari shart, statsionardan chiqarilgan hujjatning kseronusxasi yashash joyidagi QVP, QPga beriladi.

1. Dekretlashtirilgan kasblar guruhiga mansub bo'lmagan shaxslar orasidan tuzalganlar.

Kasbidan qat'i nazar, tif-paratif kasalliklari bilan og'rib o'tgan barcha bemorlar kasalxonadan chiqqandan so'ng 3 oy davomida dispanser kuzatuvida bo'lishlari lozim. Dispanser kuzatuvining dastlabki 2 oyida har haftada, oxirgi oyda 2 haftada 1 marta haroratni o'lchash kerak. Qorin tifi yoki paratiflarning qaytalanishi aniqlansa, bemor darhol kasalxonaga yotqiziladi. Bundan tashqari, shifoxonadan chiqqandan so'ng 10 kundan kechiktirmay barcha rekonvalessentlarda najas va siydikni besh marta ekish, 1-2 kun oralig'ida PGAR o'tkazilishi kerak, oziq-ovqat va ularga tenglashtirilgan korxonalar xodimlari esa faqat tekshiruv tugagandan so'ng ishga qo'yiladi. Bakteriya tashuvchanlik xususiyati to'g'risidagi masala statsionarda komissiya tartibida hal etiladi.

Keyinchalik 3 oy davomida har oyda bir marta najas va siydik ekiladi, poliklinikada dispanser kuzatuidan chiqarilishidan oldin esa bir marta safro ekiladi.

Kasallikdan tuzalgan barcha bemorlar SEOvaJSX kartotekasiga kiritiladi.

2. Dekretlangan kontingentdan tuzalganlar (oziq-ovqat korxonalari va ularga tenglashtirilgan korxonalar xodimlari) Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markazlarida doimiy hisobga olinadi va yuqumli kasalliklar shifoxonasidan

(bo‘limidan) chiqqandan so‘ng 1 oy davomida asosiy ishga qo‘yilmaydi, ular epidemik xavf tug‘dirmaydigan ishlarga ishga joylashtiriladi.

Yuqumli kasalliklar shifoxonasidan (bo‘limidan) chiqarilgandan so‘ng 1 va 2 oy oxirida rekonvalessentlarda najas va siydik bir marta ekiladi, 3 oy oxirida najas va siydik 1-2 kun oralig‘ida 5 marta tekshiriladi, shuningdek, sistein (unitiol) bilan PGAR reaksiyasi qo‘yiladi.

Sog‘aygandan so‘ng 1 oy o‘tgach, tif yoki paratif bakteriyalarini ajratishda davom etsa, ular oziq-ovqat, ichimlik suvi va bevosita odamlarga xizmat ko‘rsatish bilan bog‘liq bo‘lmagan ishlarga o‘tkaziladi. Tekshirish natijasi manfiy bo‘lganda bu shaxslar ishga qo‘yiladi, lekin 2-yil davomida ular har kvartalda bir marta bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi (najas va siydik bir marta). Kasallikdan keyingi 2-yilning oxiriga kelib, bunday odamlarda sistein bilan passiv gemagglyutinatsiyaning serologik reaksiyasi qo‘yiladi, shuningdek, safro tekshiruvi o‘tkaziladi. Natija salbiy bo‘lsa, ular hisobdan chiqariladi.

Tif-paratif kasalliklarida profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar

Qorin tifi va paratiflar bilan kasallanishni kamaytirishga qaratilgan tadbirlarni rejalashtirish va o‘tkazish, eng avvalo, muayyan hudud va alohida ahamiyatga ega obyektlarning sanitariya-gigiyena tavsifi to‘g‘risidagi ma’lumotlarni hisobga olgan holda ushbu infeksiyalar bilan kasallanishni sinchkovlik bilan epidemiologik tahlil qilish ma’lumotlariga asoslanishi kerak.

Kompleks tadbirlarni rejalashtirishda kasallanish bo‘yicha o‘ta noqulay hududlarga e’tibor qaratish lozim.

Tifoparatifoz infeksiyalarga qarshi kurashda infeksiya manbalari bemorlar va bakteriya tashuvchilarga nisbatan o‘tkaziladigan tadbirlar ma’lum rolni o‘ynaydi.

Qorin tifi, paratif bilan og‘rigan bemorlarning hammasi albatta kasalxonaga yotqizilishi kerak. Bemorlarni kasalxonaga yotqizish dastlabki uch soat ichida shaharda va olti soat ichida qishloq joylarda (shoshilinch xabar olingandan so‘ng) amalga oshiriladi. Bemorni yuqumli kasalliklar shifoxonasiga (bo‘limiga) yetkazish

maxsus transportda amalga oshiriladi. Transport vositalarini dezinfeksiya qilish majburiydir.

Bemorlarni qabul qilish, ularga sanitariya ishlovi berish, ularni bo‘limlarga taqsimlash tartibi, bemorlarning shaxsiy gigiyenasi, ularga qarash tadbirlari, shuningdek yuqumli kasalliklar shifoxonalari (bo‘limlari) da ovqat tayyorlash va ovqatlanish, dezinfeksiya va sterilizatsiya qilishni tashkil etish hamda o‘tkazish, qarindoshlari bilan joylashish va ularni yuqumli kasalliklar shifoxonasidan chiqarish talabi yuqumli kasalliklar shifoxonalari (bo‘limlari) ning sanitariya-gigiyena rejimiga muvofiq amalga oshiriladi.

Ushbu kasalliklarga klinik tashxis qo‘yishning qiyinligini, shuningdek, kasalliklarning ko‘pincha yengil, atipik kechishini hisobga olgan holda, uch kundan ortiq davom etadigan noaniq etiologiyali isitma holati bo‘lgan barcha bemorlar ham ambulatoriya, ham statsionar sharoitda gemokultura usuli (qonni bakteriologik tekshirish) bilan tekshirilishi kerak. Kelib chiqishi aniqlanmagan isitma holatidagi bemorlar vaqtinchalik kasalxonaga yotqizilishi kerak. Xuddi shu maqsadda yashash joyidagi o‘choqda bemor bilan muloqotda bo‘lgan barcha shaxslar bakteriologik (retrospektiv tashxis qo‘yish yoki tashuvchilarni aniqlash maqsadida) tekshiruvdan o‘tkaziladi, zarurat tug‘ilganda tekshiruvdan o‘tgan shaxslar kontingenti kengaytirilishi mumkin.

Kasallikka shubha qilingan shaxslarni erta aniqlash uchun nafaqat kasallik avj olgan davrda, balki kasallikning mavsumiy ko‘tarilishi davrida, ya’ni apreldan oktyabrgacha uyma-uy yurish o‘tkaziladi.

O‘choqni epidemiologik tekshirish shifokor-epidemiolog tomonidan, istisno hollarda epidemiolog yordamchisi tomonidan amalga oshiriladi.

Bemor bilan muloqotda bo‘lgan shaxslarda qaytalanadigan kasalliklarni erta aniqlash va axlat (siydik) ni bakteriologik tekshirish maqsadida qorin tifi kasalligida 21 kun, paratif kasalligida 14 kun davomida tibbiy kuzatuv o‘rnatiladi. O‘choqda fagoprofilaktika o‘tkaziladi. Kasallikning kelib chiqish sabablarini tekshirish laboratoriya usullari yordamida amalga oshiriladi.

Guruhli kasalliklar va epidemik vaziyatlarda bakteriya tashuvchilikka ommaviy zararlanish manbai sifatida gumon qilingan shaxslar - suv inshootlari, umumiy ovqatlanish, savdo va aholiga xizmat ko'rsatishning har xil turlari bilan shug'ullanuvchi boshqa xodimlar tekshiriladi.

Epidemiologik tahlilni o'tkazish uchun SEOvaJSX da mavjud bo'lgan barcha qorin tifi va paratiflar bilan kasallanganlar to'g'risidagi ma'lumotlardan foydalanish zarur.

Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va sog'liqni saqlash bo'limlarining vrach-epidemiologlari har oyda 60/u-shakl bo'yicha yuqumli kasalliklar hisobini bemorlarni yuqumli kasalliklar shifoxonalariga (bo'limlariga) yotqizish jurnali bilan, yotqizilgan bemorlarda yakuniy tashxislarni aniqlashtirish va yuqumli kasalliklar, ayniqsa tasdiqlangan tashxislar bo'yicha shoshilinch xabarlarni to'liq taqdim etish maqsadida solishtirishlari kerak.

Yuqumli patologiyali bemorlarning bir qismi, shu jumladan tif-paratif infeksiyalari va salmonellyozlar shahar va tumanlardan viloyat yoki boshqa yuqumli kasalliklar shifoxonalariga yotqizilganligi sababli, birlamchi aniqlangan bemorlar va tasdiqlangan holatlar to'g'risidagi shoshilinch xabarlar keyinchalik ushbu ma'lumotlarni bemorning yashash joyiga yetkazish uchun Sog'liqni saqlash tizimining Viloyat markazlariga yuborilishi kerak.

Viloyat SEOvaJSX da yuqumli kasalliklarni hisobga olish jurnallari f.60/u yuritilishi kerak, ularda boshqa shaharlik bemorlar, shuningdek, O'zbekistonning boshqa ma'muriy hududlaridan kelgan bemorlarning kasalxonaga yotqizilishining barcha holatlari qayd etiladi.

Birlamchi yoki tasdiqlangan tashxislar bo'yicha yuqumli kasalliklar shifoxonalar (bo'limlari) dan shoshilinch xabarlarni olgandan so'ng 12 soat ichida Viloyat SEOvaJSXB mutaxassislari profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tashkil etish uchun O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi portali orqali yoki telefon orqali bemorning yashash joyidagi davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati hududiy organlariga shoshilinch xabarlarni yuborishlari shart.

Favqulodda xabarlarni qabul qilish va jo‘natish uchun viloyat SEOvaJSXBda mas’ul shaxsni ajratish zarur.

Har yili yanvar-fevral oylarida hududiy SEOvaJSX epidemiolog shifokorlari ko‘p tarmoqli markaziy poliklinikalarning yuqumli kasalliklar xonalarining TPK rekonvalessentlarini duodenal zondlashni o‘tkazishga tayyorligini, ularni o‘tkazish uchun zondlar mavjudligini, shuningdek, tayyorlangan tibbiyot xodimlarini tekshirishlari kerak. Shuningdek, tuzalgan va rekonvalessentlarni duodenal zondlash yuqumli kasalliklar shifoxonalarida o‘tkazilishi mumkin.

Hududiy SEOvaJSX epidemiologlari har chorakda tif-paratif infeksiyalari rekonvalessentlarining dispanserizatsiya holatini (agar ular mavjud bo‘lsa), ularning klinik-laborator tekshiruvining to‘liqligini, duodenal zondlash sifatini tekshirishlari zarur.

Tashkil etilgan jamoalarda, ayniqsa maktab, bolalar maktabgacha ta’lim muassasasi va boshqalarda tif-paratif infeksiyalariga shubha qilingan kasalliklar ro‘yxatga olinganda, uyushgan jamoani epidemiologik tekshirish sanitariya-epidemiologiya xizmati sanitariya bo‘linmalari shifokorlarining majburiy ishtiroki va dalolatnomani rasmiylashtirish bilan kompleks tekshiruvdan o‘tkazilishi kerak.

Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markazlari mutaxassislari tomonidan dekretlangan kontingentni to‘liq va o‘z vaqtida klinik-laboratoriya tekshiruvdan o‘tkazishga alohida e’tibor qaratilishi lozim.

Kasallikning har bir tasdiqlangan holati to‘g‘risidagi ma’lumotni yuqumli kasalliklarni ro‘yxatga olish jurnali ma’lumotlariga ko‘ra O‘zR SSV SEOvaJSXBga elektron pochta orqali yuborish zarur. No 60/u.

Qorin tifining spetsifik profilaktikasi, vaksinoprofilaktikasi.

Qorin tifiga qarshi immunizatsiya o‘tkaziladigan profilaktik tadbirlarning butun kompleksida qo‘shimcha vosita sifatida baholanishi kerak. Qorin tifi bilan kasallanish darajasi past bo‘lgan hududlarda emlash shaxsiy himoya vositasi sifatida epidemik jarayonning borishiga sezilarli ta’sir ko‘rsata olmaydi.

Emlashlar epidemik ko'rsatmalar bo'yicha amalga oshiriladi. Profilaktik emlashlar faqat kasallanish uzoq vaqt davomida yuqori darajada saqlanadigan, aniqlanmagan surunkali bakteriya tashuvchilar ko'p bo'lgan va infeksiyaning asosiy yuqish yo'li suv bo'lgan aholi punktlarida o'tkaziladi.

Shoshilinch ko'rsatmalar bo'yicha epidemiya yoki epidemiya xavfi tug'ilganda qorin tifi qarshi emlash o'tkaziladi. Qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lgan shaxslarni aniqlash uchun har bir emlanuvchi bevosita emlashdan oldin shifokor ko'rigidan o'tishi kerak.

Qorin tifi va paratiflarning o'ziga xos profilaktikasi maqsadida quyidagi davolash-tashxislash preparatlari qo'llaniladi:

Qorin tifi qarshi kimyoviy sorbsiyalangan suyuq vaksina teri ostiga yuborish uchun. Salmonella typhi kulturasidan ajratib olingan kapsula polisaxaridi eritmasidan iborat. Bir dozada (0,5 ml) 25 mkg Vi-antigen bo'ladi. Preparat yuborilganidan keyin 1-2 hafta o'tgach, antitelolar hosil bo'ladi va 2-yilgacha saqlanib turadigan sezilarli immun javob rivojlanadi. 3 yildan keyin 0,5 ml dozada revaksinatsiya qilinadi

Qorin tifi qarshi suyuq Vi-polisaxaridli vaksina (Vianvak) teri ostiga yuborish uchun. Salmonella typhi kulturasidan ajratib olingan kapsula polisaxaridi eritmasidan iborat. Bir dozada (0,5 ml) 25 mkg Vi-antigen bo'ladi. Preparat yuborilganidan keyin 1-2 hafta o'tgach, antitelolar hosil bo'ladi va 2-yilgacha saqlanib turadigan sezilarli immun javob rivojlanadi. 3 yildan keyin 0,5 ml dozada revaksinatsiya qilinadi

Quruq qorin tifi qarshi spirtli vaksina (Tifivak) etil spirti bilan faolsizlantirilgan qorin tifi qo'zg'atuvchisining mikrob hujayralaridan iborat. 1 ampulada 5 mlrd. mikrob hujayrasi bor. Emlash 25-35 kun oralatib, ikki marta o'tkaziladi. Birinchi emlashda 0,5 ml, ikkinchisida 1,0 ml yuboriladi. Revaksinatsiya 2-yildan so'ng 1,0 ml dozada o'tkaziladi. Preparat kurak osti sohasiga teri ostiga yuboriladi.

Vi-antigen bilan boyitilgan qorin tifi qarshi spirtli vaksina quruq qorin tifi qarshi vaksina (etil spirti bilan faolsizlantirilgan qorin tifi bakteriyalarining mikrob hujayralari) va teri ostiga yuborish uchun Vi-antigen (Salmonella typhi kulturasidan ajratib olingan kapsula polisaxaridi) eritmasidan iborat. Quruq vaksinaning bitta ampulasida 2,5 mlrd. qorin tifi bakteriyalari bo'ladi. Vi-antigen eritmasi 400 mkg/ml konsentratsiyaga ega. Komplekt (1 ampula quruq vaksina va 1 ampula 5 ml Vi-antigen

bilan) 10 ta emlash dozasini o'z ichiga oladi. Vaksina 2 yil davomida kasallikdan himoyani ta'minlaydi.

Qorin tifiq qarshi polisaxaridli vaksina (TIFIM Vi) qorin tifi qo'zg'atuvchisining tozalangan Vi-antigeni, fenol konservanti, izotonik bufer eritmasidan iborat. 0,5 ml vaksinani teri ostiga yoki mushak orasiga bir marta yuborish 3 yil davomida immunitet hosil bo'lishini ta'minlaydi. 1 doza vaksina solingan shprislarda yoki 20 doza vaksina solingan flakonlarda chiqariladi.

Kislotaga chidamli qoplamali polivalent qorin tifi quruq bakteriofagi. Qorin tifi salmonellalari fagolizati filtratidir. 50-100 tabletkadan iborat flakonlarda chiqariladi. Bir tabletkada 29 ml suyuq bakteriofagga to'g'ri keladi. Ichishga buyuriladi. Profilaktika maqsadida tif bakteriofagi 5-7 kunda 1 marta, tif o'choqlarida 3 haftada 1 marta ishlatiladi. Ommaviy profilaktikada qorin tifi bakteriofagi kattalarga va 3 yoshdan katta bolalarga 2 tabletkadan 5-7 kunda bir marta, qorin tifi o'choqlarida 3 kunda bir marta beriladi. 6 oylikdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarga 1 tabletkadan beriladi. Qorin tifi bilan og'rgan barcha rekonvalessentlar so'nggi 3 kun ichida kasalxonadan chiqishdan oldin 2 tabletkadan bakteriofag olishadi.

Qorin tifining oldini olish bo'yicha sanitariya-gigiyena tadbirlari

O'choqlarda infeksiya qo'zg'atuvchilarining manbai, omillari va yuqish yo'llarini aniqlash maqsadida quyidagilar laboratoriya tekshiruvidan o'tkaziladi:

- ichimlik suvi;
- mavjud shubhali oziq-ovqat mahsulotlari yoki ularning qoldiqlari;
- taomlar (kunlik namunalar);
- atrof-muhit obyektlaridan (inventar, uskunalar, xodimlarning qo'llari va boshqa obyektlardan) yuvilgan suvlar.

Atrof-muhit obyektlarining laboratoriya tadqiqotlari hajmi va karraligi omilli tahlil natijalari asosida aniqlanadi.

Xo‘jalik-ichimlik suvi ta’minoti, shuningdek, ichimlik va rekreatsion suvdan foydalanish manbalari holatini sanitariya-gigiyena jihatidan baholash hamda suvni bakteriologik nazorat qilish.

Qorin tifi va paratiflarning suv yo‘li orqali tarqalishiga shubha tug‘ilganda, ichimlik suvining ifloslanish manbaini aniqlash maqsadida xo‘jalik-ichimlik va rekreatsion suvdan foydalanishning sanitariya-gigiyena sharoitlari batafsil tahlil qilinadi.

Sanitariya-epidemiologiya xizmatining hududiy organlarida suv ta’minoti, rekreatsion suvdan foydalanish va aholi punktlarini kommunal obodonlashtirish tizimini tavsiflovchi tizimlashtirilgan materiallar bo‘lishi kerak. Ushbu tahlil aholi punktida potensial epidemik xavf darajasini baholashga, epidemik jarayonda baholanayotgan har bir gigiyenik omilning solishtirma og‘irligini aniqlashga va shu bilan profilaktik chora-tadbirlarni asoslagan holda nazoratni tashkil etishni takomillashtirishga imkon beradi.

Qorin tifi kasalligida infeksiya suv yo‘li orqali o‘tishining faol ta’sirini hisobga olib, potensial xavflilik darajasi yuqori bo‘lgan obyektlar bo‘yicha suv sifatini nazorat qilish tezlashtiriladi. Shu bilan birga, sanitariya-bakteriologik ko‘rsatkichlarni aniqlash uchun namunalar olish karraligi oshiriladi.

Qorin tifi bilan kasallanish ko‘payganda suvni tekshirish nafaqat koli-indeks va mikroorganizmlarning umumiy soniga, balki tif-paratif infeksiyalari qo‘zg‘atuvchilari mavjudligiga ham o‘tkaziladi.

Aholi tomonidan turli ehtiyojlar uchun ishlatiladigan suvning sifatini laboratoriya nazorati va profilaktik tadbirlarni tashkil etish suv-sanitariya qonunchiligi hujjatlari va O‘zR Sog‘liqni saqlash vazirligining ko‘rsatmalariga muvofiq amalga oshiriladi.

"Taqsimlash tarmog‘iga kirishdan oldin koli-indeksi 3 dan yuqori bo‘lgan suv namunalari foizi" ko‘rsatkichi O‘z DST 950 "Ichimlik suvi" talablaridan kelib chiqqan holda suv inshootlaridan chiqishdagi suvning sifatini tavsiflaydi. "Taqsimlash tarmog‘ida koli-indeksi 3 dan yuqori bo‘lgan suv namunalarining foizi" suv ta’minoti

tarmog'ining sanitariya-texnik holati va foydalanish sifatini aks ettiradi. Birinchi va ikkinchi ko'rsatkichlarni taqqoslash aholi tomonidan ishlatilgan suv sifatining yomonlashuvi sababini aniqlashga imkon beradi: tozalash inshootlarining yetarli darajada samarali ishlamasligi yoki taqsimlash tarmog'idan foydalanish qoidalarining buzilishi tufayli.

Suvdan foydalanishning har bir turi uchun tegishli hujjatlar bilan tartibga solingan yo'l qo'yiladigan me'yorlardan (markazlashtirilgan suv ta'minotining ichimlik suvi - 3 tadan ko'p bo'lmagan, markazlashtirilmagan - 10 tadan ko'p bo'lmagan) yuqori koli-indeks bo'yicha suvning bakterial ifloslanishini aniqlash ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilarining suv yo'li orqali tarqalishining potentsial imkoniyati ko'rsatkichi sifatida qaralishi kerak.

Ichimlik suvini qayta tekshirishda yo'l qo'yiladigan me'yorlardan yuqori bakterial ifloslanishning aniqlanishi, ichimlik suvida koli-indeksning 20 dan yuqori bo'lishi iste'molchiga gigiyenik jihatdan xavfli suv yetkazib berish mumkinligini ko'rsatadi va uni epidemik jihatdan xavfli deb hisoblash kerak, bu esa bakterial ifloslanish manbasini aniqlash va uni bartaraf etish bo'yicha shoshilinch choralar ko'rishni talab qiladi.

Aholi punktida ikki yoki undan ortiq turdagi ichimlik suvi ta'minoti manbalari mavjud bo'lgan taqdirda har bir manba alohida baholanadi.

Suv havzalari suvining epidemik xavfliligini aniqlash suvning bakterial ifloslanish darajasini baholashga asoslangan. Bunda ichak infeksiyalari qo'zg'atuvchilarining mavjudligi/yo'qligi, termotolerant koliform bakteriyalar soni, umumiy koliform bakteriyalar aniqlanadi.

SALMONELLYOZLAR

Salmonellyozlar - bu zooantroponoz, polietilogik va keng tarqalgan bakterial infeksiya bo'lib, Salmonella mikroblarining ko'plab serotiplari tomonidan qo'zg'atiladi va asimptomatik tashuvchanlik va gastroenteritning yengil shakllaridan tortib, kasallikning og'ir tarqalgan shakllarigacha bo'lgan turli xil klinik ko'rinishlar bilan tavsiflanadi, og'ir intoksikatsiya va uzoq isitma bilan kechadi: tifga o'xshash va

septikopiyemik shakllar. Aksariyat hollarda kasallik asosan gastrointestinal shakllar: gastrit, gastroenterit, gastroenterokolit ko'rinishidagi oshqozon-ichak traktining shikastlanishi bilan kechadi. Kasallikning oshqozon-ichak shakllarining eng ko'p uchraydigan turi salmonellyoz gastroenteritdir - barcha holatlarning 85 foizi.

Tarix

Salmonellyoz etiologiyasini o'rganish Bollinger (1876y.) kuzatishlaridan boshlangan bo'lib, u uy hayvonlarining septikopiyemik kasalliklari va kasallangan hayvonlar go'shtini iste'mol qilgan odamlarda kasallikning paydo bo'lishi o'rtasidagi umumiy bog'liqlikka e'tibor qaratgan. 1885-yilda amerikalik veterinar shifokorlar Salmon va Smit o'lgan kasal cho'chqalarning organlaridan kasallik qo'zg'atuvchisini ajratib olganliklari haqida xabar berishdi, keyinchalik u *B.cholerae suis* deb nomlandi.

1888-yilda nemis olimi Gertner xuddi shunday mikrobnı sigir go'shti va bu go'shtni iste'mol qilib o'lgan odam talog'idan ajratib olgan. Ajratib olingan mikrobgı *B.enteritidis* deb nom berildi. 1890-yilda Leffler sichqonlarning ommaviy o'limiga sabab bo'lgan *B.typhimurium* ni ajratib oldi, keyinchalik u *B.typhimurium* ni o'tkir gastroenterit klinikasi bo'lgan bemorlardan ajratib oldi. 1898-yilda fransuz olimi Lıner kasallik qo'zg'atuvchılarning bu guruhini salmonellalar, ular keltirib chiqaradigan kasalliklarnı esa salmonellyozlar deb atashni taklif qildi.

Salmonellyoz qo'zg'atuvchılari hozirgi vaqtda Enterobacteriaceae oilasiga, Salmonella avlodiga birlashtirilgan bo'lib, uning 2500 dan ortiq serotiplari mavjud. Salmonella avlodi faqat bitta turnı o'z ichiga oladi. Bu turda 7 ta kenja tur mavjud bo'lib, ular biokimyoviy xususiyatlari bo'yicha loyqani DNK-gibridlash yo'li bilan farqlanadi. Har bir kenja tur shtammlarning O va N-antigen spetsifikligiga ko'ra serovarlarga bo'linadi. O-antigen somatik, termostabil bo'lib, mikrobgı hujayrasi tanasi bilan bog'langan. N-antigen termolabil, xivchinlar bilan bog'langan. Somatik O-antigenining umumiyligiga qarab salmonellalar 5 ta asosiy guruhga bo'linadi, bular lotin alifbosining bosh harflari bilan belgilanadi: A, B, C, D, E. Har bir guruh ichida salmonellalar N-antigenga qarab tafovut qilinadi. Bundan tashqari, salmonellalar yuzaki kapsula K-antigeniga ega. Salmonellalarning ba'zi serotiplarida boshqa antigenlar ham tasvirlangan: Vi-antigen (virulent) va M-antigen (shilimshiq).

Salmonella avlodiga mansub barcha bakteriyalar morfologik belgilari bo'yicha birbiridan farq qilmaydi. Ular uchlari yumaloqlangan, uzunligi 2-4 mkm, eni 0,5 mkm bo'lgan tayoqchalardan iborat. Harakatlanishi uchun xivchinlari bor. Grammanfiy, oddiy ozuqa muhitida 37⁰C haroratda, Ph 7,2-7,4 bo'lganda yaxshi o'sadi.

Salmonellalarga tashqi muhitda saqlanish va har xil noqulay omillar ta'siriga qarshi turish xususiyati xosdir.

Salmonellalar nafaqat tashqi muhitning alohida obyektlarida saqlanib qolish, balki ko'payish qobiliyatiga ega: suvda 5 oygacha, go'sht va kolbasa mahsulotlarida 2 oydan 4 oygacha, muzlatilgan go'shtda 6 oygacha, sutda 20 kungacha, sariyog'da 4 oygacha, pishloqlarda 1 yilgacha, tuxum kukunida 3 oydan 9 oygacha, hayvon ozuqalarida 10 oygacha, tuproqda 18 oygacha.

Yuqori haroratga ancha chidamli: 400g og'irlikdagi go'sht bo'lagida 2,5 soat qaynatilgandan keyingina nobud bo'ladi. Bulonda salmonellalar 60⁰C haroratda bir soatda, 70⁰C-20 daqiqada, 80⁰C-5 daqiqada nobud bo'ladi. Past haroratda yashovchanligini saqlab qoladi. Muzlatish mahsulotlarda salmonellalarning yashovchanlik muddatini uzaytiradi: 0⁰C-142 kun, -10⁰C-115 kun.

Sut va go'sht mahsulotlarida, turli krem va tortlarda, salatlarda salmonellalar mahsulotlarning organoleptik xususiyatlari va tashqi ko'rinishini o'zgartirmagan holda ko'payadi, buni ovqat toksikoinfeksiyalarini epidemiologik tekshirishda hisobga olish muhimdir.

Dezinfeksiyalovchi vositalardan tarkibida xlor bo'lgan eritmalar eng ko'p ta'sir ko'rsatadi: xloraminning 0,5% li eritmasi bir soat ichida, 3% li eritmasi 30 minutdan keyin salmonellalarni o'ldiradi.

Salmonellalar ancha yaqqol ifodalangan o'zgaruvchanlikka ega. Ular tashqi muhitning turli omillari ta'sirida biokimyoviy, serologik va virulentlik xususiyatlarini o'zgartirishi mumkin. Bu borada Salmonella typhimurium yetakchilik qilib, u shifoxona muhitiga "shifoxona shtammi" sifatida moslashib, ayniqsa bolalar va tug'ruqxonalarda shifoxona ichi kasalliklarini keltirib chiqaradi. Bu shtamm plazmid tabiatli ko'p dorilarga chidamli, tipik bakteriofaglariga sezgir emas, sichqonlar uchun virulentligi past, sichqonlar uchun yuqumliligi yuqori.

Salmonellyozlarning hammasi odam uchun ham, hayvonlar uchun ham potentsial patogen hisoblanadi, lekin bir xil darajada emas. Juda ko'p narsa zararlanish sharoitiga va makroorganizmning holatiga bog'liq. Biroq, odamlarda salmonellyoz qo'zg'atuvchisi sifatida S.enteritidis, S.typhimurium, S.panama, S.infantis, S.mission, S.newporf, S.derbi, S.london ahamiyatga ega. O'tgan asrning oxirida salmonellyoz qo'zg'atuvchisi sifatida S.typhimurium yetakchi o'rinni egallagan bo'lsa, hozirgi kunda S.enteritidis 76-78% bemorlarda salmonellyoz kasalligini keltirib chiqarmoqda.

Epidemiologiyasi.

Salmonellyoz dunyoning barcha mintaqalarida uchraydi. Bu rivojlangan mamlakatlarda keng tarqalgan zooantroponozlardan biridir.

Odam uchun salmonellyoz qo'zg'atuvchisining asosiy manbalari juda xilma-xil uy hayvonlari va parrandalardir (yirik va mayda shoxli hayvonlar, cho'chqalar, tovuqlar, g'ozlar, kurkalar, itlar, mushuklar va boshqalar). Qishloq xo'jalik hayvonlari va qushlardan tashqari, sinantrop va yovvoyi kemiruvchilar (sichqonlar, kalamushlar), qushlar (kaptarlar, chumchuqlar va boshqalar), sovuqqonlilar (baliqlar, qurbaqalar, toshbaqalar, ilonlar) va ko'plab tuban hayvonlar (ustritsalar, pashshalar, kanalar, suvaraklar va boshqalar) salmonella tashuvchilari hisoblanadi.

Salmonellyozlar sof zoonozlar emas, chunki ma'lum bir bosqichda odam ham infeksiya qo'zg'atuvchisining manbai bo'lishi mumkin, shuning uchun bu infeksiyani tipik zooantroponozlar qatoriga kiritish mumkin. Odamdan odamga yuqadigan ayrim hollargina emas, balki infeksiya qo'zg'atuvchisining manbai tariqasida surunkali bakteriya tashuvchilarning ishtirokiga bog'liq bo'lgan salmonellyoz infeksiyasining katta-katta avj olishi ham ma'lum. Shu bilan birga, bu avj olishlar shifoxona ichidagi xarakterga ega, ya'ni erta yoshdagi bolalar yoki boshqa kasalliklar bilan zaiflashgan shaxslar bo'lgan jamoalarda paydo bo'ladi. Bunday hollarda, odatda, salmonellalarning antibiotiklar va dezinfeksiya vositalariga ko'plab chidamli va o'limga olib keladigan hospital shtammlari aylanib yuradi. Infeksiya qo'zg'atuvchisining manbai ko'pincha tug'ruqxonalar va bolalar bo'limlari statsionarlarining meditsina xodimlari yoki parvarish qilish uchun qabul qilingan shaxslardir.

Odamning salmonellalarni simptomsiz tashib yurishining epidemiologik xavfi ovqat pishirish, oziq-ovqat mahsulotlarini tarqatish yoki sotish bilan bog'liq bo'lsa, ayniqsa ortadi. Biroq, umuman olganda, odamning epidemiologik roli qishloq xo'jalik hayvonlari va uy parrandalariga qaraganda ancha past. O'zbekiston Respublikasida *S. enteritidis* va *S. typhimurium* nisbatan ko'p ekiladi.

Uyqish mexanizmi.

Odamga kasallik alimentar, kontakt va aerogen yo'llar bilan yuqadi. Asosan alimentar yo'l bilan yuqadi, 96-98% hollarda kasallik zararlangan ovqatni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lib, bu xom yoki yetarlicha termik ishlov berilmagan ifloslangan oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish bilan bog'liq. Bunda qo'zg'atuvchining uyqish omillari birinchi navbatda go'sht va go'sht mahsulotlari, parranda go'shti va tuxum, qaymoqli mahsulotlar hisoblanadi. Kasallik qo'zg'atuvchisining transovarial yo'l bilan uyqishi ehtimoli tufayli tuxum qo'yishdan oldin zararlangan tovuq va o'rdak tuxumlari, shuningdek, ulardan tayyorlangan mahsulotlar, shu jumladan mayonez va quruq tuxum kukuni alohida xavf tug'diradi. Pishloq, brinza, baliq, shu jumladan dudlangan baliq, dengiz mahsulotlarini iste'mol qilish bilan bog'liq salmonellyoz kasalliklari ma'lum.

Zararlanish xavfi bo'yicha oziq-ovqat mahsulotlarini quyidagi tartibda joylashtirish mumkin: go'sht va go'sht mahsulotlari (61-68%), baliq va baliq konservalari (26%), tuxum va undan tayyorlangan mahsulotlar (12%), sut va sut mahsulotlari (6,8%), sabzavot va mevalar (3%).

Kasallik paydo bo'lishi uchun oziq-ovqatda salmonellalarning har xil turlari uchun turlicha bo'lgan mikroblar yetarli miqdorda bo'lishi kerak: *S. meleagridis* uchun organizmga 1,24 dan 10-50 mln. gacha mikrob tanachalari, *S. anatum* uchun - 587-860 mingdan 44,5-67,2 mln. gacha mikrob tanachalari kiritilishi kerak. Bundan tashqari, kasallikning namoyon bo'lishi makroorganizmning dastlabki holatiga bog'liq bo'lib, 2 haftagacha davom etadigan yengil diareya yoki kasallikning og'ir shakllari bilan ifodalangan.

Oziq-ovqat mahsulotlarining uyqish sabablarini ko'rib chiqamiz:
sHayvonlarda salmonellyoz tarqalgan infeksiya sifatida kechishi mumkin. Go'shtga

infeksiya ikki yo'l bilan yuqishi mumkin: hayvon tirikligida va so'yish paytida (so'yish joylarida, go'sht kombinatlarida) yoki undan keyin (tashish, pazandalik ishlovi berish). Hayvon organizmi keskin holdan toyganda (och qolganda, uzoq vaqt kushxonaga haydalganda va h.k.), salmonellyozlar ichakdan limfa va qon yo'llari orqali muskullarga va ichki organlarga o'tganda go'shtga yuqadi, bunda ularning limfa tugunlari va jigarda ko'p to'planishi kuzatiladi. Bunday go'sht ayniqsa xavfli, chunki go'sht bo'laklari ichidagi salmonellalar uzoq vaqt issiqlik bilan ishlov berilganda nobud bo'ladi.

Go'sht so'yish paytida va so'yilgandan keyin ichakdagi narsalar bilan yoki ifloslangan oshxona anjomlarida (taxta, pichoq, idish-tovoq va boshqalar) ishlov berilganda infeksiyalanadi. Bunday go'sht uncha xavfli emas, chunki salmonellalar go'shtning faqat yuzasiga tushadi, lekin 1-2 sutka saqlanganda bakteriyalar go'shtning 10-30 sm chuqurligiga kiradi.

Oziq-ovqat mahsulotlarida, ayniqsa, yarim tayyor mahsulotlarda salmonellalar nafaqat saqlanib qoladi, balki tez ko'payadi va juda ko'p miqdorda to'planadi, chunki go'shtga deyarli har qanday ishlov berish uning mikroblar bilan ifloslanishiga olib keladi. Yangi go'shtdan tayyorlangan qiymaning 1g da 1.846.780 ta bakteriya bo'lib, 24 soatdan keyin 100195.100 ta, 48 soatdan keyin esa 1.212.419.500 ta bakteriya bo'ladi.

Tayyor go'sht va baliq mahsulotlari ham xavfli bo'lib, ular issiqlik bilan ishlov berilgandan so'ng, xom go'sht kabi bir xil stollarda bir xil jihozlar bilan bo'linganda yuqishi mumkin. Ayniqsa, issiqlik ishlovidan so'ng zararlangan suyuq va yarim suyuq taomlar (pashtet, xolodes, souslar, bulonlar va h.k.) xavfli hisoblanadi. Bunday mahsulotlardagi salmonellalar ko'payib, ularning butun massasi bo'ylab oson tarqaladi.

Kasallik salmonellalar bilan zararlangan kolbasa, sosiska, vetchina, dudlangan baliqlarni iste'mol qilish jarayonida yoki pishirilgandan keyin ham yuqishi mumkin. Qoramol go'shti ko'pincha *S.typhimurium* va *S.enteritidis*, cho'chqa go'shti - *S.cholerae suis*, qo'y go'shti - *S.typhimurium* bilan zararlanadi.

Tuxum va tuxum kukuni ham odamga salmonellalarni yuqtirishi mumkin. G'oz va o'rdak tuxumlari eng xavfli bo'lib, ular parrandalar organizmida, ularning shakllanish jarayonida, shuningdek, salmonellalarning tuxum po'chog'i yuzasidan tuxum ichiga kirishi natijasida yuqishi mumkin. Tuxumlar ko'pincha *S.typhimurium* va *S.enteritidis* bilan zararlanadi. Salmonellalar qulay muhitni topib, faol ko'payadigan salatlar va vinegretlardagi tuxumlar ayniqsa xavflidir.

Infeksiyalangan sut, tvorog, kefir, brinza iste'mol qilganda kasallik yuqishi mumkin.

Sabzavot va meva mahsulotlari (qovun, tarvuz, meva sharbatlari, kisellar, kompotlar, salatlar va h.k.) ham xavfli hisoblanadi, agar ular sanitariya-gigiyena qoidalarini buzgan holda tayyorlanganda va saqlanganda salmonellalar bilan zararlansa.

Suv infeksiya qo'zg'atuvchisining yuqish omili sifatida ikkinchi darajali ahamiyatga ega. Ochiq suv havzalarining chiqindilar bilan ifloslangan suvlari (kanalizatsiya chiqindilari, go'sht kombinatlari va kushxonalar, parrandachilik va chorvachilik obyektlarining chiqindi suvlari) haqiqiy epidemik xavf tug'diradi. Kasallikning sababi, shuningdek, ifloslangan suv bo'lishi mumkin, agar u tayyor ovqatga tushsa yoki idish-tovoq, qo'l, sabzavot va mevalarni yuvish uchun ishlatilsa.

Salmonellyoz yuqishining ***kontakt yo'li*** yosh bolalar va boshqa kasalliklardan zaiflashgan keksalarda ko'proq kuzatiladi. Kasallikning yuqish omillariga uy-ro'zg'or buyumlari, xizmat ko'rsatuvchi xodimlarning qo'llari, ichki kiyimlar, tozalash anjomlari, dorivor eritmalar va boshqa yuqish omillari kiradi. Infeksiya manbai salmonellyozning yengil yoki bilinmaydigan shakllari bilan og'rigan bemor bolalar va kattalar yoki bakteriya tashuvchilar hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloq tug'ruq paytida kasal onadan ***kontakt yo'li*** bilan yuqishi mumkin. Xuddi shu yo'l bilan salmonellyoz tug'ruqxonalarda, bolalar bog'chalarida va kasalxonalarda yangi tug'ilgan chaqaloqlar orasida tarqalishi mumkin, bunda salmonellalar organizmga kam miqdorda tushganda kasallik paydo bo'lishi mumkin.

Salmonellalarning xona changida uzoq vaqt (80 kungacha) yashashi va salmonellyoz bilan kasallangan bemorlar yotgan palata havosidan ajralib chiqishi

ularning *aerogen yo'l* bilan yuqishi mumkinligidan dalolat beradi. Salmonellalar o'pkada zo'r berib ko'payadi va aksari tarqoq infeksiya boshlanib, hamma organlarga o'tadi. Pnevmoniya bilan og'rigan bolalarning tomog'i va burnidan *S.typhimurium* ajratib olindi, u yo'talganda, aksirganda, gaplashganda tashqi muhitga chiqarilgan, atrofdagilarning havo-tomchi infeksiyasini keltirib chiqarishi mumkin. Salmonellalar ko'z konyunktivasi orqali yuqishi mumkin. Hayvonlarda o'tkazilgan tajribada kon'yuktivaga yuborilgan salmonellalar kon'yuktivitni keltirib chiqarishi, so'ngra limfa yo'llari orqali qonga o'tib, umumiy infeksiyon jarayonni keltirib chiqarishi isbotlangan. Ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarga kon'yuktiva orqali infeksiya yuqishi mumkin.

Yashirin davri 2-6 soatdan 2-3 kungacha. Maishiy yuqish yo'lida u 4-7 kungacha uzayishi mumkin.

Salmonellyozlarda **immunitet** qisqa muddatli, taranglashmagan, serovar-spetsifik. Takroriy kasalliklar, shuningdek, uzoq muddatli bakteriya tashuvchanlik shakllanishi mumkin.

Kasallikning mavsumiyligi - yoz va erta kuz. Salmonellyozga beriluvchanlik past. Chunki bu bakteriyalarning ko'pchiligi odam uchun shartli patogen hisoblanadi. Erta yoshdagi bolalar ko'proq moyil bo'ladilar. Letallik 0,2-0,3% ni tashkil etadi.

Salmonellyozlar bilan kasallanishning oldini olish bo'yicha sanitariya-gigiyena, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil etish va o'tkazish

Salmonellyoz guruhli avj olish ko'rinishida ham, sporadik ko'rinishda ham qayd etiladi. Salmonellyozning eng tipik epidemik xususiyati kasallikning to'satdan va ommaviy tus olishi hamda tez (1-3 kun) o'tib ketishidir. Kasallanganlar soni turlicha bo'ladi - bir necha kishidan bir necha o'nlab, ba'zan esa yuzlab kishilar kasallangan mahsulotni necha kishi iste'mol qilganiga bog'liq.

Salmonellyoz o'chog'ida epidemiyaga qarshi tadbirlar

Mulkchilik shaklidan qat'i nazar, salmonellyoz bilan kasallangan bemorni yoki bakteriya tashuvchini aniqlagan davolash-profilaktika muassasasi davlat sanitariya-

epidemiologiya nazoratini amalga oshiruvchi hududiy organga belgilangan tartibda shoshilinch xabarnoma yuborishi shart.

Salmonellyoz epidemik o'choq'ining epidemiologik tekshiruvi o'choqning chegaralarini belgilash, salmonellyoz qo'zg'atuvchisining manbaini, muloqotda bo'lgan shaxslarni, shuningdek zararlanish xavfi bo'lgan shaxslarni aniqlash, qo'zg'atuvchining yuqish yo'llari va omillarini, shuningdek o'choqning paydo bo'lishiga imkon bergan shart-sharoitlarni aniqlash maqsadida davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati organlari tomonidan o'tkaziladi.

Salmonellyozga shubha qilingan bemorlar uyushgan kollektivlardan ajratib qo'yiladi.

Salmonellyozlar va bakteriya tashuvchilar aniqlangan bemorlarni (salmonellyozga shubha qilingan bemorlarni) kasalxonaga yotqizish klinik va epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha amalga oshiriladi.

Epidemik o'choqda salmonellyoz belgilari aniqlangan bemorlar, bemorlar bilan muloqotda bo'lgan shaxslar, oziq-ovqat mahsulotlari va ayrim mahsulotlarni ishlab chiqarish, saqlash, tashish bilan bog'liq bo'lgan ayrim kasb egalari salmonellyozlarga laboratoriya tekshiruvidan o'tkazilishi shart.

Epidemik o'choqda qo'zg'atuvchining yuqish yo'llari va omillarini aniqlash maqsadida infeksiya qo'zg'atuvchilarining yuqish omili sifatida gumon qilingan oziq-ovqat mahsulotlari yoki taomlar qoldiqlari laboratoriya tekshiruvidan o'tkaziladi, oziq-ovqat xomashyosi, tuxumdan yuvilgan narsalar, asbob-uskunalar, qo'llar, inventarlar va tashqi muhitning boshqa obyektlari tekshiriladi.

Epidemiya o'choqlarida zararlanish xavfi bo'lgan shaxslarni kuzatish o'choq ro'yxatga olingan muassasalarning yoki hududiy davolash-profilaktika muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

Tibbiy kuzatuv davomiyligi 7 kun bo'lib, so'rov, ko'rik, najas xarakterini kuzatish, termometriyani o'z ichiga oladi.

Xonadon o'choq'ida joriy dezinfeksiya tibbiyot xodimlari tomonidan o'tkazilgan yo'riqnomadan so'ng oila a'zolari tomonidan amalga oshiriladi.

Yakuniy dezinfeksiyani dezinfeksiya faoliyati bilan shug'ullanish huquqiga ega bo'lgan tashkilotlarning mutaxassislari amalga oshiradi.

Kasallik yuqish xavfi bo'lgan shaxslarga bakteriofag bilan shoshilinch profilaktika o'tkaziladi.

Kasalxona ichidagi salmonellyoz o'choqlarida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar

Davolash-profilaktika muassasalarining tibbiyot xodimlari bemorlar, xodimlar yoki bemorlarni parvarish qilish bilan shug'ullanuvchi shaxslar orasida O'Ini olib kirish yoki shifoxona ichida yuqtirish holatlarini tezkor kuzatib borishlari va o'z vaqtida aniqlashlari kerak.

Salmonellyozga shubha qilingan bemor aniqlangan taqdirda quyidagilar amalga oshiriladi:

- davlat sanitariya-epidemiologiya nazoratini amalga oshirishga vakolatli bo'lgan hududiy organga zudlik bilan shoshilinch xabar yuborish;
- zudlik bilan izolyatsiya qilish, bemorni yuqumli kasalliklar bo'limiga yoki ixtisoslashtirilgan bo'limdagi diagnostika bokslariga (yarim bokslarga) o'tkazish;
- yangi bemorlarni 7 kun davomida aniqlangan bemor bilan palataga yotqizishni taqiqlash;
- bemor aniqlangan paytdan boshlab 7 kun davomida tibbiy kuzatuv va infeksiya yuqtirish xavfi bo'lgan shaxslarni bir marta laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish (tashuvchilikni yoki kasallikning simptomsiz kechishini aniqlash uchun);
- bemorlar va xodimlar orasida salmonellyozlarning bakteriofag bilan spetsifik profilaktikasi;
- yakuniy dezinfeksiya;
- salmonellyoz bilan kasallangan bemorlar, xodimlar yoki bemorlarni parvarish qilish bo'yicha shaxslarni olib kirish yoki kasalxona ichida infeksiya yuqtirish holatini epidemiologik tekshirish, infeksiya qo'zg'atuvchisining yuqish omillari va yo'llarini aniqlash; ma'lumotlarni tahlil qilish, ma'muriy qarorlar qabul qilish.

Salmonellyozlar bilan guruhli kasallanishda DPMning bir yoki bir nechta bo'limlarida yoki havoda va tashqi muhitning boshqa obyektlarida salmonellalar aniqlanganda quyidagilar o'tkaziladi:

- kasallanganlar va bakteriya tashuvchilarni yuqumli kasalliklar bo'limiga ajratish;
- guruhli kasallanish qayd etilgan bo'limga bemorlarni qabul qilishni to'xtatadi va oxirgi bemor izolyatsiya qilingan paytdan boshlab 7 kun davomida muloqotda bo'lganlarni tibbiy kuzatuvdan o'tkazadi.
- bo'limdagi yakuniy dezinfeksiya, ventilyatsiya tizimlarini tozalash va dezinfeksiya qilish;
- muloqotda bo'lganlarni, xodimlarni bakteriologik tekshirish, infeksiya manbaini aniqlash uchun shaxslarni serologik tekshirish;
- bakteriofag tomonidan maxsus profilaktika o'tkazish;
- bemorlarni palatadan palataga ko'chirishni taqiqlash, shuningdek, bemorlarning umumiy ahvolini hisobga olgan holda erta chiqarish orqali bemorlar sonini kamaytirish.
- davlat sanitariya-epidemiologiya nazoratini amalga oshiruvchi organning ko'rsatmasiga binoan bo'limning yopilishi.

Bo'limni ochish epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar kompleksi o'tkazilgandan va muloqotda bo'lgan shaxslarni tibbiy kuzatish yakunlangandan so'ng amalga oshiriladi.

Sog'ayganlarni dispanser kuzatuv va o'choqlarda epidemiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazish

- Kasallikni boshdan kechirgandan so'ng faqat dekretlangan kontingent dispanser kuzatuviga olinadi.
- Kasallanganlarni dispanser kuzatuvini yuqumli kasalliklar xonasi shifokori yoki yashash joyidagi uchastka shifokorlari amalga oshiradi.
- Sog'aygandan keyin salmonella ajratmaydigan rekonvalessentlar ishga qo'yilishi kerak.

– Davolash tugagandan so‘ng salmonellalar ajralishini davom ettirayotgan rekonvalessentlar, shuningdek dekretlangan kontingentdan aniqlangan bakteriya tashuvchilar 15 kun muddatga asosiy ishdan chetlashtiriladi va ular epidemiologik xavf tug‘dira olmaydigan ishga o‘tkaziladi. Bu davrda axlat uch marta tekshiriladi. Qayta musbat natija olinganda, xuddi shu tekshiruv tartibi yana 15 kun davomida takrorlanadi.

– 3 oydan ortiq bakteriya tashuvchanlik aniqlanganda, ushbu shaxslar salmonellalarning surunkali tashuvchilari sifatida kamida bir yil muddatga mutaxassisligi bo‘yicha ishdan chetlashtiriladi.

– Mana shu muddat o‘tgandan keyin ularda 1-2 kun oralatib turib, axlat va o‘t suyuqligi uch marta tekshiriladi. Salbiy natijalar olinganda bu shaxslar asosiy ishiga qo‘yiladi. Bitta ijobiy natija olinganda bunday shaxslarga surunkali bakteriya tashuvchi sifatida qaraladi, ular epidemiologik xavf tug‘dirishi mumkin bo‘lgan ishdan chetlashtiriladi.

– Davolash tugagandan so‘ng salmonellalar ajralishini davom ettirayotgan bolalar 15 kun davomida bolalar bog‘chasidan chetlashtiriladi, bu davrda najas 1-2 kun oralig‘ida uch marta tekshiriladi. Bu davrda salmonellyoz qo‘zg‘atuvchisi ajralib chiqqan taqdirda kuzatuv muddati yana 15 kunga uzaytiriladi.

– Dekretlangan kontingentga mansub shaxslar yoki ikki yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanganda, salmonellyoz o‘choqlari epidemiolog shifokorlar tomonidan epidemiologik tekshiruvdan o‘tkazilishi, shuningdek, uyushgan jamoalar va DPMLarda ushbu infeksiya holatlari qayd etilishi shart.

Sanitariya-epidemiya qarshi tadbirlarni tashkil etish va o‘tkazish

Obyektlardagi (profilaktika) tadbirlari oziq-ovqat savdosi, umumiy ovqatlanish

Savdo obyektlarida mahsulotlarni qabul qilish, tashish, saqlash va sotish quyidagi sanitariya-epidemiologiya talablariga muvofiq amalga oshiriladi:

- mahsulot sifati va xavfsizligini tasdiqlovchi hujjatlarsiz mahsulotlarni, shuningdek veterinariya guvohnomasisiz xom hayvon mahsulotlarini qabul qilishga yo‘l qo‘yilmaydi;
- qadoqdagi oziq-ovqat mahsuloti ishlab chiqarilgan sanasi va yaroqlilik muddati ko‘rsatilgan yorliqqa ega bo‘ladi;
- tez buziladigan mahsulotlar uchun yuk xatida mahsulotni ishlab chiqarish sanasi va soati ko‘rsatiladi;
- parranda go‘шти ichak-chavog‘i tozalangan yoki yarim tozalangan holda keltiriladi;
- tovarlarni omborlarda saqlashda, ularni savdo zaliga joylashtirish va taxlashda do‘kon xodimlari tomonidan tovar qo‘shnichiligi qoidalariga, omborga joylashtirish normalariga, saqlash muddatlari va shartlariga qat’iy rioya qilinadi;
- tez buziladigan mahsulotlarni qabul qilish, saqlash va sotish faqat soz sovutish uskunalariga ega bo‘lgan do‘konlarda amalga oshiriladi;
- qadoqlangan go‘шт qadoqlanish holati, go‘шт turi, navi etiketkada ko‘rsatilganiga muvofiqligi bo‘yicha tekshiriladi;
- submahsulotlar qabul qilishdan oldin turlari bo‘yicha saralanadi;
- yarim tayyor mahsulotlarning sifati rangi, hidi, shakli, nonning butunligi, qadoqlash holati bo‘yicha tekshiriladi;
- yorliqlarda ko‘rsatilgan va idishga solingan yarim tayyor mahsulotlarni ishlab chiqarish sanasi va soati tekshiriladi;
- pazandachilik mahsulotlarining sifati mahsulotlarning shakli, tashqi ko‘rinishi, ularning tayyorlik darajasi, idishga to‘g‘ri joylashtirilganligi bilan belgilanadi;
- oziq-ovqat do‘konlari va pazandachilik do‘konlarida xom mahsulotlarni (go‘шт, parranda, baliq, dengiz mahsulotlari, sabzavotlar va ulardan tayyorlangan yarim tayyor mahsulotlar) joylashtirish gastronomik, pazandachilik va iste‘molga tayyor mahsulotlardan alohida (alohida peshtaxtalarda) amalga oshiriladi;
- tovarlarni sotishga tayyorlash sotuvchilar yoki ular uchun maxsus ajratilgan shaxslar tomonidan amalga oshiriladi;

- kremli qandolat mahsulotlarini sotishga ixtisoslashtirilgan do‘konlarda, do‘konlarning bo‘limlarida, seksiyalarida ushbu tovarlar uchun omborxonalarda va savdo zalida sovutish uskunalari mavjud bo‘lganda yo‘l qo‘yiladi;

- faqat xom mahsulotlarni sotish bo‘limlarida xom tuxumlarni joylashtirishga yo‘l qo‘yiladi;

- qobig‘i buzilgan, tarkibi shikastlangan qobiq va po‘stloq orqali oqib chiqqan, shuningdek, qobig‘ida qon dog‘lari va axlat izlari bo‘lgan tuxumlarni sotishga yo‘l qo‘yilmaydi;

- tuxum va tuxum mahsulotlarini sotish va saqlash muddatlariga qat’iy rioya qilinadi.

Umumiy ovqatlanish obyektlarida quyidagi sanitariya-epidemiologiya talablariga rioya etiladi:

- xom va tayyor mahsulotlarni maydalash uchun maqsadga muvofiq belgilangan qattiq daraxt yog‘ochlaridan (eman, buk, shumtol, qayin) tirqish va bo‘shliqlarsiz, silliq randalangan maydalash stollari va taxtalar ajratib olinadi;

- tez buziladigan mahsulotlarni saqlash uchun sovutish qurilmalariga ega bo‘lish kerak;

- sovuqlik manbai mavjud bo‘lmaganda umumiy ovqatlanish obyektlarida tez buziladigan mahsulotlarni sotishga yo‘l qo‘yilmaydi;

- xom mahsulotlar yoki yarim tayyor mahsulotlarni tayyor mahsulotlar bilan birga saqlashga, shuningdek xonalarda oziq-ovqat mahsulotlari bilan birga idishlar, aravachalar, xo‘jalik materiallari va nooziq-ovqat tovarlarni saqlashga yo‘l qo‘yilmaydi;

- muzlatilgan go‘sht yarim nimta yoki chorak nimta holida maxsus xonada harorat 0⁰ dan 80⁰C gacha asta-sekin ko‘tarilganda yoki go‘sht sexidagi stollarda xona haroratida muallaq holatda eritiladi;

- go‘shetni mayda bo‘laklarga bo‘lib, shuningdek suvda yoki plita yaqinida defrostatsiya qilishga (muzdan tushirishga) yo‘l qo‘yilmaydi;

- nimta, yarim nimta va chorak nimtalardagi go'sht nimtalashdan oldin yaxshilab tozalanadi, osib qo'yiladi va cho'tka yordamida oqar suvda yuviladi. Qon laxtalari, tamg'alar, lat yegan joylar yaxshilab kesiladi;

- ish tugagandan so'ng cho'tkalar qonun hujjatlarida belgilangan tartibda umumiy ovqatlanish tashkilotlarida qo'llash uchun ruxsat etilgan yuvish vositalari eritmalari bilan yuviladi, chayiladi va qaynoq suv bilan chayiladi;

- umumiy ovqatlanish tashkilotlarida pazandachilik mahsulotlarini tayyorlashda go'sht, baliq, sabzavotlarga ishlov berish, sovuq gazaklar tayyorlash va ovqat pishirish ishlab chiqarish jarayonining uzluksizligiga rioya qilinadi;

- ishlab chiqarishda ishlatiladigan tuxumlar toza, qobig'i shikastlanmagan, 2-toifadan past bo'lmasligi kerak;

- krem tayyorlash uchun faqat nuqsonsiz va po'chog'i ifloslanmagan parhez tovuq tuxumlari ishlatiladi;

- krem tayyorlash uchun sarob tuxumlardan, yuqumli kasalliklar bo'yicha nosog'lom xo'jaliklardan olingan tuxumlardan foydalanishga, shuningdek tuxum o'rniga melanjdari foydalanishga yo'l qo'yilmaydi;

- korxonalarda tuxumni saqlash va ochish xonasi, tuxumni yuvish va dezinfeksiya qilish xonasi, tuxum massasini olish xonasi bo'lgan tuxum urish xonalari bo'lishi kerak, ular texnologik jarayon davomida joylashtiriladi va xom ashyo va tayyor mahsulot oqimlarining uchrashish imkoniyatini istisno qiladi va o'zaro aloqa qilish uchun qulay bo'ladi;

- tuxum massasini 2-6 gradusdan yuqori bo'lmagan haroratda saqlashning quyidagi muddatlariga rioya qilinadi, krem tayyorlash uchun - ko'pi bilan 8 soat, pishirilgan yarim tayyor mahsulotlar tayyorlash uchun - ko'pi bilan 24 soat;

- kremlarni tayyorlash amaldagi retsepturalar va texnologik yo'riqnomalarga muvofiq amalga oshiriladi;

- ishlab chiqarishda tayyor mahsulotlar sovutish kamerasiga yuklangunga qadar 2 soatdan ortiq saqlanishi kerak;

- kremlar, pirojniylar va tortlar 8⁰S dan yuqori bo'lmagan haroratda saqlanadi;

– tayyorlanadigan taomlar soni tashkilotning o'tkazish qobiliyatiga mos kelishi kerak;

- oziq-ovqat realizatsiya qilinishiga qarab tegishli partiyalar bilan tayyorlanadi;
- boshqa umumiy ovqatlanish tashkilotlari va savdo tarmoqlarini ta'minlash uchun yarim tayyor mahsulotlarni tayyorlashga faqat maxsus uskunalar, yarim tayyor mahsulotlarni saqlash uchun sovutish kameralari, yarim tayyor mahsulot sexi idishlarini yuvish xonasi, ekspeditsiya mavjud bo'lgan tashkilotlarda yo'l qo'yiladi;
- umumiy ovqatlanish tashkilotlarida go'sht qiymasi zaruratga qarab tayyorlanadi;
- Go'sht qiymasi va yarim tayyor go'sht mahsulotlarini sovuq bo'lmaganda kameralarda yoki shkaflarda saqlashga yo'l qo'yilmaydi.

Davolash-profilaktika preparatlari

Salmonellyoz bakterifagi A, V, S, D, E guruhlari eng keng tarqalgan paratif A va B, S.typhimurium, S.newport, S.infantis, S.cholerae suis, S.oraenienburg, S.dublin, S.enteritidis, S.anatum, S.newlend. salmonellyozlarni davolash va shoshilinch oldini olish uchun mo'ljallangan. Suyuq holda, shamlarda, tabletkalarda ishlab chiqariladi.

Instesti-bakteriofag suyuq - bu A va B paratif salmonellalari fagolizatlarining steril filtratlari aralashmasi, S.typhimurium, S.newport, S.infantis, S.cholerae suis, S.oraenienburg, S.dublin, S.enteritidis, S.anatum, S.newlend.

Laktoglobulin - shartli patogen bakteriyalar va salmonellalarga qarshi og'iz orqali qabul qilish uchun quruq sigir. U og'iz suti globulinlarining tozalangan fraksiyasi bo'lib, tarkibida B (S.typhimurium) va D (S.dublin, S.enteritidis) guruhlari salmonellalariga qarshi antitanalar mavjud. Bolalarda diareya kasalliklarini davolash uchun mo'ljallangan.

Kasalxona ichi (nozokomial) salmonellyozi.

Kasalxona ichi salmonellyozining qo'zg'atuvchilari salmonellalarning gospital shtammlari bo'lib, ular uchun antibiotiklarga ko'p sonli chidamlilik, tipik bakteriofaglarga chidamlilik, biokimyoviy xususiyatlarning o'zgarishi xosdir. Ko'pincha qo'zg'atuvchilar S.typhimurium va S.enteritidis hisoblanadi. Infeksiya

manbai va asosiy rezervuari kasalxonada yotgan bemorlar va bakteriya tashuvchilar hisoblanadi. Ko‘pincha yangi tug‘ilgan chaqaloqlar, 1 yoshgacha bo‘lgan bolalar, jarrohlik va reanimatsiya bo‘limlari bemorlari, keksa va qari yoshdagi shaxslar, immunitet tanqisligi bo‘lgan bemorlar.

Qo‘zg‘atuvchining yuqishi aerosol, kontakt-maishiy va alimantar yo‘llar bilan amalga oshiriladi. Infeksiyalovchi doza 1000 dan 10000 gacha mikrob hujayrasini tashkil etadi. Kasalxona ichi salmonellyozi uzoq inkubatsion davr (8 kundan 48 kungacha) bilan tavsiflanadi, kasallik asimptomatik tashuvchilik, ichak kasalliklari, tarqalgan shakllar yoki septik asoratlari shaklida namoyon bo‘lishi mumkin. Kasallikdan keyin immunitet shakllanmaydi.

SHIGELLEZALAR

O‘tkir ichak infeksiyalari - bu patogen enterobakteriyalar, shartli patogen flora vakillari, ko‘plab viruslar keltirib chiqaradigan va toksikoz hamda dehidratatsiya belgilari rivojlanishi bilan kechadigan oshqozon-ichak traktining shikastlanishi bilan tavsiflanadigan yuqumli kasalliklar guruhidir.

Bakterial dizenteriya (shigellez) - bu Shigella avlodiga mansub mikroblarning katta guruhi keltirib chiqaradigan, qisqa muddatli umumiy intoksikatsiya, asosan oshqozon-ichak traktining shikastlanishi bilan tavsiflangan, asosan yo‘g‘on ichakning shikastlanishi bilan tavsiflangan va surunkaliga qaraganda ko‘pincha o‘tkir kechadigan keng va keng tarqalgan ichak infeksiyasi.

Tarix

"Dizenteriya" atamasi yunoncha dys-"buzilish" va enteron-"ichak" so‘zlaridan kelib chiqqan. Bu atama Hippokrat tomonidan ich ketish va qorin og‘rig‘i bilan kechadigan kasalliklarni ifodalash uchun kiritilgan. Bakterial dizenteriya qo‘zg‘atuvchisini birinchi bo‘lib 1888-yilda fransuz bakteriologi A.Shantemess tasvirlab bergan.

-



Andre Shantemess (1851-1919 yy.)

1891-yilda rus sud shifokori va mikrobiologi A.V.Grigorev bakterial dizenterianing etiologik omili harakatsiz tayoqchalar bo'lib, u o'lganlarning ichaklarida topgan va ularning morfologik va patogen xususiyatlarini o'rgangan.

1897-yilda yapon shifokori va mikrobiologi K.Shiga Yaponiyada dizenteriya epidemiyasini keltirib chiqargan shunga o'xshash bakteriyalarni batafsil tasvirlab berdi. Ajratib olingan bakteriyalar Grigorev-Shiga tayoqchalari deb atala boshlandi, hozirda u *S.dysenteriae*, serovar 1 nomi bilan ma'lum.



Qiyosi Shig'a (1871-1957yy.)

1900-yilda amerikalik mikrobiolog S.Fleksner ilgari o'rganilgan kulturalardan xususiyatlari bilan farq qiladigan dizenteriya bakteriyalarini ajratib oldi. Keyinchalik u ajratib olgan bakteriyalar S.flexneri nomini olgan.



Saymon Fleksner (1863-1946yy.)

1915-yilda daniyalik bakteriolog K.Zonne S.sonnei nomini olgan dizenteriya bakteriyalarini ajratib, tasvirlab berdi. 1917-yilda nemis bakteriologi M.I.Shtuser S.dysenteriae bakteriyasi, serovar 2deb nomlangan dizenteriya tayoqchasini ajratib oldi. 1919-yilda A.Kastellani va A.Chalmers dizenteriya qo'zg'atuvchilarini mustaqil avlodga ajratib, K.Shig sharafiga Shigella deb nomladilar. 1931-1940-yillarda. J.Boyd dizenteriya mikrobining yangi turlarini ta'riflab berdi. Ushbu bakteriyalar S.boydii guruhi tarkibiga kiritilgan.

Davolovchi enteral ichburug'ga qarshi vaksinani A.M.Bezredka, bakteriofagni N.F.Gamaleya olgan.

Etiologiyasi. Bakterial dizenteriya dizenteriya guruhini tashkil etuvchi bir qator biologik jihatdan bir-biriga yaqin bo'lgan mikroblar tomonidan qo'zg'atiladi, ular Enterobacteriales tartibi, Enterobacteriaceae oilasi va Shigella avlodiga kiritilgan.

Shigellalar uchlari yumaloqlangan, o'lchami 0,5-0,7x2-3 mkm bo'lgan to'g'ri tayoqchalardir. Shigellalar morfologik jihatdan bir-biridan farqlanmaydi, harakatsiz,

spora va kapsulalar hosil qilmaydi, arralari bor, mikrokapsula hosil qilishi mumkin, surtmalarda tartibsiz yakka-yakka joylashadi. Fakultativ anaeroblar. Oddiy oziq muhitlarida yaxshi o'sadi, maqbul o'sish harorati 37⁰S, pH-6,7-7,4.



Shigella turkumi enterobakteriyalari

Qarshilik

Dizenteriya qo'zg'atuvchilari fizik va kimyoviy omillarning salbiy ta'siriga yuqori chidamlilikka ega emas. Inson organizmidan tashqarida eng chidamli *S.sonnei*, eng chidamsiz - *S.dysenteriae* va o'rtacha holatni *S.flexneri* guruhidagi qo'zg'atuvchilar egallaydi. Qulay harorat va namlik sharoitida tashqi muhit obyektlarida va oziq-ovqat mahsulotlarida ular bir necha kun va hatto haftalar davomida saqlanishi, axlatda uzoq vaqt (2 haftagacha) yashovchanligini saqlab qolishi mumkin. To'g'ridan-to'g'ri quyosh nurlari bakteriyalarni 30 daqiqadan so'ng o'ldiradi. 60⁰C haroratda shigellalar 30 daqiqadan so'ng, 100⁰C haroratda esa bir zumda nobud bo'ladi. Paxta gazlamada ular 30-36 kun davomida saqlanadi. Shigellalar najas namunalarida ko'pi bilan 6-10 soat, quruq najasda 4-5 oygacha saqlanadi.

Oziq-ovqat mahsulotlari shigellalar uchun qulay muhit hisoblanadi. Shigellalar meva va sabzavotlarda 2 haftagacha yashaydi. Noqulay omillar ta'siriga eng chidamlilari *S.sonnei* hujayralari hisoblanadi. Ular suvda 2 oygacha, tuproqda 3 oygacha yashaydi. Sut va sut mahsulotlarida *S.sonnei* nafaqat uzoq vaqt yashashga, balki ko'payishga

ham qodir. Dezinfeksiyalovchi vositalar odatdagi konsentratsiyada bakteritsid ta'sirga ega. Shigellalar antibiotiklarning ko'pchiligiga sezgir. Biroq, ko'pincha shigellalar boshqa ichak bakteriyalarining transmissiv plazmid genlarini o'tkazish natijasida dori vositalariga chidamli bo'lib qoladi. Shigellalarning alohida shtammlarida ko'plab dorilarga chidamlilik shakllanadi. Bunday dizenteriya qo'zg'atuvchilari kasallikning og'ir kechishi bilan yirik epidemiyalar ko'rinishidagi ommaviy kasalliklarni keltirib chiqaradi.

Shigellalar 2-3 kun davomida pashshalarning ichagida va tana yuzasida hayotchanligini saqlab qoladi. Shuning uchun bu hasharotlarning najas va oziq-ovqat mahsulotlariga tushishi dizenteriyaning tarqalishida ma'lum rol o'ynashi mumkin.

Antigen tuzilishi

Shigellalar somatik termostabil O-antigen va termolabil K-antigenga ega. Somatik O-antigen gruppasi antigeni hisoblanadi. O-antigenining tuzilishiga qarab shigellalar serotiplarga bo'linadi. Serotiplar ichida kenja tiplar ajratiladi. Serotiplar arab raqamlari bilan, kenja tiplar esa kichik lotin harflari qo'shilgan arab raqamlari bilan belgilanadi. K-antigen (tipik) mikroob hujayrasining yuzasida joylashgan, shuning uchun u bakteriya tanasi bilan nisbatan kuchsiz bog'langan va termolabil. Kultura dissotsiatsiyasida K-antigenning beqarorligi bilan shigellalarning noagglyutinatib shtammlari paydo bo'lishini tushuntirish mumkin. K-antigenlar Sh.sonnei va Sh.flexneri larda uchramaydi.

Toksin hosil bo'lishi:

Patogenlik Sh.dysenteriae serovarida yaqqolroq, S.flexnerida kamroq va shigellalarning boshqa turlarida yanada kamroq namoyon bo'ladi.

Endotoksin intoksikatsiya sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Bakteriyalarni oshqozon va o'tning kislotali muhitidan himoya qiladi.

Sitotoksin epitelial hujayralar membranasini zararlaydi. Enterotoksik, neyrotoksik va nefrotoksik ta'sir ko'rsatadi, bu suv-tuz almashinuvining, MNS faoliyatining buzilishi, yo'g'on ichak epitelial hujayralarining nobud bo'lishi va buyrak kanalchalarining zararlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Enterotoksinlar ichak bo'shlig'iga suyuqlik va tuz ajralishini kuchaytirib, diareyaga sabab bo'ladi.

Pillalar va tashqi membrana oqsillari bakteriyalarning epiteliy hujayralariga yopishishiga va ularning epiteliy hujayralariga invazyalanishiga yordam beradi. Adgeziya va kolonizatsiyaga shilimshiqni parchalovchi bakterial fermentlar - neyroaminidaza, gialuronidaza, mutsinaza yordam beradi.

Peristensiya omillari shigellalarning hujayra ichida ko'payishi va hujayralararo tarqalishiga yordam beradi. Bu omillar epiteliy hujayralari membranalarining lizisini keltirib chiqaradigan oqsillardir.

Og'iz orqali organizmga kirgan shigellalar oshqozonda qisman parchalanib, endotoksin ajralib chiqadi. Tirik qolgan bakteriyalar ingichka ichakka o'tib, u yerda bir necha sutka turadi. Ingichka ichakda shigellalar enterotsitlarga yopishib olib, ichak bo'shlig'iga suyuqlik va tuz ko'p ajralishiga sabab bo'ladigan enterotoksinlar ishlab chiqaradi. Biroq, shigellezlarda asosiy patologik jarayon yo'g'on ichakning distal bo'limi - sigmasimon va to'g'ri ichakda avj olib boradi.

Epidemiologiya.

Shigellez fekal-oral yo'l bilan yuqadigan antroponoz infeksiyadir.

Infeksiya qo'zg'atuvchisining **manbalari** kasallikning o'tkir, surunkali va subklinik shakllari bo'lgan dizenteriya bilan og'rigan bemorlar, rekonvalessent yoki tranzitor tashuvchilar hisoblanadi.

O'tkir dizenteriya bilan og'rigan bemorlar ayniqsa xavflidir, chunki tez-tez ich kelishiga olib keladigan patologik jarayonning intensivligi organizmdan ko'p miqdorda qo'zg'atuvchilarning ajralishi bilan birga kechadi. Bundan tashqari, parvarishni talab qiladigan bemorlarning og'ir ahvoli ularning atrofdagilar bilan yaqin aloqada bo'lishiga olib keladi. O'tkir dizenteriya bilan og'rigan kasallarda kasallik qo'zg'atuvchisini inkubatsion davridayoq, kasallikning butun davri davomida, lekin ifodalangan kolit sindromi davrida hammadan ko'ra ko'proq ajratib olaman. O'tkir dizenteriya birinchi 5 kunida tashqi muhitga uning surunkali shakliga qaraganda 3 baravar ko'p qo'zg'atuvchilar ajralib chiqadi.

Ko'pincha dizenteriyaning asosiy qo'zg'atuvchilari bo'lgan shigellalar *S.sonnei* va *S.flexneri* keltirib chiqaradigan kasallikning atipik kechishi bilan og'rigan bemorlar ayniqsa katta epidemiologik ahamiyatga ega. Ayniqsa, *S.sonnei* nisbatan ko'pincha enterokolitlar, dispepsiyalar va boshqalar kabi noto'g'ri tashxis qo'yilgan yengil, tez o'tuvchi kasalliklarni keltirib chiqaradi. Ba'zi odamlar kasallikning xira, alomatsiz shakllarini boshdan kechiradilar, tibbiy yordamga murojaat qilmaydilar, tegishli davolanishni olmaydilar, infeksiya qo'zg'atuvchilarini faol ravishda tashqi muhitga chiqaradilar.

Surunkali dizenteriyada faqat 17-35,5% infeksiya manbai hisoblanadi. Ular ayniqsa bolalar jamoalarida xavflidir. Surunkali dizenteriya bilan og'rigan bemorlar organizmida infeksiya bir o'choqdan ikkinchi o'choqqa o'tguncha saqlanib turadi. Surunkali bemorlar tomonidan qo'zg'atuvchining atrof-muhitga chiqarilishi nafaqat kasallikning kuchayishi yoki qaytalanishida, balki vaqti-vaqti bilan sodir bo'ladi.

O'tkir va surunkali dizenteriyadan klinik sog'ayish boshlanishi bilan bakteriyalarning ajralishi to'xtaydi. Ammo rekonvalessentlarning bir qismida (0,5-0,7%) yo'g'on ichak shilliq qavatining to'liq morfologik tiklanmaganligi, immunitet yetishmovchiligi tufayli kasallik belgilari bo'lmasa-da, ma'lum vaqtgacha bakteriya ajralishi davom etadi.

Tranzitor bakteriya tashuvchanlik qisqa muddatli bo'lib, 1-2 kun davom etadi, bu oshqozon-ichak trakti funksiyasining buzilishi, koprosistogrammada, ichakning distal qismi shilliq qavatidan olingan preparat-izlarda patologik elementlarning yo'qligi, rektoromanoskopiyada aniqlanadigan shilliq qavatdagi o'zgarishlar bilan tavsiflanadi. Sog'lom shigella tashuvchanlik mexanik hodisa emas, balki mikroba va makroorganizmning o'zaro ta'siri natijasi bo'lib, unda ikkinchisining himoya mexanizmlari g'alaba qozonadi. Dizenteriyaning bakteriya tashuvchilari qisqa muddatli bo'lishi va ular ajratadigan qo'zg'atuvchilar sonining juda kam bo'lishi tufayli kasallikning tarqalishida ahamiyatsiz rol o'ynaydi.

Shunday qilib, dizenteriya infeksiyasining asosiy manbalari bemorlar, qo'shimcha manbalari esa - tashuvchi-rekonvalessentlar va sog'lom tranzitor tashuvchilardir.

Uzatilish mexanizmi - dizenteriyaning yagona manbai tegishli bakteriyalar bilan zararlangan odam, uning organizmga kirish darvozasi esa og‘iz bo‘shlig‘i bo‘lganligi sababli, infeksiyaning yuqishining asosida fekal-oral mexanizm yotadi (L.V. Gromashevskiy). qo‘zg‘atuvchilarning yuqishi alimentar, suv, maishiy aloqa yo‘li bilan amalga oshiriladi. Shigellalar bilan oziq-ovqat mahsulotlari, suv, uy-ro‘zg‘or buyumlari ifloslangan axlat bilan ifloslanganda, iflos qo‘llar orqali zararlanadi. Infeksiya manbaining mavjudligi o‘z-o‘zidan epidemiyaning borishini hal qilmaydi. Dizenteriya bilan kasallanishning mavsumiy ko‘tarilishi davrida manbalar soni ko‘payishi mumkin, ammo tarqalish omili o‘z faolligini yo‘qotishi bilanoq epidemiya pasayadi. Aksincha, yuqish omillari qo‘shilganda infeksiya manbalarining ko‘p bo‘lishi kasallanishning ko‘payishiga olib keladi.

Asosiy uzatish yo‘llari:

Oziq-ovqat mahsulotlari (shigellalar bilan ifloslangan sabzavotlar, non, sut, sut mahsulotlari, uzoq vaqt saqlangan va yetarli darajada issiqlik bilan ishlov berilmagan yarim tayyor mahsulotlar, sharbatlar va boshqalar) orqali **alimentar** - S.sonnei keltirib chiqaradigan dizenteriya uchun xosdir.

Dizenteriya qo‘zg‘atuvchilarining yuqishida oziq-ovqat mahsulotlari katta rol o‘ynaydi. Bu nafaqat shigellalarning turli mahsulotlarda yaxshi yashashi, balki ularda ko‘payishi bilan ham bog‘liq. Oziq-ovqat mahsulotlarining najas bilan bevosita ifloslanishi nisbatan kam kuzatiladi, ko‘pincha iflos qo‘llar va pashshalar orqali amalga oshiriladi.

Oziq-ovqat obyektlarining sanitariya holati va aholining sanitariya madaniyati darajasiga qarab, infeksiya oziq-ovqat mahsulotlari orqali 16-86% hollarda yuqishi mumkin. Dizenteriya infeksiyasining yuqishida iste‘mol qilishga tayyor, keyinchalik ishlov berish va uzoq vaqt saqlashni talab qilmaydigan oziq-ovqat mahsulotlari: sut, sut mahsulotlari, non-bulka mahsulotlari, salqin ichimliklar, mevalar, sabzavotlar va boshqalar eng katta ahamiyatga ega. Oziq-ovqat mahsulotlarining ifloslanishi ularni tayyorlash, tashish, saqlash va sotish jarayonida sodir bo‘lishi mumkin.

Zonne dizenteriyasining tarqalishida oziq-ovqat omili yetakchi hisoblanadi. Bu shigellalar biologiyasining xususiyatlari, ya'ni oziq-ovqat mahsulotlarida ko'payish energiyasining yuqoriligi bilan bog'liq. Atrof-muhitning nisbatan past haroratida intensiv ko'payish qobiliyati, shigellalarning boshqa turlariga nisbatan tashqi muhitda yuqori chidamliligi bilan ajralib turadi. Mahsulotlarning zararlanish intensivligi, ularning tabiati, zararlangan ovqatni iste'mol qilganlar soni va kontingenti, shuningdek qo'zg'atuvchining turiga qarab, dizenteriya sporadik kasallanishning ko'payishi yoki guruhli avj olishi kuzatilishi mumkin, S.sonnei tomonidan qo'zg'atilgan dizenteriyaning oziq-ovqat avj olishi epidemiologik va klinik belgilar bo'yicha salmonellyoz infeksiyalariga o'xshaydi, ammo ulardan farqli o'laroq, dizenteriyada avj olishdan keyin kontakt yo'li bilan yuqtirish bilan bog'liq kasallik kuzatiladi.

Suvli - Dizenteriya tarqalishida suvning ahamiyati unda shigellalarning yashovchanligi bilan belgilanadi. Suvning infeksiyalanish mexanizmidagi farqlarga qarab (vodoprovodlar, quduqlar, buloqlar, ochiq suv havzalari - daryolar, ko'llar, suv omborlari, ariqlarning ifloslangan suvlari orqali) bu omilning dizenteriya tarqalishidagi roli ham har xil bo'ladi.

Infeksiyalangan suvni iste'mol qilish natijasida kelib chiqqan dizenteriya bilan kasallanish "portlash" xarakteridagi avj olishlar yoki ifloslangan suvdan ichimlik va xo'jalik ehtiyojlari uchun muntazam foydalanish natijasida ko'tarilgan sporadik kasallanish ko'rinishida bo'lishi mumkin. Infeksiyalangan suv tufayli kelib chiqqan dizenteriya ko'pincha klinik jihatdan atipik kechadi. Suv omili Fleksner dizenteriyasining tarqalishida yetakchi hisoblanadi, bu S.flexneri ning yuqori virulentligi , minimal infeksiyalovchi dozasi, oshqozonning kislotali tarkibini yengishning katta imkoniyatlari bilan izohlanadi.

Kontakt-maishiy - Dizenteriyaning yuqishida iflos qo'llar va kundalik buyumlar (idish-tovoqlar, ko'rpa-to'shaklar, kiyim-kechaklar, o'yinchoqlar, jo'mraklar, eshik tutqichlari va boshqalar) ma'lum rol o'ynashi mumkin. Shigellalar tevarak-atrofdagi narsalarga axlati bilan tushib, ma'lum vaqtgacha hayotchan bo'lib, epidemiologik jihatdan xavf tug'diradi. Kontakt-maishiy yo'l S.dysenteriae (Grigorev-Shigi) uchun xos.

Dizenterianing tarqalishida, xuddi yo‘g‘on ichak infeksiyalari singari, iflos qo‘llar ham rol o‘ynaydi. Biroq, qo‘llar terining bakteritsidligi tufayli qo‘zg‘atuvchini atrofdagi muhitga qisqa muddatli o‘tkazuvchidir. Yuvmagan qo‘l terisida shigellalar 2-2,5 soat, yuvilgan qo‘l terisida esa 20-25 daqiqa saqlanadi.

Mavsumiylik. Kasallanish yil davomida qayd etiladi, ammo mavsumiy ko‘tarilish may-iyun oylarida boshlanadi va oktyabr-noyabr oylarida kasallanish darajasi asta-sekin pasayadi. Guruhli va epidemik kasallanish asosan dizenteriya qo‘zg‘atuvchilarining oziq-ovqat mahsulotlari va ichimlik suviga tushishi bilan bog‘liq. Oziq-ovqat mahsulotlari ommaviy zararlanganda shigellez kelib chiqishiga ega oziq-ovqat toksikoinfeksiyalari kuzatilishi mumkin.

Ta’sirchanlik

Dizenteriya bilan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar ham, qariyalar ham og‘riydi. Ammo 2-4 yoshgacha bo‘lgan bolalar eng ko‘p zararlanadi. 5-14 yoshdagi bolalarda dizenteriya bilan kasallanish eng kam, 15 yosh va undan katta yosh guruhlarida esa uning ko‘payishi yana qayd etiladi. Biroq, katta yoshdagi aholining kasallanishi yosh bolalarga qaraganda ancha past. Bu odamning dizenteriyaga turlar bo‘yicha beriluvchanligi, bolalar organizmi reaktivligining xususiyatlari, baryer funksiyalar, neyrogumoral va immunologik jarayonlarning yetarlicha yetilmaganligi, retikuloendotelial tizimning takomillashmaganligi bilan izohlanadi. Epidemiologik xususiyatlar ham ahamiyatga ega - bolalar zarur gigiyenik ko‘nikmalarga ega bo‘lmasalar, infeksiyaga ko‘proq moyil bo‘ladilar.

Immunitet Dizenteriya bilan kasallanish immunitetning shakllanishi bilan birga kechadi, organizmning immunologik qayta qurilishi, kasallanishning yoshga bog‘liq tuzilishi, dizenterianing etiologik tuzilishi dinamikasi, takroriy kasallanishlarning nisbatan kam foizi (3-16) bilan tasdiqlanadi. Mahalliy va gumoral immunitet shakllanadi, ularning har birining intensivligi makroorganizmning reaktivligiga bog‘liq. Mahalliy immunitet hal qiluvchi ahamiyatga ega, ammo u qisqa muddatli (1-6 oy) va jinsga xos, gumoral esa kamroq taranglashgan, ammo turga xos va tipga xos.

Dizenteriyaning ilk bosqichidayoq bemorlar axlatida immunoglobulinlar miqdori ancha ko'payadi, 10 kundan keyin koproantitelolar titri sezilarli darajada kamayadi. Oshqozon-ichak traktining immunokompetent hujayralari birinchi navbatda IgA ishlab chiqaradi. Ichakning strukturaviy-funksional o'zgarishlari eng yaqqol namoyon bo'lgan davrda nafaqat sekretor, balki zardob IgA ham paydo bo'ladi. Qon zardobida IgA paydo bo'lishi qon zardobi oqsillarining ichak bo'shlig'iga ko'proq transsudatsiyalanishi bilan tushuntiriladi. Sekretor IgA hujayra himoyasining boshqa mexanizmlari bilan birgalikda oshqozon-ichak traktidan shigellalarning eliminatsiyasiga yordam beradi.

Umumiy immunologik reaksiya kasallik davomida qonda spetsifik va nospetsifik himoya omillari: IgA, IgM, IgG, immun bakteriolizinlar, agglyutinlar, pretsipitinlar, komplement bog'lovchi antitanalar, gemagglyutinlar va boshqalar miqdorining oshishi bilan namoyon bo'ladi, ammo bu komponentlar diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, shigellalar eliminatsiyasi mexanizmlarida alohida rol o'ynamaydi. Shuningdek, ikkala turdagi immunitet ham superinfeksiya, interkurrent kasalliklar (qizamiq, poliomyelit), homiladorlik va tug'ruq, S va A gipovitaminozlar, rentgen nurlanishi, o'ziga xos allergik holatlar ta'sirida beqaror bo'ladi.

Dizenteriyada infeksiyadan keyingi immunitet uzoq davom etmaydi (4-12 oy).

Maxsus profilaktika

Shigellalarda rejali maxsus profilaktika o'tkazilmaydi. Epidemik ko'rsatmalar bo'yicha qo'llaniladi

1. **Shigellvak** vaksinasi, bu S.sonnei kulturasidan ajratib olingan va fizik-kimyoviy usullar bilan tozalangan lipopolisaxarid eritmasidir. Vaksina yuborilgandan 2-3 hafta o'tgach, 1-yil davomida infeksiyaga qarshi immunitetni ta'minlaydi. Vaksina teri ostiga yoki mushak orasiga bir marta yuboriladi.
2. Dizenteriya immunogeni (kimyoviy vaksina). Tarkibida antigenlar mavjud. S.flexneri dan kimyoviy yo'l bilan ajratib olingan S.sonnei. surunkali dizenteriya bilan og'rigan bemorlarni davolash va bakteriya tashuvchilarni sanatsiya qilish uchun antibiotiklar bilan birgalikda qo'llaniladi.

3. Dizenteriyaga qarshi spirtli vaksina. Spirt bilan o'ldirilgan Fleksner va Zonne tayoqchalarini o'z ichiga oladi. Surunkali dizenteriya bilan og'riqan bemorlarni davolashda qo'llaniladi.

4. Infeksiya o'choqlarida dizenteriya shoshilinch profilaktikasi uchun **dizenteriya polivalent bakteriofagi (Dizfag)** suyuq holda, kislotaga chidamli qoplamali tabletkalarda, shamlarda ishlab chiqariladi. U 1,2,3,4,6 tipdagi *S.flexneri* va *S.sonnei* fagolizatlarining steril filtratidan iborat. Bakterial dizenteriya bilan og'riqan bemorlarni davolashda (6 oylikdan), rekonvalessentlarni (bakteriya tashuvchilarni) sanatsiya qilishda va shigellyozning oldini olishda ichiladi yoki rektal qo'llaniladi. Dizenteriyani davolash uchun preparat 6 oylik bolalarga va kattalarga kasallikning birinchi kunidan boshlab 5-7 sutka davomida buyuriladi.

Esherixiozlar (sin. koli-infeksiya) - asosan erta yoshdagi bolalarda esherixiyaning enteropatogen serotiplari keltirib chiqaradigan o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, eksikoz, isitma, oshqozon-ichak trakti disfunktsiyasi, ko'pincha gastroenterit yoki enterokolit ko'rinishidagi uzoq va doimiy toksikoz bilan tavsiflanadi. Esherixiozning kam uchraydigan shakllari tarqalgan bo'lib, odatda kasalxona ichi infeksiyalari sifatida yuzaga keladi.

Etiologiyasi. Esherixiyalar *Proteobacteria* sinfiga *Gammaproteobacteria* tartibiga *Enterobacteriales* oilasiga *Enterobacteriaceae* avlodiga *Escherichia* kiradi. Tibbiy ahamiyatga ega bo'lgan *Escherichia* turkumining asosiy turi *Escherichia coli* (ichak tayoqchasi) *hisoblanadi*. Antigen xususiyatlariga ko'ra, esherixiyalar seroguruhlarga bo'linadi.

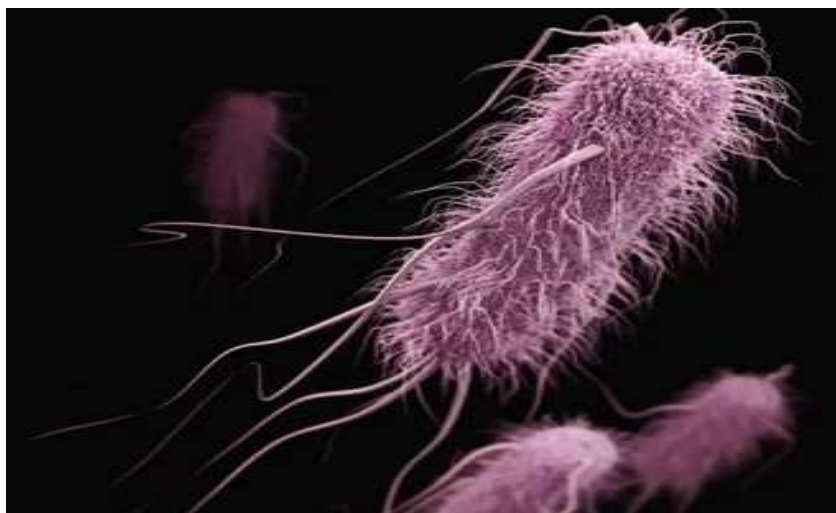
Esherixiyalar 1885-yilda nemis pediatri, bolalar kasalliklari klinikasi professori T. Esherix tomonidan bolaning axlatidan ajratib olingan va *Bacterium coli communis* deb nomlangan.



Teodor Esherix (1857-1911yy.)

Ichak esherixiozlarining qo'zg'atuvchilari ichak tayoqchasining patogen shtammlaridir.

Esherixiylar o'rtacha kattalikdagi (uzunligi 2-6 mkm va kengligi 0,4-0,6 mkm) uchlari yumaloqlangan polimorf to'g'ri yoki biroz egilgan tayoqchalardir. Tayoqchalar yakka-yakka, kamdan kam hollarda juft-juft bo'lib joylashadi. Bahslashmaydi.



Escherichia coli.

E.coli hujayralari archalarga (fimbriyalarga) ega bo'lib, peritrixial joylashgan xivchinlar tufayli harakatchanlikka ega.

Gram bo'yicha esherixiyalar grammanfiy. Mikroskop ostidagi surtmalarda tartibsiz joylashgan, ko'plab esherixiya shtammlari mikrokapsulaga ega. Esherixiyalar aeroblar yoki fakultativ anaeroblardir. Optimal o'sish harorati 35-37°Cda oddiy ozuqa muhitlarida yaxshi o'sadi.

Qarshilik

Atrof-muhitda esherixiyalar yetarlicha barqaror. 60°Cda ular 15 daqiqada, 100°C da - bir zunda nobud bo'ladi. Suvda, tuproqda hayotchanligini oylab saqlaydi. Sutda 30 sutkadan ortiq, bolalar ozuqa aralashmalarida 3 oydan ortiq, o'yinchoq va uy-ro'zg'or buyumlarida 3-5 oygacha saqlanadi. To'g'ridan-to'g'ri quyosh nuri bir necha daqiqadan so'ng esherixiyalarning o'limiga sabab bo'ladi. Esherixiyalar dezinfeksiyalovchi moddalar va antibiotiklarning ko'pchiligiga sezgir. Biroq, ular asosan R-plazmidlarni sotib olish orqali mikroblarga qarshi dorilarga tezda chidamlilikka ega bo'lishlari mumkin.

Antigen tuzilishi

Esherixiyalar tarkibida somatik O-antigen, kapsulali K-antigen va xivchinli N-antigen bo'ladi. Bu antigenlar esherixiyalar serologik klassifikatsiyasining asosi hisoblanadi.

Somatik **O-antigen** esherixiyalarning serologik guruhini belgilaydi. O-antigen 100°C gacha 2,5 soat davomida qizdirilganda parchalanmaydi. Oqsil komponenti immunogen xususiyatlarni, lipid komponenti zaharlilikni, polisaxarid komponenti esa esherixiyalarning serologik o'ziga xosligini belgilaydi.

Kapsula **K-antigen** mukopolisaxaridlar bilan ifodalanadi. K-antigen hujayralar yuzasida joylashadi, shuning uchun O-zardoblar bilan esherixiyalar agglyutinatsiyasiga to'sqinlik qilishi mumkin. Bunday holda, O-antigenni faqat K-antigenni ikki soat davomida qaynatish orqali parchalagandan keyingina aniqlash mumkin.

xivchinli **N-antigen** (flagellin oqsili) tipik spetsifiklikka ega. Esherixiyalarda 57 xil N-antigen mavjud. O-, K- va N-antigenlarning mumkin bo'lgan kombinatsiyalari soni 2000 dan ortiq.

Patogenlik omillari

Esherixiyalar patogenligining asosiy omillari adgeziya va kolonizatsiya omillari, invaziya omillari, endotoksinlar va ekzotoksinlar hisoblanadi.

Adgeziya va kolonizatsiya omillari bakteriyalarning organizm hujayralariga birikishi va to‘qimalarni kolonizatsiya qilishi uchun zarur. Adgezinlar yo yuzaki fimbrial tuzilmalar (pili) yoki tashqi membrananing nofimbrial oqsillari hisoblanadi.

Afimbrial adgezinlar, uroepitelial hujayralar retseptorlarida esherixiyalar adgeziyasini keltirib chiqaradi.

Yana bir afimbrial adgezin oqsil **karlin** (curli) bo‘lib, u shilliq pardalarda adgeziya, hujayra agregatsiyasi va bioplyonkalar hosil bo‘lishini ta’minlaydi.

Invaziya omillari. Invaziya omillari vazifasini tashqi membrana oqsillari bajaradi, ular yordamida enteroinvaziv *E.coli* ichak epitelial hujayralariga kirib, ularda ko‘payadi va ularning parchalanishiga olib keladi.

Ekzotoksinlar. Escherichia ekzotoksinlariga enterotoksinlar va shigasimon toksinlar kiradi.

Enterotoksinlar ichak epitelial hujayralari tomonidan natriy, kaliy, xlor, bikarbonat ionlarining gipersekretsiyasini rag‘batlantiradi, bu esa suv-tuz almashinuvining buzilishiga va diareya rivojlanishiga olib keladi.

Bu toksinga retseptorlar ko‘proq ingichka ichak enterotsitlarida bo‘ladi, shuning uchun ham ingichka ichak patologik jarayonga ko‘proq tortiladi.

Shigaga o‘xshash toksin ekzotoksin bilan o‘xshash *Shigella dysenteriae*. Aynan shu toksin gemorragik kolit, gemolitik-uremik sindrom rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

Endotoksin esherixiy lipopolisaxarid (LPS) bo‘lib, ichak shilliq qavatining mikrotsirkulyator oqimi tomirlariga zarar yetkazadi, sitokinlar ekspressiyasini keltirib chiqaradi, bu esa yallig‘lanish rivojlanishiga olib keladi.

Gemolizin - eritrotsitlarni lizisga uchratuvchi termolabil yuqori molekulali oqsil.

Epidemiologiyasi.

Esherixiyalarning tabiiy yashash joyi odam, hayvonlar, qushlar, sudralib

yuruvchilar, baliqlar ichaklarining distal qismidir. Esherixiyalar sanitar-ko'rsatkichli mikroorganizmlar qatoriga kiradi. Suvda, tuproqda, oziq-ovqat mahsulotlarida, kundalik buyumlarda ichak tayoqchasining mavjudligi tashqi muhit obyektlarining fekal ifloslanishidan dalolat beradi.

Infeksiya qo'zg'atuvchisining manbai o'tkir davrdagi bemor, rekonvalessent yoki sog'lom tashuvchi (2-3% hollarda) hisoblanadi. Ichak esherixiozi bilan og'rigan bemorning yuqumlilik davri odatda kasallik boshlanganidan 5-10 kun davom etadi, shu bilan birga enterotoksigen va enterogemorragik shtammlar bilan bog'liq esherixiozlarda u qisqaroq, enteroinvaziv va enteropatogen shtammlar bilan bog'liq esherixiozlarda esa uzoqroq (1-2 hafta) bo'ladi. E.coli enteropatogen shtammlarining ba'zi serovarlari 3 haftadan keyin ajratib olingan.

Esherixiozning **yuqish mexanizmi** - fekal-oral.

Uzatish yo'llari - suv, oziq-ovqat, maishiy. JSST ma'lumotlariga ko'ra, enterotoksigen va enteroinvaziv esherixiyalar ko'pincha oziq-ovqat orqali, enteropatogen esherixiyalar esa muloqot-maishiy yo'l bilan yuqadi. Ko'pincha kasalliklar infeksiyalangan sut va sut mahsulotlari bilan bog'liq bo'ladi. Patogen esherixiyalar keltirib chiqaradigan kasalliklar ko'pincha issiq iqlimli mamlakatlarga borgan sayohatchilarda (sayohatchilar diareyasi) uchraydi. Infeksiyalarning tarqalishiga tashqi muhit obyektlarining oqava suvlar bilan ifloslanishi, sanitariya-gigiyena sharoitlarining buzilishi, oziq-ovqat mahsulotlarining (go'sht, sut va sabzavot mahsulotlari) esherixiyalar bilan ifloslanishi sabab bo'ladi, deb taxmin qilinadi. JSST ma'lumotlariga ko'ra, esherixiozlar chaqaloqlar va erta yoshdagi bolalarda uchraydigan diareya kasalliklari orasida birinchi o'rinni egallaydi.

Uzatish omillari oziq-ovqat mahsulotlari, kundalik buyumlar, bolani parvarish qilishda (onalar, bolalar muassasalari va shifoxonalar xodimlarining qo'llari) xizmat qiladi. Esherixiozlar tarqalishida suvning roli isbotlangan. Oziq-ovqat mahsulotlaridan sut va sut mahsulotlari, shuningdek, tayyor taomlar eng ko'p yuqish omillari bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Ichak esherixiozlari qo'zg'atuvchilarining odam organizmiga tushishi barcha ichak infeksiyalari uchun odatiy yo'l - suv, oziq-ovqat, maishiy yo'l bilan sodir bo'ladi.

Esherixiyalar keltirib chiqaradigan kasalliklar rivojlanish mexanizmlari va klinik ko‘rinishlari bilan farqlanadi. Ichak tayoqchalarining quyidagi guruhlarini farqlanadi:

- nopatogen (rezident) esherixiyalar;
- Ichakdan tashqari kasalliklarni keltirib chiqaradigan va endogen kelib chiqishga ega bo‘lgan esherixiyalar;
- kelib chiqishi ekzogen bo‘lgan diareogen esherixiyalar.

Nopatogen (rezident) esherixiyalar odam ichagining normal mikrobiotsenozi vakillari hisoblanadi. Ular ichak normal mikrobiotsenozining boshqa vakillari bilan birgalikda organizmning kolonizatsion rezistentligini ta’minlaydi. Patogen bo‘lmagan ichak tayoqchalarining tipik vakili *E. coli* O6:K5:H1 Nissle 1917 shtammi bo‘lib, uning asosida probiotiklar ishlab chiqarishda qo‘llaniladigan *E. coli* M-17 varianti tanlangan.

Ba’zi hollarda esherixiyalar boshqa ekologik bo‘shliqlarga (masalan, siydik-tanosil tizimi, o‘t yo‘llari, nafas olish a’zolari va boshqalarga) o‘tishi mumkin. Ekologik tokchaning o‘zgarishi natijasida bunday bakteriyalar, ayniqsa immunitet tanqisligi fonida (**shartli-patogen esherixiyalar**) yiringli-yallig‘lanish jarayonlarini keltirib chiqarishi mumkin. Bunday ichakdan tashqari kasalliklar, odatda, endogen yo‘l bilan kelib chiqadi va rezident esherixiyalarga nisbatan fermentativ faolligi o‘zgargan shtammlar tomonidan qo‘zg‘atiladi. Esherixiyalar orasida **patogen esherixiyalar** guruhi ajratiladi, ular ichki a’zolarida patologik jarayonning lokalizatsiyasi bilan yuqumli kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin. Patogen esherixiyalarga **parenteral esherixiozlar qo‘zg‘atuvchilari** yoki **ekstraintestinal patogen esherixiyalar** (Extraintestinal pathogenic *E.coli* -ichakdan tashqari kasalliklar qo‘zg‘atuvchilari) va *diareogen (ichak) esherixiyalar (Diarheagenic E.coli -o‘tkir ichak infeksiyalari qo‘zg‘atuvchilari)* kiradi. Patogen esherixiyalar ekzogen kelib chiqishga ega. *Parenteral esherixiozlar qo‘zg‘atuvchilariga parenteral esherixiozlar kiradi* *uropatogen esherixiyalar (UPEC - Uropathogenic E. coli)*, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar meningitlarini keltirib chiqaradigan esherixiyalar (*NMEC - Neonatal Meningitis E.coli*), sepsis bilan bog‘liq patogen esherixiyalar (*SePEC - Sepsis*

associated pathogenic E. coli).

Diareogen esherixiyalar patogenlikning u yoki bu omillari mavjudligi va kasallikning patogenetik xususiyatlariga qarab quyidagi guruhlariga bo'linadi:

- enterotoksigen *E. coli* (Enterotoxigen *E. Coli*.)
- enteroinvaziv *E. coli* (Enteroinvaziv *E. Coli*.)
- enteropatogen *E. coli* (Enteropatogen *E. coli*.)
- enterogemorragik *E. coli* (Enterohemorragic *E. Coli*.)
- enteroagregativ ichak tayoqchalari (Enteroaggregative *E. coli*.)
- diffuz-adherent ichak tayoqchalari (Diffusely Adherent *E. coli*.)

Uropatogen ichak tayoqchalari siydik yo'llari epiteliysiga adgeziyaga ega bo'lgan, sitotoksik nekrozlovchi omil ishlab chiqaradigan va gemolitik faollikka ega bo'lgan seroguruhlariga kiradi. Infeksiya ko'pincha ayollarda uchraydi, bunga siydik chiqarish tizimining o'ziga xos xususiyatlari yordam beradi. Bakteriyalar uretra og'zidan qovuqqa tushib, siydikda ko'payadi va yallig'lanish (sistit) kasalligini keltirib chiqaradi. Yallig'lanishning avj olib borishida epiteliotsitlar uropatogen shtammlar bilan o'zaro ta'sirga kirishganida ishlanib chiqadigan yallig'lanish sitokinlari - xemokinlar muhim ahamiyatga ega.

Meningitlarni keltirib chiqaruvchi esherixiyalar ko'pincha chala tug'ilgan chaqaloqlarda aniqlanadi. Ular sial kislotasi polimeridan tashkil topgan mikrokapsulaga ega. Mikrokapsula bakteriyalarning fagotsitoziga to'sqinlik qiladi. Shunga o'xshash esherixiyalar qon oqimiga, so'ngra markaziy nerv sistemasiga o'tadi.

Sepsis bilan bog'liq esherixiyalar fimbrial va afimbrial adgezinlarga ega bo'lib, fagotsitozga chidamli.

Enterotoksigen ichak tayoqchalari ingichka ichakka ta'sir qiladi. ETIT patogenligining asosiy omillari kolonizatsiya omillari, termolabil va termostabil enterotoksinlar hisoblanadi. Adgeziya va kolonizatsiya omillari hisobiga ingichka ichakning proksimal qismlariga joylashish sodir bo'ladi. Bir vaqtning o'zida ETIT termolabil va termostabil enterotoksinlarni ishlab chiqaradi, ular ichakda suv-tuz almashinuvini buzib, vorsinkalarning hoshiyali hujayralari tomonidan elektrolitlar va

suvning soʻrilishini bostiradi va bir vaqtning oʻzida kript hujayralari tomonidan ularning sekretsiasini stimullaydi, **diareya sindromi - vaboga oʻxshash kasallik** (sayohatchilar diareyasi) rivojlanishiga olib keladi. Kasallikning rivojlanishi uchun 10^8 - 10^{10} zararlovchi dozasi yetarli. Inkubatsion davri 1-3 kun. Klinik jihatdan olganda infeksiya oʻtkir boshlanadi va suvsimon profuz diareya, koʻngil aynishi, qusish, ichak spazmlari, isitma, keskin suvsizlanish bilan birga davom etib boradi. Ich suyuq, suvsimon, sutkasiga 10-15 martagacha keladi. Shilimshiq va qon aralashmagan suyuq axlatli diareya shilliq pardaning vorsinkali hujayralari tomonidan elektrolitlar va suvning soʻrilishi kamayganida hoshiyali hujayralar tomonidan natriy, xlor va suv ionlarining gipersekretsiasini tufayli sekretor diareya deb ataladi. Tana harorati odatda normal, baʼzan subfebril boʻladi. Kasallikning davomiyligi 3-5 kun. Chaqnashlari suvli, kamroq oziq-ovqatli. Mavsumiyligi yozgi. 1 yoshdan 3 yoshgacha boʻlgan bolalar va kattalar kasallanadi.

Enteroinvaziv esherixiyalar yonbosh va yoʻgʻon ichakning pastki qismi **epiteliy hujayralariga** kiradi va **koʻpayadi (hujayra ichida parazitlik qilish)**. EIIT ichak shilliq qavatining epitelial hujayralariga kirib, ularda **koʻpayadi** va shilliq qavatning destruksiyasini keltirib chiqaradi. Inkubatsion davri 1-2 kun. EIIT qisqa muddatli suvli diareya, toksikoz, holsizlik, qorindagi toʻlgʻoqsimon ogʻriqlar bilan tavsiflangan **oʻtkir dizenteriyaga oʻxshash kasallikni** keltirib chiqaradi. Haroratning $38-39^{\circ}\text{C}$ gacha koʻtarilishi xarakterli. Axlatga qon va shilimshiq aralashgan boʻlishi mumkin (invaziv tipdagi diareya). Kasallikning davomiyligi 5-7 kun, baʼzan 2 haftagacha. Infeksiyalovchi doza 10^5 hujayrani tashkil etadi. 1,5 yoshdan 2 yoshgacha boʻlgan bolalar kasallanadi, lekin oʻsmirlar va kattalar kasallanishi mumkin. Mavsumiyligi yozgi-kuzgi. Oziq-ovqat, suv chaqnashlari.

Enteropatogen esherixiyalar ingichka ichakni zararlaydi. EPIT epiteliy hujayralariga yopishib, epiteliy yuzasida koʻpayadi va mikrovorsinkalarni yoʻq qiladi, natijada epiteliy eroziyasiga olib keladi. EPIT ning yuqtiruvchi dozasi 10^5 - 10^{11} hujayrani tashkil etadi. EPIT qoʻzgʻatgan infeksiyada inkubatsion davr 1-5 kunni tashkil etadi. Klinik jihatdan olganda bu infeksiyada uzoq davom etadigan suvsimon ich ketishi, qorinda ogʻriq turishi, qusish, suvsizlanish simptomlari (kolienterit) kuzatiladi. Kuniga

2-3 marta qusish va kuniga 5-8 martagacha suyuq axlat kelishi xarakterlidir. Ba'zan axlatda shilimshiq aralashmasi topiladi. Infeksiya yuqishining kontakt-maishiy yo'li xarakterlidir. Ko'pincha ikki yoshgacha bo'lgan bolalar kasallanadi. Kasallik chaqaloqlar bo'limida kasalxona ichi infeksiyasi sifatida kechishi mumkin. Mavsumiylik ifodalanmagan. Maishiy, kamdan-kam hollarda oziq-ovqat chaqnashlari.

Enterogemorragik esherixiyalar EGIT Shiga o'xshash toksinlarni ishlab chiqaradi, ular qonga o'tib, ichak qon tomirlari endoteliysini parchalaydi. Buning natijasida qon oqimi buziladi, qon ketadi, ishemiya va hujayra devorining nekrozi (gemorragik kolit) rivojlanadi. EGIT kolit sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Inkubatsion davri 2-3 kun. Qorinda to'lg'oqsimon og'riqlar, ko'ngil aynishi, qusish, kuniga 5-10 martagacha suyuq axlat kelishi xarakterlidir. Ushbu infeksiyada najas qon bilan keladi. Bemorlarning bir qismida gemolitik-uremik sindrom, Gassera sindromi rivojlanishi mumkin, bu simptomlar triadasi (gemolitik anemiya, trombotsitopeniya, o'tkir buyrak yetishmovchiligi) bilan tavsiflanadi va o'limga olib kelishi mumkin. Chaqnash turi - oziq-ovqat. **Infeksiya manbai** - qoramol va qo'ylar. Asosiy yuqish yo'li alimentar (termik ishlov berilmagan go'sht mahsulotlari va sutni iste'mol qilish). Mavsumiyligi yozgi-kuzgi. Barcha yosh guruhlari kasallanadi. Bolalar va kattalar kasallanadi. Kasal odam atrofdagilar uchun yuqumli. **Enteroagregativ ichak tayoqchalari** (EAIT) sitotoksinlar hosil qilmaydi va epitelial hujayralarga kirmaydi. Ular ingichka ichak epiteliysini zararlaydi va autoagglyutinatsiyaga moyil bo'ladi. Ular epiteliy hujayralariga yopishib olib, g'isht devor ko'rinishidagi agregatlarni hosil qiladi. EAIT biriktirilgandan so'ng, hujayralarning shilliq ishlab chiqarishini rag'batlantiradi, bu esa qalin shilliq bioplyonka hosil bo'lishiga olib keladi. EAIT ingichka va yo'g'on ichakni egallaydi, sekretor diareyani keltirib chiqaradi, bolalar va kattalarga ta'sir qiladi.



Bolaning och ichak shilliq qavatidagi EAIT.

Immunitet. Ichak tayoqchasining patogen shtammlari keltirib chiqargan kasallikdan so'ng taranglashmagan, serovarospetsifik immunitet rivojlanadi, koli-infeksiya E.coli ning juda xilma-xil enteropatogen serologik turlari bilan bog'liq bo'lishi mumkinligini va har bir tur ma'lum bir antigen tuzilishiga ega ekanligini hisobga olgan holda, esherixiyaning patogen shtammlariga qarshi immunitet masalalari juda murakkab deb hisoblanishi kerak. Tabiiy immunitet hazm yo'li orqali organizmga tushgan bakteriyalarga qarshi evolyutsion yo'l bilan paydo bo'lgan tabiiy himoya omillari bilan bog'liq. Tabiiy immunitetning shakllanishida ichakdagi simbiotik mikrofloraning ahamiyati katta. Koli-infeksiya bilan kasallanish bolalarning yoshiga bog'liq. Ichak tayoqchasining enteropatogen serotiplari mavjud bo'lgan diareyalar birinchi yarim yillikdagi bolalarda normal ovqatlanish bilan ham, past ovqatlanish bilan ham, ko'krak, aralash va sun'iy ovqatlantirish bilan bir xil darajada kuzatiladi. Bir yoshning ikkinchi yarmida va undan katta yoshdagi bolalar orasida diareya ko'pincha nimjon, kam ovqatlanadigan, biror kasallik bilan og'rigan bolalarda uchraydi. Shunday qilib, bolalarda o'tkir ichak buzilishlari faqat organizmning yoshga bog'liq yoki o'zgargan reaktivligi mavjud bo'lgandagina paydo bo'ladi. Bolalar organizmining o'sishi va rivojlanishi bilan uning ichak mikroflorasiga moslashishi patogen va nopatogen enterobakteriyalarga nisbatan faol immunitetning oshishi sodir bo'ladi. Bolalar koli-infeksiya qo'zg'atuvchilariga qarshi antitelolarsiz tug'iladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqqa ona suti bilan A11S immunoglobulinlari, laktoferrin o'tadi, u sekretor

immunoglobulinlar ishtirokida eshirixiyaning enteropatogen serotiplariga nisbatan yaqqol bakteriostatik ta'sirga ega.

Profilaktika. Esherixiozlarning spetsifik profilaktikasi ishlab chiqilmagan. Nospetsifik profilaktikaning asosini sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi tadbirlar: gigiyena qoidalariga rioya qilish, oziq-ovqat mahsulotlariga termik ishlov berish tashkil etadi. Infeksiyaning yuqumliligi va tarqalishi sanitariya-epidemiologik sharoitlarga, shuningdek, bolalarning yoshi va sog'lig'i holatiga kuchli bog'liq. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar, shuningdek, noto'g'ri aralash ovqatlanadigan, yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklarga chalingan bolalar koli-infeksiyaga eng moyil bo'ladi.

Esherixiyaning enteropatogen serotiplari tufayli kelib chiqqan ichak infeksiyalari bo'lgan bolalarni izolyatsiya qilish va kasalxonaga yotqizish kerak. Yosh bolalar organizmining rezistentligini oshirish ishida ichakda ovqat hazm qilishni normallashtirishga qaratilgan chora-tadbirlar alohida ahamiyatga ega. Bunga ko'p jihatdan ularda bifidofloraning kolifloradan ustunligini tiklashga yordam beradigan ratsional parhezni tayinlash yordam beradi, bunga ko'pincha tabiiy oziqlantirish (ona suti) orqali erishiladi. Tabiiy ovqat bilan boqiladigan chaqaloqlarning ichagida mikroorganizmlar sun'iy ovqat bilan boqiladigan bolalarning ichagidagiga qaraganda ancha ko'p bo'ladi, chunki og'iz sutida asosan esherixiyalar va boshqa grammanfiy bakteriyalarga qarshi ishlatiladigan G, M, A sinfiga mansub immunoglobulinlar anchagina bo'ladi. Keyinchalik bu immunogenlarni bolalar organizmining o'zi ishlab chiqaradi.

To'g'ri vitaminlashtirilgan to'laqonli ovqatlanish, suv-ovqat rejimiga rioya qilish profilaktika chora-tadbirlarining muhim bo'g'ini hisoblanadi.

Asosiysi, ichak koli-infeksiyasining oldini olish, kimyoviy va antibiotik terapiyadan keyin disbakteriozga qarshi kurashish. Disbakteriozni bartaraf etish maqsadida kolibakterin, bifidumbakterin, laktobakterin kabi bakterial preparatlar tavsiya etiladi. Gelmitsizlantirish, lyambliya va boshqa soddajonivorlarga qarshi kurashish ma'lum ahamiyatga ega. Tirik organizmda yashash sharoitiga moslashgan spetsifik koliprotey bakteriofagining qimmatli xususiyati shundan iboratki, u 97,8%

hollarda oddiy ichak tayoqchalarini lizisga uchratadi, disbakterioz chaqirmaydi. Koliprotey fagining bu xususiyatlari uni shoshilinch profilaktika sifatida qo'llash imkonini beradi. Vaksinoprofilaktika va seroprofilaktika hali ishlab chiqilmagan.

O'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanishning oldini olish bo'yicha sanitariya-gigiyena, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni tashkil etish va o'tkazish

O'tkir ichak kasalliklarining oldini olish bo'yicha epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar

1. O'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallangan bemorlarni aniqlash tartibi:

1.1. O'tkir ichak infeksiyalariga shubha qilingan bemorlarni aniqlash barcha sog'liqni saqlash muassasalarining shifokorlari (feldsherlari) tomonidan ambulatoriya qabuli, uyga tashrif buyurish, tibbiy ko'riklar, tibbiy yordamning barcha bosqichlarida dispanserizatsiya paytida amalga oshiriladi. Tashxis kasallikning klinik ko'rinishlari, laboratoriya tekshiruvlari ma'lumotlari va epidemiologik anamnez asosida qo'yiladi. O'tkir ichak infeksiyasi bilan kasallangan bemorni (yoki shubha tug'ilganda) aniqlagan tibbiyot xodimi 12 soat ichida hududiy SEOvaJSXga telefon orqali xabar beradi, shu bilan birga shoshilinch xabarnomani to'ldiradi (f. 58/U) bemorga, keyinchalik 24 soat ichida uning SEOvaJSXga o'tishi bilan.

1.2. **Oziq-ovqat korxonalari xodimlari orasidagi bemorlar** va ularga tenglashtirilgan shaxslar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2012-yil 10-iyuldagi 200-sonli "Ishga qabul qilishda xodimlarni dastlabki va davriy tibbiy ko'rikdan o'tkazish tizimini takomillashtirish to'g'risida"gi buyrug'iga muvofiq laboratoriya tekshiruvi paytida aniqlanadi.

1.2.1. Alohida hududda o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish ko'tarilganda, epidemik ahamiyatga ega bo'lgan obyektlardagi buzilishlarni aniqlash amalga oshiriladi.

Tekshirilishi kerak bo'lgan kontingent va tadqiqotlar hajmi epidemiolog shifokor tomonidan belgilanadi.

1.2.2. Muayyan korxona mahsuloti bilan bog'liq hududda kasallanish ko'tarilganda, ushbu korxona yoki uchastkadan foydalanish to'xtatiladi, barcha ishlovchilarni 2 marta bakteriologik tekshirish tayinlanadi, poliklinika yoki statsionar sharoitida to'liq klinik tekshiruvdan foydalanish mumkin.

1.3. Bolalar orasida kasallarni aniqlash maktabgacha ta'lim muassasalari, maktab-internatlar, yozgi sog'lomlashtirish muassasalarida.

Bolalar maktabgacha tarbiya bolalar jamoalariga rasmiylashtirilayotganda uchastka vrach-pediatrining umumiy salomatlik holati to'g'risidagi ma'lumotnomasi bo'lganda va yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlar bilan muloqotda bo'lmaganda bakteriologik tekshiruvsiz qabul qilinadi.

Har qanday kasallikni boshdan kechirgan yoki uzoq (5 kun va undan ortiq) bo'lmaganidan keyin bolalar muassasalariga qaytib kelgan bolalarni qabul qilishga uchastka vrachining yoki statsionarning kasallik diagnozi yoki bo'lmaslik sababi ko'rsatilgan ma'lumotnomasi bo'lgan taqdirdagina yo'l qo'yiladi.

Bolani ertalab qabul qilishda ota-onalardan bolaning umumiy ahvoli, axlatining xarakteri to'g'risida so'rab-surishtirish zarur. Ichak kasalliklariga xos shikoyatlar va klinik simptomlar bo'lsa, bola darhol izolyatsiya qilinadi. Agar suyuq najas, qusish bo'lsa, undan laboratoriya tekshiruvi uchun material olinadi. Keyingi kuzatuv va davolash (uyda yoki statsionarda) uchastka pediatri yoki infeksionisti tomonidan olib boriladi.

2. Laboratoriya tadqiqotlari uchun material to'plash va laboratoriyaga yetkazish. O'tkir ichak infeksiyasi bilan kasallangan bemordan material olish etiotrop davolash boshlanishidan oldin amalga oshiriladi va birlamchi tashxis qo'ygan shifokor (feldsher) zimmasiga yuklatiladi.

Olingan material (qusuq massalari, me'daning yuvindi suvlari, najas massalari) enteropatogen bakteriyalar guruhining qo'zg'atuvchilarini aniqlash uchun bakteriologik laboratoriyaga tekshirish uchun yuboriladi.

Qo'zg'atuvchilarning boshqa guruhlari (viruslar, shartli patogen bakteriyalar, iyersiniyalar, kampilobakteriyalar va boshqalar) ni tekshirish zarurati aniq sharoitlarga (klinik ko'rinish, epidvaziyat, mavsumiylik va boshqalar) qarab shifokor tomonidan belgilanadi va yo'llanmada alohida ko'rsatiladi.

Barcha hollarda oziq-ovqat va ularga tenglashtirilgan korxonalar va muassasalarga ishga kirayotgan shaxslarni tekshirish uchun material olish davolash-profilaktika yoki sanitariya-profilaktika muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

O'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslardan material olish davolash-profilaktika muassasalari, bolalar maktabgacha tarbiya muassasalari, maktablar, maktab-internatlar, yozgi sog'lomlashtirish muassasalari hamda boshqa tibbiyot muassasalari va korxonalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

Statsionarga yotqizish uchun kelgan bemorlardan bakteriologik ekish uchun material qabul bo'limidan olinadi.

Bakteriologik tekshirish uchun material laboratoriyaga probirkalar shikastlanmaydigan idishda keltiriladi va maxsus yo'llanma bilan kuzatib boriladi. Tekshiriluvchilarning o'z kuchi bilan materialni laboratoriyaga olib kelish qat'iyan man etiladi. Laboratoriyaga yetkazib berish muddati namuna olingandan keyin 2 soatdan kechiktirilmaydi.

Materialni o'z vaqtida yetkazib berishning iloji bo'lmaganda, u muzlatgichga joylashtiriladi va olinganidan keyin 12 soatdan kechiktirmay tadqiqotga yuboriladi. Najas namunalarini rotaviruslar, enteroviruslar, kampilobakteriyalarga tekshirish uchun albatta sovutgichning muzlatgich kamerasida saqlash kerak.

3. O'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallangan bemorlarni kasalxonaga yotqizish

O'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarni kasalxonaga yotqizish klinik va epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha amalga oshiriladi.

3.1. Klinik ko'rsatmalar:

3.1.1. Kichik yoshdagi bolalarda barcha og'ir va o'rtacha og'ir shakllari;

3.1.2. Keskin zaiflashgan va yo‘ldosh kasalliklar bilan og‘irlashgan shaxslarda o‘tkir ichak infeksiyalari;

3.2. Epidemiologik ko‘rsatmalar.

3.2.1. Bemorning yashash joyida epidemiyaga qarshi zarur rejimga rioya qilishning imkoni yo‘qligi;

3.2.2. Oziq-ovqat korxonalari xodimlari va ularga tenglashtirilgan shaxslar tashxisni aniqlashtirish talab qilingan barcha hollarda kasalxonaga yotqizilishi kerak.

4. Epidemik ahamiyatga ega bo‘lgan obyektlarda ishlovchi bemorlarni statsionardan chiqarish tartibi.

4.1. Oziq-ovqat korxonalari xodimlari va ularga tenglashtirilgan shaxslar, maktabgacha bolalar muassasalariga, maktab-internatlarga, yozgi sog‘lomlashtirish muassasalariga qatnaydigan bolalar statsionarda yoki uyda davolanish tugaganidan keyin 1-2 kun o‘tgach bir marta bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi.

4.2. 4.1-bandga taalluqli bo‘lmagan bemorlar toifalari klinik sog‘ayishdan so‘ng chiqariladi. Ularni kasalxonadan chiqarishdan oldin bakteriologik tekshirish zarurligi yuqumli kasalliklar shifokori tomonidan aniqlanadi.

4.3. Shifoxonadan chiqishdan oldin o‘tkazilgan bakteriologik tekshiruv natijasi musbat bo‘lsa, davolash kursi takrorlanadi.

4.4. Bemor statsionardan chiqarilganda, statsionar shifokori kasallikning klinik va etiologik tashxislari, o‘tkazilgan davolash to‘g‘risidagi ma’lumotlar, barcha tekshiruvlar natijalari, dispanserizatsiya bo‘yicha tavsiyalarni o‘z ichiga olgan kasallik tarixidan ko‘chirmani rasmiylashtirishi va poliklinikaga topshirishi shart.

5. Kasallikka chalinganlarni ishga, MTMga, maktab-internatlarga, yozgi sog‘lomlashtirish muassasalariga qo‘yish tartibi

5.1. Oziq-ovqat obyektlari xodimlari va ularga tenglashtirilgan shaxslar, MTM, maktab-internatlar, yozgi sog‘lomlashtirish muassasalariga qatnaydigan bolalar kasalxonadan chiqqandan yoki uyda davolangandan keyin sog‘ayganlik to‘g‘risidagi ma’lumotnoma asosida va bakteriologik tahlilning salbiy natijasi mavjud bo‘lgan taqdirda ushbu muassasalarga ishga va u yerga borishga qo‘yiladi. Qo‘shimcha bakteriologik tekshiruv o‘tkazilmaydi.

5.2. Maktab-internatlar va yozgi sog‘lomlashtirish muassasalarining bolalari kasallikni boshdan kechirgandan keyin bir oy mobaynida ovqatlanish blokida navbatchilikka qo‘yilmaydi.

5.3. Davolashning takroriy kursidan keyin o‘tkazilgan nazorat tekshiruv natijalari ijobiy bo‘lganda, oziq-ovqat mahsulotlarini ishlab chiqarish, saqlash, tashish va sotish bilan bog‘liq bo‘lmagan boshqa ishga o‘tkazish bilan dispanser kuzatuv belgilanadi. Agar bunday shaxslarda dizenteriya qo‘zg‘atuvchisini aniqlash kasallikni boshdan kechirgandan keyin uch oydan ortiq davom etsa, u holda VKK qarori bilan ular dizenteriyaning surunkali shakli bilan kasallangan bemorlar sifatida oziq-ovqat mahsulotlari bilan bog‘liq bo‘lmagan ishga o‘tkaziladi.

6. Epidemiologik tekshiruvni tashkil etish

Epidemiologik tekshiruv:

6.1. O‘tkir ichak infeksiyasi bilan kasallanganlarda epidemik ahamiyatga molik va ularga tenglashtirilgan obyektlarda ishlaydigan shaxslar va maktabgacha ta‘lim muassasalariga qatnaydigan bolalar va 2 yoshgacha bo‘lgan uyushmagan bolalar;

6.2. Bir vaqtning o‘zida va takroriy bir nechta kasallik holatlari bo‘lgan barcha o‘choqlar o‘tkir ichak infeksiyasi.

Boshqa hollarda o‘choqlarni tekshirish zarurati epidemiolog tomonidan epidemik vaziyatni, retrospektiv tahlil materiallarini hisobga olgan holda belgilanadi;

6.3. Xonadonli o‘choqlarda oziq-ovqat korxonalarining xodimlari va ularga tenglashtirilgan, maktabgacha bolalar muassasalari, maktab-internatlar, yozgi sog‘lomlashtirish jamoalariga qatnaydigan shaxslar, shuningdek 2 yoshgacha bo‘lgan uyushmagan bolalar bir marta bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi. Yuqorida ko‘rsatilgan kontingent ishdan va uyushgan jamoalarga tashrif buyurishdan chetlashtirilmaydi.

6.4. Bolalar maktabgacha tarbiya, davolash-profilaktika muassasalarida, oziq-ovqat korxonalarida va ularga tenglashtirilgan obyektlarda, ish, o‘qish joylarida.

Birinchi holat o‘tkir ichak infeksiyasi paydo bo‘lganda, epidemiologik tekshiruv zarurligi epidemiolog shifokor tomonidan hal qilinadi. Kasallik qayta paydo bo‘lganda

epidemiologik tekshiruv tegishli sanitariya-gigiyena mutaxassislari ishtirokida kompleks ravishda o'tkaziladi.

Uy sharoitida ham, MTMda ham, oziq-ovqat obyektlarida ham o'choqlarni epidemiologik tekshirishda bakteriyalarning enteropatogen va sanitariya-ko'rsatkich guruhini aniqlash uchun mahsulotlar, suv, yuvindilardan namunalar olish tavsiya etiladi.

O'tkir ichak infeksiyasi bilan kasallangan bemorlar bilan muloqotda bo'lganlarni bakteriologik tekshirish quyidagi holatlarda o'tkaziladi:

- kattalar va bolalar jamoalarida bir vaqtning o'zida yuzaga keladigan kasalliklar;
- bolalar yaslilarida, bolalar maktabgacha tarbiya muassasalari guruhlarida va epidemik ahamiyatga ega bo'lgan obyektlarda o'tkir diareya holati.

Qolgan hollarda bakteriologik tekshiruv hajmi va soni epidemiolog shifokor tomonidan belgilanadi.

7. O'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallangan bemorlarni tibbiy kuzatish:

7.1. Bolalar maktabgacha tarbiya muassasalarida, kasalxonalarda, sanatoriylarda, maktab-internatlarda, yozgi sog'lomlashtirish muassasalarida va oziq-ovqat mahsulotlarini ishlab chiqarish, saqlash va sotish bilan bog'liq obyektlarda aloqada bo'lganlarni kuzatish ko'rsatib o'tilgan muassasalarning tibbiyot xodimlari va hududiy davolash-profilaktika muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi.

7.2. Oziq-ovqat korxonalari va ularga tenglashtirilgan korxonalar xodimlari kontingentiga mansub shaxslar va maktabgacha bolalar muassasalariga, yozgi sog'lomlashtirish jamoalariga qatnaydigan bolalar kvartira o'choqlarida tibbiy kuzatuvga olinadi.

Muloqotda bo'lgan shaxslar ustidan tibbiy kuzatuv ish va o'qish joyida amalga oshiriladi.

7.3. Tibbiy kuzatuv davomiyligi 7 kunni tashkil etadi; har kuni salomatlik holati to'g'risida so'rov o'tkaziladi, ko'rikdan o'tkaziladi, najas xarakteri kuzatiladi, bolalar yasli guruhlarida najas tabeli yuritiladi, termometriya o'tkaziladi.

7.4. Aniqlangan etiologiyali o'tkir ichak infeksiyasida kuzatuv davomiyligi va xususiyati ajratib olingan qo'zg'atuvchiga qarab tegishli tavsiyalar bilan belgilanadi.

7.5. Kuzatuv ma'lumotlari ambulator kartalarda va bolaning rivojlanish tarixida aks ettiriladi.

7.6. Organizmning nospetsifik rezistentligini oshirish maqsadida, o'tkir ichak infeksiyalari o'choqlarida, erta yoshdagi, chala tug'ilgan, zaiflashgan, og'irlashgan holatdagi bolalarga (gipotrofiya, raxit, anemiya va b.) biologik preparatlar (bifido, laktobakteriyalar va *Saharomyces boulardi* tarkibida biologik preparatlar) va bifidobakteriyalar bilan boyitilgan bolalar oziq-ovqat mahsulotlari (bifidin) ni qo'llashni tavsiya etish mumkin.

Disbakteriozning oldini olish va o'tkir ichak infeksiyasi yuqishining oldini olish uchun katta yoshdagi bolalar va epidemik ahamiyatga ega obyektlarda ishlaydigan kattalarga maxsus preparatlardan foydalanish tavsiya etiladi.

9. Dispanserizatsiya

9.1. Oziq-ovqat korxonalari xodimlari va ularga tenglashtirilgan, o'tkir diareya bilan kasallanib tuzalgan shaxslar 1 oy davomida dispanser kuzatuviga olinishi va kuzatuv oxirida 2-3 kun oralatib 2 marta bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilishi lozim.

9.2. Maktabgacha ta'lim muassasalariga, maktab-internatlarga qatnaydigan, o'tkir ichak infeksiyasi bilan kasallangan bolalar sog'aygandan so'ng 1 oy davomida klinik kuzatuv ostida bo'lishlari va har kuni najas tekshiruvdan o'tishlari kerak.

Bakteriologik tekshiruv ko'rsatmalar bo'yicha buyuriladi (davolash davrida uzoq muddatli beqaror ich kelishi, davolash kursi tugagandan so'ng qo'zg'atuvchining ajralishi, tana vaznining kamayishi va boshqalar).

9.3. Surunkali dizenteriya bilan kasallangan shaxslar 6 oy davomida (tashxis qo'yilgan paytdan boshlab) dispanser kuzatuvda bo'lib, har oyda ko'rikdan o'tkaziladi va bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi.

9.4. Qolgan toifadagi o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanganlarga dispanser kuzatuvi statsionar yoki poliklinika shifokori tavsiyasiga ko'ra tayinlanadi.

Dispanser kuzatuvi davrida bakteriologik tekshirish uchun material davolash-profilaktika muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan olinadi.

Belgilangan kuzatuv muddati tugagach va ko'zda tutilgan barcha tekshiruvlar bajarilgach, kuzatilayotgan shaxs klinik jihatdan to'liq sog'aygan va atrofdagilar epidemiologik jihatdan sog'lom bo'lgan taqdirda, kuzatilayotgan shaxs poliklinika infeksiyoti yoki uchastka shifokori tomonidan hisobdan chiqariladi.

Quyidagi xisobot shakllarida 025-x, 026-x, 112-x qisqacha epikriz rasmiylashtiriladi va hisobdan chiqarilganligi to'g'risida belgi qo'yiladi.

Qorin tifi, paratifi, salmonellyozlar va O'lda dezinfeksiya tadbirlari
10.01.2017 yilda tasdiqlangan O'zbekiston Respublikasining sanitariya
qoidalari, normalari va gigiyena normativlariga muvofiq amalga oshiriladi.

N	Dezinfeksiya qilinadigan obyektlar	Yakuniy dezinfeksiya	Joriy dezinfeksiya va karantin	Eslatma
1.	Ajralsmalar (siydik, najas, qusuq)	200 g/kg hisobida quruq xlorli ohak yoki kalsiy gipoxloritning asosiy tuzi (DTS GK) ning uchdan ikki qismi 100 g/kg / NGK/ 60 daqiqaga, neytral kalsiy gipoxlorit /NGK/-150 g/kg 120 daqiqaga sepiladi.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiyadagi dek.	Zarur bo'lsa, rasmiylashtirilgan najasga 1:4 nisbatda suv qo'shiladi. Karantin davrida kontaktda bo'lganlarning ajratmalari zararsizlantiriladi.
2.	Siydik	Quruq xlorli ohak yoki issiqqa chidamli oqartiruvchi ohak 1 litrga 10 g yoki DTSGK yoki NGK-5 g/l hisobidan	Xuddi yakuniy dezinfeksiyadagi kabi	

		qo‘shiladi, aralashtiriladi va 5 daqiqaga qoldiriladi, shundan so‘ng kanalizatsiyaga, hojatxonaga to‘kiladi.		
3.	Ajralmalardan iborat idishlar (tungi tuvaklar, taglik idishlar, siydik yig‘gichlar va boshqa kvachlar).	Dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga 1% li xloramin eritmasi 60 daqiqaga tushiriladi. 1% li xlorli ohak eritmasi yoki oqartiruvchi termoturg‘un ohak 60 daqiqaga tushiriladi. yoki DTSGK yoki NGKning 0,5% li tindirilgan eritmasi 60 daqiqaga.	Xuddi yakuniy dezinfeksiyadagi kabi	Zararsizlantirilgandan so‘ng suv bilan yaxshilab yuviladi.
4.	Bemorning ovqat qoldiqlaridan tozalangan idishlari /choyxona, oshxona/.	2% li ichimlik suvi eritmasida qaynash vaqtidan boshlab 15 daqiqa davomida qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga 60 daqiqaga botiriladi. 1% li xloramin eritmasi, 1% li xlorli ohak yoki oqartiruvchi, issiqlikka chidamli ohak eritmasi, 0,5% li tindirilgan DTS GK yoki NGK eritmasi	Xuddi yakuniy dezinfeksiyadagi kabi	So‘ngra oqar suv bilan yaxshilab yuviladi.

		yoki 3% li vodorod peroksid eritmasiga 0,5% li yuvish vositasi qo‘shiladi.		
5.	Choyshablar, mochalkalar, idish-tovoqlarni, ovqatlanish stollari yuzalarini yuvish uchun	2% li ichimlik suvi eritmasida qaynash paytidan boshlab 15 daqiqa davomida qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga 60 daqiqaga botiriladi, 1% li xloramin eritmasi, 1% li xlorli ohak eritmasi yoki issiqlikka chidamli oqartiruvchi ohak, 0,5% li DTS GK yoki NGK eritmasi.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiyadagi dek.	Zararsizlantirilgandan so‘ng suv bilan yaxshilab yuviladi.
6.	Ovqat qoldiqlari	Qaynash paytidan boshlab 15 daqiqa qaynatiladi yoki quruq xlorli ohak yoki 200 g/kg hisobida haroratga chidamli oqartiruvchi ohak bilan to‘ldiriladi, DTSGK yoki NGK-100 g/kg aralashtiriladi va 60 daqiqaga, 240 daqiqaga qoldiriladi.	Xuddi yakuniy dezinfeksiyadagi kabi	Zarur bo‘lganda quyuq va zich ovqat qoldiqlariga 1:4 nisbatda suv qo‘shiladi.
7.	Xonalar, jihozlar, qaynatishga yo‘l qo‘ymaydigan	Pol va devorlar 1,5 m balandlikda gidropultdan dezinfeksiyalovchi	Xonalar har kuni kamida 2 marta yakuniy	Xlorli ohakning tindirilgan

	bemorlarni parvarish qilish buyumlari (muz uchun pufakchalar, grelkalar, taglik kleyonkalar, matraslarning kleyonkali g'illoflari).	eritmalaridan biri bilan 300 ml/kv. m hisobida sug'oriladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga 0,5% li xloramin eritmasi, xlorli ohakning 0,5% li tindirilgan eritmasi yoki ohakning oqartiruvchi termoturg'un 0,25% li DTS yoki NGK tindirilgan eritmasi bilan ho'llangan latta bilan artiladi, keyinchalik xona 30 daqiqadan so'ng tozalanadi, bunda 3% li vodorod peroksid eritmasi 0,5% li yuvish vositasi bilan qo'llaniladi yoki zararsizlantiriladi.	dezinfeksiyada qo'llaniladigan dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biri yordamida namlab tozalanadi. 200 ml/kv. m. yuzani artishda dezinfeksiyalovchi vositalar sarfi me'yor. Bemorni parvarish qilish buyumlari, kleyonkalar va shu kabilar. Ko'rsatilgan eritmalarida namlangan latta bilan artish va 60-30 daqiqa ekspozitsiyadan so'ng zararsizlantiriladi. Pol ajralmalar (najas, qusuq massalari) bilan ifloslangan taqdirda, ular darhol dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biri, 3% xlorli	eritmalar, issiqlikka chidamli oqartiruvchi ohak DTS GK yoki NGK faqat odamlar bo'lmaganda, yashash uchun mo'ljallanmagan xonalarda qo'llaniladi. Moyli bo'yoq bilan bo'yalgan yuzalarni dezinfeksiya qilish uchun natriy metasilikat eritmasi ishlatilmaydi. Yaltiratilgan mebelni shu mebelni tozalash uchun polirol, yaltiroq, vazelin moyi va boshqa tarkiblar bilan namlangan latta bilan artiladi.
--	--	---	---	---

			ohakning tindirilgan eritmasi yoki oqartiruvchi issiqlikka chidamli ohak, 3% xloramin eritmasi, 1% DTSGK yoki NGKning tindirilgan eritmasi bilan to'ldiriladi.	
8.	Chiqindilar bilan ifloslanish izlari bo'lmagan ichki kiyimlar.	2% li soda eritmasida yoki har qanday kukun eritmasida qaynash vaqtidan boshlab 15 minut qaynatiladi. Agar qaynatish imkoniyati bo'lmasa, xloramin yoki xlorli ohakning 0,2% li eritmasida 60 daqiqa, vodorod peroksidning 3% li eritmasida 0,5% li yuvish vositasi bilan ivitib qo'yiladi.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiyadagi dek.	Zararsizlantiril gandan so'ng yuviladi va suvda yaxshilab chayiladi.
9.	Ajralmalar bilan ifloslangan ichki kiyimlar.	2% li soda eritmasida yoki har qanday yuvish vositasi eritmasida, kir yuvish kukunida qaynash paytidan boshlab 15 daqiqa davomida	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiyadagi dek.	Zararsizlantiril gandan so'ng yuviladi va suvda yaxshilab chayiladi.

		qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalaridan birida 1% li xloramin yoki xlorli ohak eritmasida 120 daqiqa davomida 0,5% li yuvish vositasi bilan vodorod peroksidida 120 daqiqa davomida namlanadi.		
10.	O'yinchoqlar (yog'och, plastmassa, metall)	2% li soda eritmasida (plastmassadan tashqari) yoki har qanday yuvish vositasining eritmasida qaynash paytidan boshlab 15 daqiqa davomida qaynatiladi yoki gidropulldan mo'l-ko'l sug'oriladi, ular ag'dariladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga 60 daqiqaga 0,5% li xloramin eritmasida, 0,5% li xlorli ohakning oqartiruvchi issiqlikka chidamli tiniqlashtirilgan eritmasida, 0,25% li DGSGK yoki NGKning tiniqlashtirilgan eritmasida, 0,5% li yuvish vositasi bilan 3% li vodorod peroksid eritmasida botiriladi yoki	Joriy dezinfeksiyadagi kabi qaynatiladi, dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga ho'llangan latta bilan artiladi.	Zararsizlantirilgandan so'ng oqar suv bilan yaxshilab artiladi.

		yuqorida aytib o'tilgan dezinfeksiyalovchi vositalarning eritmalaridan birida ho'llangan latta bilan artiladi.		
11.	Bemor statsionarga kelgan ko'rpa-to'shaklar (yostiqlar, matraslar, adyollar), ustki kiyimlar, ko'ylak, gilamlar, ichki kiyimlar.	Qoplarga solinadi, keyin ular kirlarni zararsizlantirish uchun ishlatiladigan dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biri bilan sug'oriladi va N 8 jadvalida keltirilgan rejimlar bo'yicha kameralarda dezinfeksiya qilish uchun yuboriladi. Kamerani dezinfeksiya qilish imkoniyati bo'lmasa, u 7-bandda ko'rsatilgan dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biri bilan yaxshilab ho'llangan cho'tkalar bilan tozalanadi.	To'shak astarlik kleyonka bilan yopiladi.	Agar zararsizlantirish uchun dezinfeksiyalovchi eritmalar qo'llanilgan bo'lsa, buyumlar ochiq havoda quritiladi.
12.	Bemorlar shippagi	Dezinfeksiya kamalarida yoki statsionarlarda 25% li formalin eritmasi yoki 40% li sirka kislota eritmasiga yaxshilab ho'llangan tampon bilan artiladi, polietilen paketga		Formalin yoki sirka kislota eritmaları bilan zararsizlantirilgandan so'ng, hid butunlay yo'qolguncha

		solinadi va 180 minutga qoldiriladi.		10-12 soat shamollatiladi.
13.	Bemorni yuvgandan keyingi oqava suvlar	Soʻngra dezinfeksiyalovchi preparatlardan biri bilan 30 daqiqa davomida aralashtiriladi, 10 l suvga 50 g/l hisobidan xlorli ohak yoki oqartiruvchi termik chidamli ohak, 10 l suvga 25 g DTSGK yoki NGK qoʻshiladi yoki 10 l yuvindi suvga 500 ml hisobidan xlorli ohak yoki oqartiruvchi termik chidamli ohakning dezinfeksiyalovchi eritmasi, 5% DTS GK yoki NGK eritmasi qoʻshiladi.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiyadagi dek.	
14.	Sanitar-texnik jihozlar (vannalar, rakovinalar, unitazlar va boshqalar)	6-bandda koʻrsatilgan dezinfeksiyalovchi eritmalaridan birida yaxshilab hoʻllangan latta bilan ikki marta artiladi yoki gidropulstdan ushbu eritmalaridan biri bilan sugʻoriladi va koʻrsatilgan uskunadan faqat 60 daqiqadan soʻng foydalaniladi. Dezrastvor sarfi meʼyori 1 m ² ga 500 ml.	Yuvish-dezinfeksiyalash yoki tozalash-dezinfeksiyalash preparatlaridan biri surtiladigan latta bilan artiladi, bunda 0,5 g/100 kv. m sarflash meʼyorida yuzalar 6-bandda koʻrsatilgan	Zararsizlantirilgandan soʻng suv bilan yuviladi.

			dezinfeksiyalash eritmalaridan birida mo'l ho'llangan latta bilan ikki marta artiladi.	
15.	Saroy hojatxonalari, (tindirgichlar, axlat qutilari)	Dezinfeksiyalovchi eritmalardan biri bilan sug'oriladi: 10% li xlorli ohak eritmasi yoki oqartiruvchi haroratga chidamli ohak, 5% li DTS GK yoki NGK eritmasi bilan.	Hovli sanitariya-texnika qurilmalarining yog'och qismlari har kuni yakuniy dezinfeksiyadagi kabi eritmalardan biri bilan ichkaridan sug'oriladi.	
16.	Axlat	Kuydiriladi, kuydirish imkoni bo'lmaganda dezinfeksiyalovchi eritmalardan biri quyiladi: 10% li xlorli ohak eritmasi yoki oqartiruvchi haroratga chidamli ohak, 5% li DTS GK yoki NGK eritmasi va 120 daqiqaga qoldiriladi.	Yondirishadi.	
17.	Yig'ish materiali	2% li sodali, sovunli eritmada yoki har qanday yuvish vositasining eritmasida qaynash vaqtidan boshlab 15 minut davomida qaynatiladi	Xuddi yakuniy dezinfeksiyadagi kabi	Zararsizlantiril gandan so'ng suvda chayiladi va quritiladi.

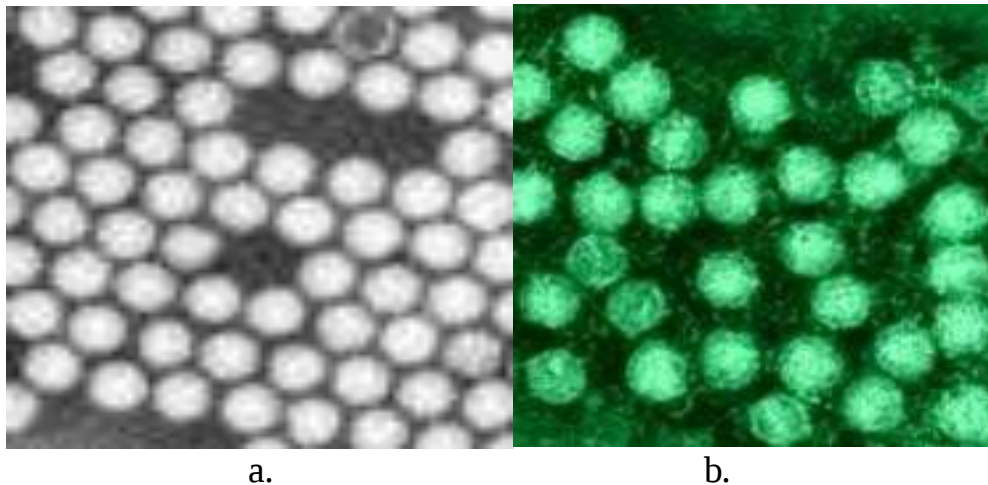
		yoki dezinfeksiyalovchi eritmalardan birida: tarkibida xlor bo'lgan preparatlarning 1% li eritmasida 60 minut davomida ivitiladi.		
18.	Bemorni tashish transporti	Gidropulstdan sug'oriladi yoki ichkaridan 6-bandda ko'rsatilgan dezinfeksiyalovchi eritmalardan biriga ho'llangan latta bilan ikki marta artiladi.		Zararsizlantiri sh tugagandan so'ng nam tozalash o'tkaziladi.

INTEROVIRUS INFEKTSIYALARNING EPIDEMIOLOGIYASI VA PROFILAKTIKASI. POLIOMIYELIT EPIDEMIOLOGIYASI VA PROFILAKTIKASI. POLIOMIELITDA EPIDEMIOLOGIK NAZORATNI TASHKIL QILISH.

Enteroviruslar (yunon. *enteron* - ichak) odam organizmiga burun-halqum va ingichka ichak shilliq pardalari orqali kirib, epiteliy hujayralari va regionar limfa tugunlarida ko'payadi, so'ngra qonga o'tadi. Viruslarning keyingi tarqalishi ularning xususiyatlari va bemorning ahvoli bilan belgilanadi.

Etiologiyasi. Enteroviruslar plyus-RNK saqlovchi viruslar bo'lib, *Picornavirales* tartibi, *Picornaviridae* oilasi, *Enterovirus* avlodiga mansub. Xalqaro viruslar taksonomiyasi qo'mitasi ma'lumotlariga ko'ra, 2017-yil mart holatiga ko'ra, *Enterovirus* avlodi 13 turni o'z ichiga oladi: *Enterovirus A* (subtip *Coxsackie A virus*), *B* (subtip *Coxsackie B virus - Echovirus*), *C* (subtip *Poliovirus*), *D*, *E*, *F*, *G*, *H*, *I*, *J* va *Rhinovirus A*, *B*, *C*.

Enteroviruslar mayda, sodda tuzilgan, diametri 20-30 nm keladigan sharsimon viruslardir. Ularda superkapsid bo'lmaydi. Enteroviruslar tuzilishiga ko'ra pikornaviruslarning tipik vakillari hisoblanadi.



a. b.
Enteroviruslar morfologiyasi, elektron mikroskopiya (a) va kompyuter vizualizatsiyasi (b).

Rezistentlik. Enteroviruslar suvda, tuproqda, ba'zi oziq-ovqat mahsulotlarida va pH ning keng diapazonida (2,5-11,0) maishiy buyumlarda uzoq vaqt saqlanadi. Ko'pgina dezinfeksiyalovchi vositalar enteroviruslarga nisbatan kam samarali. Enteroviruslar tarkibida uglevodlar va lipidlar bo'lmaydi, shuning uchun ular efir va boshqa yog' erituvchilarga sezgir emas. Enteroviruslar ultrabinafhsa nurlar, oksidlovchilar, formalin ta'sirida nobud bo'ladi. Ular qaynatilganda bir necha soniya ichida nobud bo'ladi.

POLIOMIYELIT EPIDEMIOLOGIYASI VA PROFILAKTIKASI.

Poliomiyelit - o'tkir virusli kasallik bo'lib, orqa miya kulrang moddasi va miya ustunining zararlanishi bilan kechadi. Orqa miya va bosh miyaning zararlanishi qo'l, oyoq va gavda mushaklarining sust falajlari va parezlari rivojlanishiga olib keladi. Kasallikning nomi yunoncha *polios* - kulrang va *myelos* - orqa miya so'zlaridan olingan bo'lib, bu orqa miya kulrang moddasining qo'zg'atuvchisi bilan zararlanishini aks ettiradi. Poliomiylit tipik antroponoz hisoblanadi.

Kasallik birinchi marta 1840-yilda nemis ortopedi Ya. Xeyne tomonidan "spinal bolalar falaji" nomi bilan tasvirlangan. Shvetsiyada birinchi poliomiyelet epidemiyasini 1890-yilda pediatri K.O. Medin tasvirlab bergan.



Yakob Heyne (1800-1879 yy.)



Karl Oskar Medin (1847-1927 yy.).

Asosan bolalar kasallanadi. Kasallik bir qancha hollarda oyoq-qo'llarning turg'un sust falajlari bilan tugaydi. Ammo kattalar ham kasallanishi mumkin. Kattalardagi poliomiyeletning klassik misoli 1921-yilda AQShning 32-prezidenti F.D. Ruzveltning 39 yoshida kasallanishi hisoblanadi.

Poliomiyelet virusini 1909-yilda ingliz shifokorlari K. Landshteyner va Ervin

Popper poliomiyeletdan o'lgan bolaning orqa miya to'qimalaridan tayyorlangan suspenziyani qorin bo'shlig'iga yuqtirgan maymunning orqa va uzunchoq miyasidan ajratib olishgan.



Karl Landshteyner (1868-1943 yy.).

Etiologiyasi. Poliomiyelet qo'zg'atuvchisi *Picornavirales* tartibiga, *Picornaviridae* oilasiga, *Enterovirus* avlodiga, *Enterovirus C* turiga (*Poliovirus kenja turiga*) mansub. Antigen tarkibiga ko'ra polioviruslarning 1, 2 va 3 turlari (PV1, PV2 va PV3 serotiplari) farqlanadi, ular o'xshash tuzilishga ega, ammo o'zaro reaksiyalarda zararsizlantirilmaydi. Shuning uchun serotiplardan biriga berilmaslik boshqa serotiplar keltirib chiqaradigan infeksiyadan himoya qilmaydi. Barcha serotiplar maymunlar uchun patogen bo'lib, ularda odam poliomiyeletiga o'xshash kasalliklarni keltirib chiqaradi. *Enterovirus C* turiga odamlarda poliomiyeletiga o'xshash kasalliklarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan boshqa subtiplar (EV-C95, EV-C96, EV-C99, EV-C102, EV-C104, EV-C105, EV-C109, EV-C116, EV-C117 va EV-C118) ham kiradi.

Poliomiyelet virusi tashqi muhitga ancha chidamli. Axlatda u o'z patogenligini 188 kun, suvda 144 kun saqlaydi. Keng doiradagi o'zgarishlarga bardosh beradi - rN 3,0-8,5, ammo kislotaliroq yoki ishqorliroq muhitlarda faolligini tez yo'qotadi. Sut mahsulotlari va yog'da 3 oygacha saqlanadi. Oshqozon shirasi va fermentlar ta'siriga chidamli. Antibiotiklarga sezgir emas. Past haroratga yaxshi bardosh beradi, -70 S da

axlatdagi virus o'z faolligini 8-yilgacha saqlaydi. Yuqori haroratga virus bardosh bermaydi. Sut va qaymoqni 30 daqiqa davomida 62°C haroratda pasterizatsiya qilinganda virus 30 daqiqada parchalanadi. Virus qaynatilganda darhol nobud bo'ladi. Virus ultrabinafsha nurlanishni ham ko'tara olmaydi. Keng qo'llaniladigan dezinfeksiyalovchi moddalar (spirt, formalin, xlor saqlovchi preparatlar) yuqori konsentratsiyada, 3 soatdan kam bo'lmagan ekspozitsiyada virusni inaktivatsiyalaydi. C vitamini to'qimalarda virus rivojlanishini kechiktiradi.

Virus uchun eng yaxshi konservant fiziologik eritmadagi 50% glitserin bo'lib, u 4° C haroratda virus bir necha oydan 8 yilgacha saqlanishi mumkin.

Infeksiya manbai -kasal odam yoki sog'lom virus tashuvchi.

Kirish darvozasi - ichak va burun-halqum shilliq qavatlari. Poliomiyelet virusi burun-halqum ajralmasida 36 soatdan keyin, axlatda esa 72 soatdan keyin paydo bo'ladi va bir hafta ichida burun-halqumda, axlatda esa 3-6 hafta ichida aniqlanadi. Virusning eng ko'p ajralishi kasallikning birinchi haftasida sodir bo'ladi.

Uzatish mexanizmlari bir necha yo'llar bilan amalga oshiriladi. Yuqishning fekal-oral mexanizmi suv, oziq-ovqat va buyum-maishiy yo'llarini o'z ichiga olib, ko'pchilik virusologlar tomonidan eng asosli deb tan olingan, chunki fekal bilan og'rigan bemorlar organizmidan ko'p miqdorda viruslar intensiv ravishda ajralib chiqadi. Sanitariya-gigiyena qoidalari buzilganda qo'llar va atrof-muhit (suv, oziq-ovqat mahsulotlari, mevalar, sabzavotlar, o'yinchoqlar, uy-ro'zg'or buyumlari) zararlanishi mumkin. Chunonchi, AQShda virus tashuvchi bilan zararlangan sutdan tayyorlangan plombirga aloqador poliomiyelet epidemiyasi tasvirlangan.

Dalalarni o'g'itlash uchun go'ng bilan birga odam axlati ishlatilgan qishloq joylarida infeksiya zararlangan sabzavotlar orqali yuqqanida kasallik avj olishi tasvirlangan.

Havo-tomchili mexanizm havo-tomchili va havo-changli uzatish yo'llaridan iborat bo'lib, u ham katta ahamiyatga ega. L.V.Gromashevskiy unga yetakchi ahamiyat beradi. Bu yo'lning ahamiyati shundaki, sanitariya-kommunal obodonlashtirish darajasi kasallanishga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi. Bundan tashqari, epidemiya paydo bo'lganda, kasallanish tomchi infeksiyalaridagi kabi tez tarqaladi. Biroq, virusning burun-halqumdan ajralishi faqat o'tkir davrda kuzatiladi. Burun-halqum

ajralmasidagi virus bilan zararlanish najas bilan zararlangandagiga qaraganda kamroq xavflidir. Kasallik avj olishining boshlanishida infeksiya tarqalishining havo-tomchi usuli ustunlik qiladi, bu uning portlash xususiyati bilan izohlanadi, keyin esa infeksiyaning fekal-oral yo'li qo'shiladi.

Poliomiyelit - yuqumli infeksiya bo'lib, oila yoki jamoaga tushganda deyarli barcha moyil shaxslar kasallanadi. Bunda klinik ko'rinishlar makroorganizmning holatiga va virusning neyrovirulentligiga bog'liq bo'ladi.

Yuqori neyrovirulentlikka ega bo'lmagan virus shtammlari moyil odamlarda kasallikning yengil abortiv va simptomsiz shakllarini keltirib chiqaradi. Mahalliy va chetdan keltirilgan shtammlarni ko'p marta duragaylash va ularning ichaklari orqali o'tkazish natijasida virusning yuqori neyrovirulentli populyatsiyalari shakllanadi. Lekin unga qarshi immunitet hosil bo'lishi munosabati bilan uning aholi o'rtasida aylanib yurishi vaqtincha kamayadi. Yetarli miqdorda moyil kontingentlarning to'planishi bilan virusning neyrovirulent shtammlari tez tarqalish uchun optimal sharoitlarga ega bo'ladi va paralitik shakllarning ustunligi bilan polimiyelit epidemiyasini keltirib chiqaradi. Emlanmagan yoki to'liq emlanmaganlarda kasallikning tipik paralitik shakllari, emlanganlarda esa yengil, bilinmaydigan shakllari uchrashi mumkin. Poliomiyelet asosan bolalar yoshidagi kasallikdir. Bemorlarning 70-90 foizini 7 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil etadi. Ammo turmush darajasining oshishi, sanitariya-maishiy va yashash sharoitlarining yaxshilanishi tufayli bolalar kichik yoshda kamroq kasallanadi. Oqibatda katta yosh guruhlarida kasallikka moyil shaxslar soni ortib bormoqda.

Poliomiyeletda mavsumiylik ancha aniq ifodalangan. Kasallanishning eng yuqori o'sishi iyul oyidan boshlab yoz-kuz mavsumida kuzatiladi. Issiq iqlimli mamlakatlarda kasallik yil davomida kuzatiladi. Ko'proq shahar aholisi, kamroq qishloq aholisi kasallanadi. Kasallikdan keyin mustahkam tipospetsifik immunitet shakllanadi. O'lim o'rtacha 10% ni tashkil qiladi, ammo alohida o'choqlarda 2-30% atrofida bo'lishi mumkin. Poliomiyeletni boshidan kechirganlarning 25-40 foizida oyoq-qo'llarning o'sishdan orqada qolishi, bo'g'imlar kontrakturasi, umurtqa pog'onasining qiyshayishi bilan birga davom etadigan turg'un atrofik falajlar

saqlanib qoladi. Hozirgi vaqtda O'zbekiston Respublikasi va MDH mamlakatlarida rejali immunizatsiya o'tkazilayotgan bo'lsa, poliomyelit bilan kasallanish uchramaydi yoki sporadik holatlarda uchraydi.

Epidemiologiyasi. Yevropa mamlakatlarida poliomyelit epidemiyasi XIX asr oxirida kuzatilgan. XX asr o'rtalarida poliomyelit bilan har yili o'n minglab kishilar (asosan kichik yoshdagi bolalar) kasallanib, ularning 10 foizi halok bo'lgan, 40% esa nogiron bo'lib qolgan. Mamlakatimizda kasallanishning o'sishi 1953-yildan boshlanib, eng yuqori cho'qqisi 1958-yilga to'g'ri kelib, kasallanganlar soni 13500 kishiga yetdi. 1953-1961-yillardagi epidemiyada davrida Sho'ro davrida taxminan 100 ming bola poliomyelit bilan kasallangan. Aholini ommaviy emlashdan keyin poliomyelit bilan kasallanish keskin kamaydi. Masalan, 1988-yilda Sho'ro davrida 350000 kishi poliomyelit bilan kasallangan bo'lsa, 2008-yilda Rossiya Federatsiyasida 1658 holat qayd etilgan.

Poliomyelitda kirish darvozasi yuqori nafas yo'llari va ovqat hazm qilish traktining shilliq qavatlarida hisoblanadi. Inkubatsion davri 4 kundan 30 kungacha davom etadi. **Virusning birlamchi reproduksiyasi** og'iz bo'shlig'i va halqum epiteliysida, halqum halqasi limfa tugunlarida, ingichka ichak epiteliysi va Peyer pilakchalarida sodir bo'ladi. Bu kasallikning klinik belgilari paydo bo'lishidan oldin burun-halqumdan va najasdan ko'p miqdorda viruslar ajralishiga sabab bo'ladi. Odam organizmidan virus burun-halqum sekreti va najas bilan ajraladi. Halqum sekretida virus kasallik boshlanishidan 3-5 kun oldin va kasallikning dastlabki 7-10 kunida aniqlanadi. Bunda material qanchalik erta olingan bo'lsa, ijobiy natijalar shunchalik ko'p bo'ladi: kasallikning 2-6 kunida yutqin yuvindisidan virus 83% hollarda, 7-8 kunida - 50% hollarda ajraladi. Najas bilan virus birmuncha doimiy va uzoq vaqt, o'rtacha kasallik boshlanganidan 3-6 hafta o'tgach ajraladi. Bundan tashqari, kasallikning dastlabki 10-14 kunida virus deyarli barcha bemorlarning najasida aniqlanadi, 3 haftaga kelib - taxminan 50% bemorlarda, 5-6 haftaga kelib - 25% bemorlarda va ayrim bemorlarda virusning najas bilan ajralishi 12-17 hafta, ba'zan esa 8 oy va undan ko'proq davom etishi mumkin.

Eng ko'p virusni poliomyelitning paralitik shakllari bilan og'rigan bemorlar

ajratadi. Bemorlarning bir gramm najasida 1 mln. gacha maymunlarga yuqadigan virus dozalari bo'lishi mumkin. Ammo bunday bemorlar epidemiya davrida kam (1% gacha) bo'ladi va ular o'z vaqtida izolyatsiya qilinadi. Yengil abortiv (4-8%) va inapparat (90-95%) shakllari bilan og'rigan bemorlar eng katta epidemiologik xavf tug'diradi. Infeksiya simptomsiz kechib, keyinchalik turg'un immunitet shakllanganda. Bunday bemorlarda kasallikni o'z vaqtida aniqlash qiyin bo'ladi, ular kechikib ajratiladi yoki bunday bemorlar topilmasa, ular, ayniqsa bolalar jamoalarida, doimiy infeksiya manbaiga aylanadi. Kichik yoshdagi bolalar kattalarga qaraganda 10 - 10 ming marta ko'p virus ajratadi. Ehtimol, bu virus bilan oldingi uchrashuvlar natijasida rivojlangan kattalar ovqat hazm qilish traktining qisman rezistentligi bilan bog'liq.

Ba'zi bemorlarda viruslar limfa tizimidan qonga o'tadi. **birlamchi virusemiya (viremiya)** rivojlanadi. Bunda "kichik **kasallik**" deb ataluvchi kasallik belgilari yuzaga keladi. Qisqa muddatli isitma, faringit, yengil yo'tal, tumov kuzatiladi. Ushbu bosqichda kasallik aksariyat hollarda tugaydi (poliovirus infeksiyasining **abortiv yoki yengil shakli**). Simptomlari O'RVIGA o'xshash bo'lgani va kasallik yozda kuzatilgani sababli, uni "**yillik gripp**" deb ham atashadi.

Bemorlarning bir qismida viruslar ichki a'zolarida ko'payganda **takroriy (asosiy) virusemiya** rivojlanadi. Shu bilan birga, "kichik kasallik" fonida miya pardalarining yallig'lanish belgilari rivojlanadi (**meningeal shakl**). Kasallikning bu shakli falajlarsiz kechadi va odatda to'liq sog'ayish bilan ham yakunlanadi.

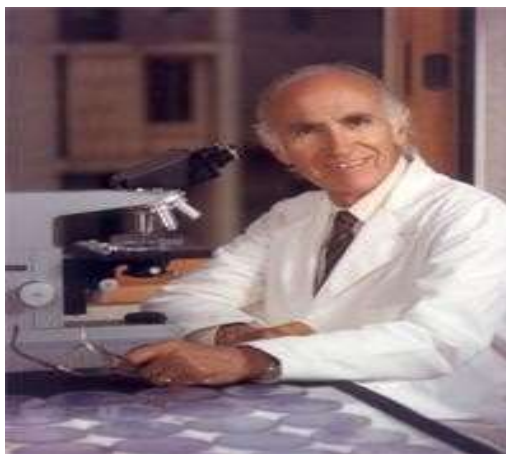
1-2% kasallanganlarda poliomyelitning klassik **paralitik shakli rivojlanadi**. Bu shaklda viruslar MNS ga kiradi va u yerda orqa miyaning oldingi shoxlari hujayralarini (harakatlantiruvchi neyronlarni) zararlaydi. Buning natijasida mushaklar falaji rivojlanadi. Paralitik shaklini ko'pincha 1-serotip poliovirus chaqiradi. Qonda virusni neytrallovchi antitelolar to'planganda virus MNSga o'tmaydi. **Yashirin davri** 2-3 hafta davom etadi.

Immunitet. Bola tug'ilgandan keyin 3-5 hafta davomida passiv tabiiy immunitet saqlanadi. Kasallikni boshdan kechirgandan so'ng, umrbod tipga xos

immunitet qoladi. Immunitet asosan virusni neytrallovchi antitelolarning mavjudligi bilan belgilanadi, ular orasida halqum va ichak shilliq qavatining mahalliy sekretor antitelolari muhim rol o'ynaydi (mahalliy immunitet). Samarali mahalliy immunitet "yovvoyi" viruslarning tarqalishini to'xtatishda muhim rol o'ynaydi va ularni aylanishdan siqib chiqarishga yordam beradi.

Profilaktika

Poliomiyelitning oldini olish uchun bolalarni majburiy emlash o'tkaziladi. 1954-1955-yillarda formalin bilan o'ldirilgan **inaktivatsiyalangan Solka vaksinasi** qo'llanilgan. Ushbu vaksina (IPV) parenteral yo'l bilan yuboriladi. Ushbu vaksina bilan emlash kasallanishni 70-80% ga kamaytirdi, kasallikning og'irligini va o'limni kamaytirdi.



Jonas Solk (1914 - 1995 yy.)

Ammo bu vaksina bir qator jiddiy kamchiliklarga ega bo'lib, ularning asosiylari immunitetning to'liq emasligi va uning qisqa muddatligi (1-2 yil) edi. Solk vaksinasining kamchiligi shunda ediki, u faqat umumiy gumoral immunitetni yaratdi va mahalliy to'qima ichak immunitetini bermadi. Emlangandan so'ng qonda paydo bo'ladigan antitanalar. Virus ichakdan markaziy asab tizimiga o'tish yo'lida bloklangan, ammo ichakda virus erkin ko'paygan, tashqi muhitga chiqarilgan va emlanganlar orasida ham, emlanmaganlar orasida ham bir xil oson tarqalgan. Binobarin, Solk vaksinasi infeksiyani yo'q qila olmadi.

1958-1959-yillardan boshlab, virusning kuchsizlantirilgan shtammlaridan

tayyorlangan Sebin tirik peroral vaktsinasi hujayra kulturasida seleksiya yo‘li bilan barcha uch turdan foydalanila boshlandi. Ushbu shtammlar organizmda to‘laonli mustahkam immunitet hosil qiluvchi **tirik peroral vaksina** yoki oral poliomiyeelit vaktsinasi - OPV, ishlab chiqarish uchun qo‘llanilgan. Bu vaksina bilan emlangandan so‘ng antitelolar qonda (umumiy gumoral immunitet) va ichakda (mahalliy immunitet) paydo bo‘ladi. Vaksinani qabul qilgandan so‘ng ichakda virus ko‘payadi va bunga javoban ichak devorida, ya‘ni uning limfatik hosilalarida (Peyer pilakchalari, solitar follikulalar) immunokompetent faol limfotsitlar va antitanalarni sintezlovchi plazmatik hujayralar to‘planadi. Ichak bo‘shlig‘iga ajralib chiqadigan antitelolar epiteliy hujayralari yuzasidagi shilimshiq qatlam ostida to‘planib, virusning ichak devori orqali qon oqimiga o‘tishiga to‘sqinlik qiladi. Emlashdan keyin 7-kundan boshlab qonda virusni neytrallovchi antitelolar paydo bo‘ladi, ular 1-1,5 oydan keyin maksimal konsentratsiyaga yetadi, keyin esa 3-4 oyga kelib ularning miqdori biroz kamayadi va uzoq vaqt davomida doimiy darajada saqlanib qoladi. Pretsipitatsiyalovchi va komplement bog‘lovchi antitelolar kechroq (2 haftadan keyin) paydo bo‘lib, 6-10 oydan keyin yo‘qolib ketadi. Demak, gumoral immunitet asosan viruslarni neytrallovchi antitelolarga bog‘liq bo‘ladi.



Albert Sabin (1906-1993-yillar) shakar bo‘lagini quyidagicha namoyish etmoqda:
unga surtilgan vaksina dozasi bilan

1958-1959-yillarda sovet olimlari M.P. Chumakov va A.A. Smorodintsev

Sabin shtammlarining uchta serotipidan birinchi peroral tirik kultural vaksinani ishlab chiqdilar.



Mixail Petrovich Chumakov (1909-1993)



Anatoliy Aleksandrovich Smorodintsev (1901 - 1986 yy.)

Oral poliomyelit vaksinasi (OPV) bolalarni ommaviy emlash uchun

qo'llaniladi, u barqaror umumiy va mahalliy immunitet hosil qiladi. Tirik poliomiyelet vaksinasining ba'zi kamchiliklari mavjud bo'lib, ulardan eng jiddiyi emlangan bolalarda va emlangan bolalar bilan muloqotda bo'lgan va emlanganlardan ajralib chiqadigan viruslar bilan kasallangan shaxslarda **vaksina bilan bog'liq poliomiyelet (VAP)** holatlarining paydo bo'lishidir. immunokompetent shaxslarda emlashdan keyin poliovirusning uzoq muddatli tashuvchisi yo'qligi, immunitet tanqisligi bo'lgan shaxslarda esa vakcina shtammi 7-10 yil ichida ajralib chiqishi mumkinligi ko'rsatilgan. VAP profilaktikasi uchun IPV vaksinasidan foydalaniladi.

Emlanganlarda vakcina shtammlari axlat bilan tashqi muhitga chiqariladi va emlanganlar bilan aloqada bo'lgan bolalarga tushishi mumkin, bu o'z navbatida bolalarning maishiy immunizatsiyasiga va yovvoyi shtammlarni aylanishdan siqib chiqarishga yordam beradi.

Emlashning muvaffaqiyati emlash shtammlarining ovqat hazm qilish traktida yashovchanligiga bog'liq. Bunga vakcina dozasining yetarli emasligi, emlashlar oralig'ining qisqarganligi, antitanachalarni o'z ichiga olgan ona suti bilan oziqlantirish, ichakda boshqa enteroviruslarning mavjudligi salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Milliy emlash kalendari bo'yicha rejali emlash. Bunday usul virusning yovvoyi shtammlarini yuqtirish imkoniyatini susaytiradi, ularni sirkulyatsiyadan siqib chiqaradi, poliomiyelet o'choqlarini yo'qotadi va bu infeksiyani yo'qotishga yordam beradi. Bundan tashqari, poliomiyeletga qarshi ommaviy emlash boshqa enteroviruslar sirkulyatsiyasini pasaytiradi (Koksaki. EHCO).

Poliomiyeletga qarshi vaksinani kunning istalgan vaqtida, ovqatlanishdan qat'i nazar, boshqa emlashlar bilan birlashtirish mumkin. Qarshi ko'rsatmalar boshqa emlashlar singari: isitma holati va undan 2 hafta o'tgach, oshqozon-ichak buzilishlari, distrofiyaning og'ir shakllari, silning kuchayishi, dekompensatsiya bosqichidagi yurak-qon tomir kasalliklari.

Tirik peroral va inaktivatsiyalangan vaksinalarning afzalliklari va

kamchiliklari

Vaksina turi	Vaksina afzalliklari	Vaksinaning kamchiliklari
<i>Tirik peroral vaksina, poliomyelitga qarshi peroral vaksina</i>	Umrbod immunitet Sekretor IgA hosil bo'lishi Qo'llash qulayligi Tez-tez talab qilinmaydi revaksinatsiya	VAP rivojlanish xavfi nazoratsiz vaksina virusining tarqalishi Saqlash va tashishning qat'iy shartlari
<i>Poliomyelitga qarshi faolsizlantirilgan vaksina</i>	VAP (vaksina bilan bog'liq poliomyelit) keltirib chiqarmaydi Barqarorlik uzoq muddat saqlash va tashish	IgA hosil bo'lishiga olib kelmaydi Takroriy revaksinatsiya Parenteral yuborish

Tirik virus kulturasini o'z ichiga olgan vaksinalar.



Poliomyelit tirik vaksinasi.

Hozirgi vaqtda Rossiya Federatsiyasida poliomiylitning oldini olish uchun Imovax Polio, Pentaxim, Tetrakok kabi vaksinalardan foydalanishga ruxsat berilgan.

"Imovax Polio" vaksinasi 1, 2 va 3 turdagi viruslar keltirib chiqaradigan poliomiylitning oldini olish uchun faolsizlantirilgan vaksinadir. Shprislarda yoki ampulalarda 1 dozadan chiqariladi. Teri ostiga yoki mushak orasiga yuboriladi. Vaksinatsiya 1 oylik oraliq bilan uch marta, revaksinatsiya - 1 yildan keyin va keyin har 5-10 yilda amalga oshiriladi.



Imovax Polio va Pentaxim vaksinalari.

"Pentaxim" vaksinasi bo'g'ma, qoqshol, ko'kyo'tal, poliomiylit va gemofil infeksiyasining oldini olish uchun mo'ljallangan. Uning tarkibida faolsizlantirilgan poliomiylit virusi mavjud. Vakcina yuborilmoqda sonning old-yon yuzasining o'rta uchdan bir qismiga mushak ichiga.



Vaksinani sonning old-yon yuzasiga kiritish.

Emlash 3, 4, 5 va 6 oyda uch marta emlashdan iborat. Qayta emlash - har 18 oyda bir marta.

"Tetrakokk" vaksinasi bo'g'ma, ko'kyo'tal, qoqshol, poliomyelitning oldini olish uchun vaksinadir. Tarkibida faolsizlantirilgan poliomyelit vaksinasi mavjud. Teri ostiga yoki mushak orasiga yuboriladi. Birlamchi emlash 1 oylik interval bilan 3 ta inyeksiyadan iborat. Qayta emlash - uchinchi inyeksiyadan keyin 1-yil o'tgach. Poliomyelitga qarshi vaktsinalardan foydalanish ba'zi mamlakatlarda poliomyelit holatlarining butunlay yo'qolishiga, boshqa mamlakatlarda esa kasallanishning keskin kamayishiga olib keldi.

**O'zbekiston Respublikasida immunizatsiya 2021-yil 17-iyuldagi SanPiN
0239-07/4 "O'zbekiston Respublikasida yuqumli kasalliklarning
immunoprofilaktikasi" asosida amalga oshiriladi (4 ta qayta ko'rib chiqish)**

Ushbu sanitariya qoidalari bemorlarning statsionarlarda bo'lishi uchun maqbul shart-sharoitlar va tibbiyot xodimlarining normal mehnat sharoitlarini yaratish maqsadida belgilanadi. Ushbu sanitariya normalari va qoidalari mulkchilik shakllari va idoraviy mansubligidan qat'i nazar, barcha davolash muassasalari, shuningdek, yer uchastkalarini tanlash, davolash-profilaktika muassasalarini loyihalashtirish, qurish,

rekonstruksiya qilish va ulardan foydalanish masalalari bilan shug'ullanuvchi loyiha, qurilish tashkilotlari va boshqa tashkilotlar tomonidan bajarilishi majburiydir. Sanitariya normalari, qoidalar va gigiyena normativlariga rioya qilmaslik qonun bilan ta'qib qilinadi.

Qoidalarda JSSTning Kengaytirilgan immunizatsiya dasturi, O'zbekiston Respublikasida Immunizatsiya milliy dasturi talablari, jamoaviy immunitetning zo'riqishi, yuqumli kasalliklar bilan kasallanish, shuningdek, qo'llanilayotgan vaksinalarning epidemiologik samaradorligi va xavfsizligi bo'yicha ko'p yillik kuzatuvlar natijalari hisobga olingan.

Mazkur Qoidalar difteriya, ko'kyo'tal, qoqshol, qizamiq, qizilcha, poliomiyelet, sil, epidemik parotit, virusli gepatit B, haemophilus influenzae turi b (XIB) va rotavirus infeksiyasi va boshqa yuqumli kasalliklarning oldini olish bo'yicha chora-tadbirlar tizimida qo'llaniladi.

Immunoprofilaktikaning maqsadi maxsus profilaktika vositalari bilan boshqariladigan infeksiyalarni, xususan:

poliomiyeletdan xoli hudud maqomini saqlab qolish;
bo'g'ma holatlari qayd qilinishiga yo'l qo'ymaslik;
2018-2020-yillargacha qizamiq va qizilcha kasalliklarini bartaraf etishga erishish;
virusli gepatit B bilan kasallanishni kamaytirish va ushbu infeksiyalardan o'lim holatlarining oldini olish;

kasallanishni kamaytirish va XIB (haemophilus influenzae b turi) hamda rotavirus infeksiyasidan o'lim holatlarining oldini olish;

silning tarqalgan shakllari rivojlanishining oldini olish;

kasallanishni kamaytirish va pnevmokokk infeksiyasi o'limining oldini olish;

odam papilloma virusi keltirib chiqaradigan kasalliklarning oldini olish.

Belgilangan maqsadli vazifalarni amalga oshirish profilaktik emlash kalendariga muvofiq bolalar va o'smirlarni sil, poliomiyelet, virusli gepatit B, difteriya, ko'kyo'tal, qoqshol, OITS, rotavirus infeksiyasi, pnevmokokk infeksiyasi, qizamiq, epidemik parotit, qizilcha, odam papilloma virusiga qarshi emlash bilan kamida 95 foiz qamrab olishni ta'minlashni nazarda tutadi.

Yuqumli kasalliklarga qarshi emlash davlatning bola salomatligi to'g'risidagi har tomonlama g'amxo'rligining bir qismidir, shuning uchun u oson, majburiy va bepul bo'lishi kerak.

Bola tug'ruqxonada tug'ilganda unga majburiy emlashlar va ularni o'tkazish muddatlari ko'rsatilgan "Immunizatsiya pasporti" beriladi.

Immunizatsiya pasportida har bir o'tkazilgan va keyingi emlashlar qayd etiladi.

Ushbu profilaktik emlash kalendari doirasida immunizatsiya Dori vositalari va tibbiy texnika sifatini nazorat qilish bosh boshqarmasida ro'yxatdan o'tkazilgan va sertifikatlangan hamda O'zbekiston Respublikasida qo'llash bo'yicha yo'riqnomaga muvofiq belgilangan tartibda qo'llashga ruxsat etilgan mahalliy va xorijiy ishlab chiqarilgan vaksinalar bilan o'tkaziladi.

Immunizatsiya xavfsizligi, vaksinalarni saqlash va tashishning to'g'riligi, tegishli kontingentning kamida 95% profilaktik emlashlar bilan qamrab olinishini ta'minlash uchun immunizatsiya o'tkaziladigan DPM rahbari shaxsan javob beradi.

Barcha DPM shifokorlari quyidagilarni bilishlari shart: profilaktik emlashlar taqvimini, emlashga qarshi ko'rsatmalar ro'yxati, "sovuqlik zanjiri"ga rioya qilish qoidalari, emlashdan keyingi nojo'ya ta'sirlar va birinchi tibbiy yordam ko'rsatish.

Muassasaning ixtisosligidan qat'i nazar, barcha DPM shifokorlari, shu jumladan ixtisoslashtirilgan kabinetlar, kasalxonalar, klinikalar, tez tibbiy yordam va boshqa sog'liqni saqlash muassasalari xodimlari bola bilan uchrashganda emlash holatini aniqlashtirishi (immunizatsiya pasporti yoki 63-shakl nusxasini taqdim etishi) va tibbiy yordam ko'rsatilgandan so'ng bolani profilaktik emlash taqvimiga muvofiq emlash uchun tegishli muassasalarga yuborishi shart.

PROFILAKTIK EMLASH KALENDARI

Yosh	Vaksinalar nomi
1 sutka	VGB-1
2-5 kun	OPV-0 + BSJ-1
2 oy	penta-1 (AKDS-1, VGV-2, XIB-1) OPV-1 Rota-1 (oral rotavirus) PNEVMO-1
3 oy	penta-2 (AKDS-2, VGV-3, XIB-2) OPV-2 Rota-2 (oral rotavirus) PNEVMO-2
4 oy	pent -3 (AKDS-3, VGV-4, XIB-3) OPV-3 IPV
12 oy	KPK-1 PNEVMO-3
16 oy	AKDS-4 OPV-4
6 yil	KPK-2
1-sinf (7 yosh)	ADS-M-5, OPV-5
9-12 yosh	VPCh
16 yosh	ADS-M 6

--	--

Izoh: KPK - qizamiq, parotit va qizilchaga qarshi uch valentli tirik vaksina.

AKDS+VGV+XIB - ko'kyo'tal, difteriya, qoqshol, gepatit B (VGB) va XIB infeksiyalariga qarshi pentavalent vaksina.

Rota - oral rotavirus vaksinasi.

Pnevmo - pnevmokokk vaksinasi 2015-yil iyul oyida joriy etilgan.

IPV - faolsizlantirilgan poliomiylit vaksinasi.

OPV - inson papilloma virusiga qarshi vaksina, 2016-yilda joriy etilgan.

Qo'llaniladigan vaksinalar tavsifi immunoprofilaktika uchun

Vaksina turlari	Vaksinalar nomi, dozasi va yuborish usuli	Shartlar saqlash
Tirik vaksinalar	OPV (1 doza = 2 tomchi og'iz orqali), KPK (1 doza = 0,5 ml t/o)	faqat QMChni muzlatish mumkin.
	BSJ (1 doza = 0,05 mg yoki 0,1 ml t/i)	KPK, BSJ, RVV vaksinalarini saqlash +2°S dan +8°C gacha haroratda
	Og'iz orqali (rotavirusli) (1 doza = 1,5 ml og'iz orqali)	muzlatish imkonsiz

Nofaol-tekislangan	O'ldirilganlar	Ko'kyo'tal (AKDS tarkibiga kiradi) IPV - poliomiyelitga qarshi (1 doza = 0,5 ml m/i)	Barcha o'ldirilgan vaksinalar, anatoksinlar va rekombinant vaksinalarni muzlatish mumkin emas, haroratda saqlash +2 dan +8°C darajagacha
	Anatoksinlar	AKDS, ADS, ADS-M, AD-M (1 doza = 0,5 ml m/i), Qoqshol (0,5 va 1,0 ml)	
	Rekombinant	Gepatit B ga qarshi (1 doza = 0,5 ml m/i) Odam papilloma virusiga qarshi (1 doza = 0,5 ml m/o)	
	Pentavalentli	Gepatit B, ko'kyo'tal, bo'g'ma, qoqsholga qarshi va XIB infeksiyasi (1 doza = 0,5 ml m/i)	
	Polivalentli	Pnevmokokk infeksiyasiga qarshi (1 doza = 0,5 ml m/i)	

Immunizatsiya muddatiga to'g'ri keladigan yosh (emlash kalendari bo'yicha) va noxush epidemiologik vaziyat immunizatsiyaga ko'rsatma hisoblanadi.

Tibbiyot xodimi tomonidan immunizatsiyaga asossiz qarshi ko'rsatmalar belgilanishi qoidabuzarlik hisoblanadi. Boshqariladigan infeksiyalar bilan kasallanishga olib keladigan asossiz qarshi ko'rsatmalar berganlik uchun tibbiyot xodimi javobgarlikka tortilishi mumkin.

Yuqumli kasalliklarning immunoprofilaktikasini tashkil etish va o'tkazish bo'yicha sanitariya normalari va qoidalariga rioya etmaslik qonun bilan ta'qib qilinadi.

IMMUNIZATSIYA QOIDALARI

1. Bolalarni emlash shifokor ko'rigidan so'ng amalga oshiriladi. Profilaktik emlashlar uchun bolalarni tanlashda, birinchi navbatda, emlanuvchining umumiy ahvolini baholash, ota-onalar yoki hamrohlik qiluvchi shaxslardan bolaning sog'lig'i haqida so'rov o'tkazish, emlashlarga tibbiy qarshi ko'rsatmalarni aniqlash, oldingi emlashlarga reaksiyalarning mavjudligini aniqlash zarur.

2. Homilador ayolda (tug'gan ayolda) VGB (HBsAg) belgisi aniqlansa, tug'ruqdan keyin 3-12 soat ichida chaqaloqni VGBga qarshi emlash kerak. Vaksinatsiyani o'z vaqtida o'tkazish maqsadida tug'ruq tarixlari va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning HBsAg bilan kasallangan ijobiy ayollarning tarixlari o'ng burchakda qizil to'rtburchak (1x1 sm o'lchamda) bilan belgilanadi. Emlash xonasida HBsAg musbat bo'lgan ayollarning ro'yxati bo'lishi kerak.

3. OIV bilan kasallangan bolalar va OIV yuqqan onalardan tug'ilgan bolalarni immunizatsiya qilish O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2010-yil 10-yanvardagi 10-sonli buyrug'iga muvofiq amalga oshiriladi.

Emlashlar orasidagi intervallar:

1. Bir xil vaksina dozalarini kiritish orasidagi minimal interval - 1 oy. Oraliqning uzayishi antitanachalar ishlab chiqarilishining kuchayishiga olib keladi, ammo seriyaning tugashi va infeksiyadan himoyalaniшни kechiktiradi.

2. Tirik vaksinalarni yuborish orasidagi minimal interval ham kamida 1 oyni tashkil etadi (ular o'rtasida interferensiya bo'lishi mumkinligi sababli).

3. Immunizatsiya siklida navbatdagi dozani o'tkazib yuborganda, emlash butun seriyani takrorlamasdan, bola bilan birinchi aloqada amalga oshiriladi.

4. Bir vaqtning o'zida bir nechta vaksinani turli shprislarda va tananing turli qismlariga yuborish mumkin.

Emlanuvchiga qon va uning tarkibiy qismlari yuborilgan taqdirda emlash qoidalari:

1. Qon yoki uning tarkibiy qismlari (eritrotsitar yoki leykotsitar massa) quyilgandan so'ng qizamiq, qizilcha va epidparotitga qarshi emlashlar 6 oydan keyin, trombotsitar massa yoki plazma quyilganda - 7 oydan keyin amalga oshiriladi.

2. Emlanuvchiga immunoglobulin yuborilgan taqdirda qizamiq, qizilcha va epidemik parotitga, rotavirus infeksiyasiga qarshi emlashlar 3 oydan keyin; poliomiyelit va grippga qarshi - 1,5 oydan keyin o'tkaziladi; AKDS, ADS, ADS-M immunoglobulin yuborilgandan 1 oy o'tgach.

IMMUNIZATSIYAGA QARSHI KO'RSATMALAR

Immunizatsiyaga deyarli barcha qarshi ko'rsatmalar **vaqtinchalik** bo'lib, ular imkon bo'lishi bilan dinamik ravishda qayta ko'rib chiqilishi kerak.

Barcha vaksinalarga qarshi ko'rsatmalar: oldingi emlashlarga kuchli reaksiya yoki asoratlar, xususan:

1. O'rta og'ir va og'ir somatik va yuqumli kasalliklarda - immunizatsiya sog'aygandan keyin 3-14 kun o'tgach amalga oshirilishi kerak. O'tkir respirator kasalliklar va diareyaning yengil shakllari qarshi ko'rsatma emas, emlash bolaning umumiy ahvoli qoniqarli bo'lganda amalga oshirilishi kerak. Surunkali yurak, jigar,

buyrak, o'pka kasalliklari, shuningdek, qandli diabet va boshqa endokrin kasalliklari bo'lgan bemorlar remissiya davrida emlanishi kerak.

2. Oldingi vaksina dozalariga jiddiy reaksiyalar. Agar AKDS vaksinasining oldingi dozadini yuborishda ensefalopatik reaksiyalar, tutqanoqlar, anafilaksiya, kollaps kuzatilgan bo'lsa, ko'kyo'tal antigenlarini o'z ichiga olgan vaksinalarni yuborish mumkin emas. Immunizatsiya kursini yakunlash uchun ADS, AS anatoksin, ADS-M dan foydalanish lozim.

Yuqori harorat (40°S dan yuqori) va 3 soatdan ortiq kuchli qichqiriq keyingi emlashda ko'kyo'tal komponentini istisno qilish uchun asos bo'ladi. Vaksina komponentlariga (tuxum oqsili, antibiotiklar) anafilaktik reaksiyasi bo'lgan shaxslar ushbu komponentlarni o'z ichiga olgan vaksinalar bilan emlanmaydi.

3. Zo'rayib boruvchi nevrologik buzilishlari bo'lgan bolalar ko'kyo'tal komponentini o'z ichiga olgan vaksinalar bilan emlanmaydi.

Markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi (MATSh) tashxisi qo'yilgan bolalar nevrologik buzilishlarning rivojlanishini istisno qilish uchun 2 oylik bo'lguncha nevropatolog bilan maslahatlashishlari kerak.

4. Allergik kasalliklar - astma, pichan isitmasi, allergik dermatozlar va ekzema bilan og'rigan bolalar remissiya davrida, zarur hollarda - antigistamin preparatlar fonida (yoki kunduzgi statsionar sharoitida) emlanadi (poliomiyelitga qarshi emlash bundan mustasno).

5. Vaqtinchalik tibbiy chetlatish tufayli tug'ruqxonada BSJ va VGb bilan emlanmagan bolalar chaqaloqlar patologiyasi bo'limidan chiqishdan oldin yoki chaqaloqlik davrida (tug'ilgandan keyin 29 kun ichida) emlanishi kerak.

6. Bakteriyalar ajralib chiqadigan silning faol shakli bilan kasallangan onadan tug'ilgan bolalar onadan 2 oyga ajratiladi va silga qarshi emlanadi (BSJ).

VAKSINA TURLARI BO'YICHA QARSHILIKLAR

Vaksina turlari	Qarshi ko'rsatmalar
-----------------	---------------------

Barcha vaksinalar	oldingi dozaga kuchli allergik reaksiya yoki asoratlar; yuqumli va somatik kasalliklarning o'tkir davri (emlash sog'aygandan keyin 3-14 kun o'tgach o'tkaziladi).
Barcha tirik vaksinalar	immunitet tanqisligi holati (birlamchi), dorilar bilan immunosupressiya, kimyoterapiya yoki gormonoterapiyadan keyingi immunosupressiya, (OIV infeksiyasi); xavfli o'sma; homiladorlik
BSJ	chaqaloqning chala tug'ilganligi (vazni 1800 g dan kam); tug'ruq paytida og'ir bosh miya jarohati; gemolikvorodinamikaning 3-darajali buzilishi; OIV yuqqan onalardan tug'ilgan va OIVning klinik ko'rinishlariga ega bo'lgan bolalar
VGB	bolaning vazni 1800 g dan kam; novvoylik xamirturushiga allergik reaksiyalar
OPV	immun tanqislik holati; xavfli o'smalar
IPV	streptomitsin, neomitsin, polimiksin V ga yuqori sezuvchanlik; vaksinaning oldingi kiritilishiga reaksiya; erta bolalik (3 oygacha)

AKDS	asab tizimining zo‘rayib boruvchi kasalliklari; Anamnezda qizil tutqanoqlar (AKDS o‘rniga ADS yuboriladi)
ADS, ADS-M, AD-M	mutlaq qarshi ko‘rsatmalar yo‘q
KPK	immunitet tanqisligi holati; tovuq tuxumi oqsiliga allergiya; immunoglobulinlarning oldingi yuborilishi - homiladorlik
XIB (penta)	VGV va AKDSga tegishli barcha qarshi ko‘rsatmalar
Rotavirus vaksinasi	dori immunosupressiyasi; xavfli o‘smalar; vaksina komponentlariga yuqori sezuvchanlik; vaksinaning oldingi kiritilishiga reaksiya; oshqozon-ichak trakti rivojlanish nuqsonlari (masalan, Mekkel divertikuli); birlamchi immun tanqisligi
Pnevmokokk vaksinasi	vaksinaning oldingi kiritilishiga allergik reaksiya - homiladorlikning dastlabki ikki trimestri
Odam papilloma virusiga qarshi vakcina	vaksinaning faol tarkibiy qismlari va to‘ldiruvchilariga yuqori sezuvchanlik - vaksinaning oldingi kiritilishiga reaksiya.

Emlashga qarshi ko'rsatma bo'la olmaydigan holatlar

Holatlar	Anamnezdagi ko'rsatmalar
Perinatal ensefalopatiya Barqaror nevrologik holat: MATS, Daun kasalligi va h.k. Allergiya, astma, ekzema Surunkali yurak, o'pka, buyrak, jigar kasalliklari kamqonlik disbakterioz Timus soyasining kattalashishi Tug'ma nuqsonlar Steroidlar, gormonlar bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya Kasallikning inkubatsion davri	Chaqaloqlar sariqligi Chala tug'ilish Chaqaloqlar gemolitik kasalligi Sepsis Oiladagi emlashdan keyingi asoratlar Allergiya, oiladagi tutqanoq Oiladagi epilepsiya Oilada to'satdan o'lim Hujjatlar bilan tasdiqlanmagan o'tkazilgan ko'kyo'tal, qizamiq, qizilcha, parotit

Emlashga barcha tibbiy qarshi ko'rsatmalar majburiy hisobga olinadi, 1 oy va undan ortiq davom etganda - immunologik komissiya tomonidan ko'rib chiqiladi. Emlashga qarshi ko'rsatmalar bo'lgan bolalar uchun sog'lomlashtirish rejasi va individual emlash jadvali tuziladi, ular bolaning rivojlanish tarixida (f-112/u), immunizatsiya pasportida va emlashdan tibbiy voz kechishni ro'yxatga olish jurnalida qayd etiladi.

Emlashni rejalashtirish

Rejalashtirish aholi soni va yosh guruhlarini bo'yicha emlanganlik tahlilidan o'tgan yildan beri emlanmagan shaxslar soniga asoslanadi.

Aholi sonini aniqlash uchun yiliga 2 marta (bahor va kuzda) aholini ro'yxatga olish o'tkaziladi, buning uchun uy-joylar bo'yicha oilaviy ro'yxatga olish jurnali to'ldiriladi, yakunida aholining yosh guruhlari bo'yicha harakati bo'yicha yig'ma jadval tuziladi.

063, 064 va 112-shakllar, jurnallar va katta yoshdagi aholiga, bolalar va o'smirlarga xizmat ko'rsatuvchi barcha DPMLarning yosh setkasi bilan taqqoslash o'tkaziladi.

63 va 64-shakllardagi emlash kartotekasi barcha aholi uchun, uyushmagan bolalar aholisi uchun - uchastkalar bo'yicha, uyushgan aholi uchun - MTM, maktablar, litseylar, kollejlari, oliy o'quv yurtlari bo'yicha; katta yoshdagi aholi uchun - uyushgan jamoalar va uchastkalar bo'yicha markazlashtirilishi ta'minlanadi.

Aholini ro'yxatga olish va taqqoslash natijalari bo'yicha har bir yosh kesimida aholining yosh jadvali tuziladi. Nazorat ro'yxatini o'tkazish DPM bosh shifokori tomonidan tasdiqlangan dalolatnoma bilan rasmiylashtiriladi.

Har oyda infeksiyalarga (qizamiq, qizilcha, difteriya, ko'kyo'tal, qoqshol, poliomiyelit, virusli gepatit, epid.parotit, XIB va rotavirus infeksiyasi) qarshi emlanganlik holati tahlil qilinadi. Immunizatsiya qilinadigan aholi aniqlangandan so'ng, rejalar tuzishga kirishiladi.

Profilaktik emlashlar rejasi 063, 064, 112-shakllar asosida UASh shifokori (pediatr) va DPM hamshirasi, o'quv-tarbiya muassasalari shifokori va hamshirasi tomonidan tuziladi.

Barcha uchastkalar, maktablar, kollejlari, litseylari va MTMLarning profilaktik emlash rejalarini tuman (shahar) bosh pediatri, bosh terapevti va immunologi tomonidan umumlashtiriladi.

IMMUNOLOG VRACHNING VAZIFALARI

Vrach-immunologning majburiyatlariga quyidagilar kiradi:

profilaktik emlashlar taqvimiga muvofiq profilaktik emlashlarning yillik rejasini tuzish;

yillik, choraklik va oylik vaksinalarga bo‘lgan ehtiyojni aniqlash;

xizmat ko‘rsatilayotgan hududda bolalarni to‘liq va o‘z vaqtida hisobga olish ustidan doimiy nazoratni amalga oshirish;

o‘tkazilayotgan emlashlarning sifati, to‘liq qamrab olinishi va o‘z vaqtida o‘tkazilishi ustidan nazoratni amalga oshirish;

profilaktik emlashlarni rejalashtirishning ishonchliligi va rejasining bajarilishini nazorat qilish;

emlashdan tibbiy chetlashtirilgan bolalarni nazorat qilish va ularni tanlab ko‘rikdan o‘tkazish;

asossiz tibbiy rad etishlar uchun shaxsiy javobgarlik;

emlashdan uzoq muddatga chetlashtirilgan bolalarni ko‘rib chiqish uchun immunologiya komissiyasiga hujjatlarni (112-x, 63-x) tuman va shahar tibbiyot birlashmalariga taqdim etish, ularni tekshirish va sog‘lomlashtirish hamda emlash masalasini hal qilish uchun tegishli statsionarlarga yuborish;

og‘ir anamnezga ega bo‘lgan bolalarga maslahat beradi va ularga 112-x yozuvi bilan emlash o‘tkazish bo‘yicha yozma tavsiyalar beradi (laboratoriya tekshiruvi, mutaxassis maslahati, emlashning individual jadvalini tuzish va boshqalar);

immunizatsiyadan keyin noodatiy nojo‘ya ta’sirlari bo‘lgan bolalarni nazorat qiladi;

UASh shifokorlari (pediatr) bilan birgalikda ro‘yxatdan o‘tishda emlashdan keyingi asoratlarning barcha holatlarini tahlil qiladi;

uyushmagan va uyushgan bolalar o‘rtasida emlanganlik holatini tahlil qiladi va uni yaxshilash bo‘yicha vazifalarni belgilaydi;

emlash xonasidagi hamshira va immunobiologik dorilarni hisobga olish, saqlash va sarflash uchun mas’ul xodimlarning ishini nazorat qiladi;

tibbiyot xodimlariga xavfsiz immunizatsiya masalalari bo‘yicha birlamchi yo‘riqnoma o‘tkazadi;

har oyda o‘tkazilayotgan profilaktik emlashlar va vaksinalar sarfi to‘g‘risida 6-hisobot shakli bo‘yicha hisobot tuzadi;

aholi o‘rtasida immunoprofilaktika masalalari bo‘yicha sanitariya-maorif ishlarini tashkil etish va o‘tkazish.

SHIFOKOR (UASh, uchastka pediatri) VAZIFALARI

- yil va joriy oy uchun profilaktik emlash rejasini tuzadi;
- emlash sanalari, bolaning tibbiy ko'rikka kelish muddatlari, shuningdek, tibbiy qarsh
- ko'rsatmalar mavjudligiga aniqlik kiritadi;
- emlashga qarshi tibbiy ko'rsatmalarga ega bo'lgan bolalarni sog'lomlashtiradi va ularning kelgusi rivojlanishi uchun javobgar bo'ladi;
- emlashdan keyingi asoratlar yuzaga kelishi ehtimoli bo'yicha "xavf guruhi"dagi bolalarni ajratadi;
- tibbiy ko'rikdan o'tkazadi (majburiy termometriya bilan) va bolaning sog'lig'i holatiga qarab unga emlash o'tkazishga ruxsat beradi. Xulosa albatta 112-shaklga yoziladi. Zarur hollarda, DPM rahbari bilan kelishgan holda konsultativ poliklinikaga maslahat olish uchun yuboradi;
- emlangan bolalarni 1 oy davomida tibbiy kuzatib boradi;
- immunizatsiyadan keyin noodatiy nojo'ya ta'sirlari bo'lgan bolalarni kasalxonaga yotqizish uchun yuboradi;
- har oyda 6-hisobot shakli bo'yicha o'tkazilayotgan profilaktik emlashlar va vaksinalar sarfi to'g'risida hisobot tuzadi;
- har oyning oxirida biriktirilgan hududda profilaktik emlash rejasining bajarilishini tahlil qiladi;
- uchastkada sanitariya-oqartuv ishlarini olib boradi.

PATRONAJ HAMSHIRASINING VAZIFALARI

- emlanishi kerak bo'lgan aholi hisobini yuritadi (yiliga 2 marta - bahor va kuzda aholini ro'yxatga olish, ketganlar va kelganlarni hisobga olish, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni hisobga olish);
- har yarim yilda bir marta 063/x, 064/x shakllarini solishtiradi;

- taqvim bo'yicha kasbiy emlashlarni o'z vaqtida rejalashtirish va qamrab olish uchun har oyda yangi tug'ilgan chaqaloqlarni hisobga olish va patronaj qiladi;
- joriy yilda va joriy oyda emlanishi lozim bo'lgan shaxslar ro'yxatini tuzadi;
- oylik reja asosida bolali ota-onalarni emlashga taklif qiladi;
- noodatiy reaksiyalar va asoratlarni aniqlash maqsadida emlashlardan keyin bolalarni uyda patronaj qiladi;
- dispanser kuzatuvda bo'lgan va tibbiy qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lgan bolalarni shifokorga chaqiradi;
- har oyda bolalar muassasalariga, boshqa tumanlardagi maktablarga qatnaydigan bolalarning emlanganlik holati to'g'risidagi ma'lumotlarni aniqlaydi va qayd etadi;
- har oyda amalga oshirilgan emlashlar haqida hisobot ma'lumotlarini tuzadi va taqdim etadi.

BOSH HAMSHIRALARINING VAZIFALARI.

Bosh hamshiraning vazifalari (bakterial va immunobiologik preparatlar uchun mas'ul): immunobiologik preparatlar, shprislar, xavfsiz utilizatsiya qutilari va sovutish uskunalari bilan ta'minlashga bo'lgan joriy ehtiyojni aniqlaydi; hududiy SEOvaJSXdan dori-darmonlarni oladi emlash xonalariga vaksinalar va emlash materiallarini beradi; davolash-profilaktika muassasasida vaksinalar va emlash materiallarining to'g'ri hisobini yuritish, saqlash va sarflanishini tashkil etish uchun mas'uldir; emlash xonalarida ishlatilgan inyeksiya materiallarining to'g'ri yig'ilishi va utilizatsiya qilinishini nazorat qiladi.

HAMSHIRANING VAZIFALARI EMLASH XONASI (VAKSINATOR)

Emlash xonasining tibbiyot hamshirasi (vaksinotor):

sanitariya qoidalariga talablariga muvofiq emlash xonasining sanitariya holati uchun javob beradi;

shifokor ko'rsatmasi bo'yicha bolalarni immunizatsiya qiladi va emlashlar o'tkazish qoidalarini va xavfsiz immunizatsiya qoidalariga rioya etilishi uchun javob beradi;

o'tkazilgan emlashlar va foydalanilgan vaksinalarni ro'yxatga olish uchun hisobot-hisob hujjatlarini yuritadi;

emlashlarni 112-x, 063-x va "emlashlarni ro'yxatga olish ishchi jurnallari"da (sana, emlash turi, dozasi, seriyasi ko'rsatilgan holda) ro'yxatdan o'tkazadi.

Emlashlarni monitoring qilishning oylik jadvallarini yuritadi.

Emlash reaksiyalarini hisobga olish uchun bolaning uyga faol tashrifini tashkil qiladi.

Shifokorning ko'rsatmasi va nazorati ostida zarur vaksinalar, dori-darmonlar, bog'lov vositalari va asbob-uskunalarini oladi, emlash xonasida vaksina preparatlarining to'g'ri saqlanishini ta'minlaydi.

EMLASH XONASINING KARTOTETCHI HAMSHIRASI VAZIFALARI **(vazifalar patronaj hamshirasiga yuklatiladi)**

Emlash xonasining kartotekachi hamshirasi:

18 yoshgacha bo'lgan barcha bolalarda 063-x kartalaridan emlash kartotekasini shakllantiradi.

profilaktik emlash kartalarini o'z vaqtida to'ldiradi (olingan emlashlar va emlanmaslik sabablari haqida ma'lumot);

patronaj tibbiyot hamshiralari bilan birgalikda ro'yxatga olish o'tkazilgandan so'ng yiliga 2 marta bolalarni 063-x bo'yicha hisobga olishning to'liqligini tekshiradi; kelgusi davr (hafta, oy, yil) uchun emlash rejalarini shakllantiradi;

uchastka patronaj tibbiyot hamshiralari, maktabgacha ta'lim muassasalari va maktablardan o'tgan oydagi emlashlarning bajarilishi to'g'risidagi hisobotlarni qabul qiladi;

oy oxirida hisobot tuzadi va umuman poliklinika bo'yicha oylik emlash rejalarining bajarilishini statistik tahlil qiladi.

EMLASHNI TASHKIL QILISH

Profilaktik emlashlarni tashkil etish va o'tkazish davolash-profilaktika muassasalarining talablarga javob beradigan emlash xonalarida amalga oshiriladi.

Profilaktik emlashlarni bog'lov, manipulyatsiya xonalarida, palatalarda va uy sharoitida o'tkazish qat'iyan man etiladi.

Tug'ruq bo'limlarining emlash xonalarida yangi tug'ilgan chaqaloqlardan skrining tekshiruvi uchun qon tahlilini olishga ruxsat etilmaydi.

Emlashlarni bevosita maktabgacha tarbiya muassasalarida, maktablarda va boshqa muassasalarda o'tkazish zarur bo'lgan taqdirda, ularni faqat tegishli ravishda jihozlangan tibbiyot xonasida o'tkazish tavsiya etiladi. Tashkil etilgan jamoalarga emlash kalendariga muvofiq shu yoshga tegishli profilaktik emlashlar to'plamiga ega bo'lmagan bolalarni kiritishga yo'l qo'yilmaydi.

Chekka va borish qiyin bo'lgan hududlarda shifokor va vaksinator tarkibidagi ko'chma brigadalar tomonidan emlashni tashkil etish va o'tkazish zarur.

EMLASH XONASIGA TALABLAR

Emlash xonasi ishiga rahbarlik qilish Muassasa bosh shifokorining buyrug'i bilan uning o'rinbosari, u bo'lmaganda esa bo'lim mudiri zimmasiga yuklatiladi. Qishloq vrachlik punktlarida (QVP) - mudirga.

Emlash xonasi 2 xonadan iborat bo'lishi kerak: kartoteka xonasi 20 kv. m va Emlash xonasi 12 kv. m dan kam bo'lmasligi kerak. Emlash xonasining devorlari to'liq balandlikda sirlangan plitkalar yoki boshqa namlikka chidamli materiallar bilan qoplangan bo'lishi kerak. Pol suv o'tkazmaydigan material bilan qoplangan, ship suvga chidamli bo'yoqlar bilan bo'yalgan bo'lishi kerak. Emlash xonasida issiq va sovuq suv keladigan rakovina bo'lishi kerak. Emlash xonasining xonasi kuniga 2 marta nam tozalashdan o'tkazilishi kerak, bunda alohida ajratilgan markirovkalangan tozalash anjomlaridan foydalaniladi, yuvish vositalari qo'llaniladi, kun oxirida esa

dezinfeksiyalovchi vositalar qo'llaniladi. Haftada bir marta emlash xonasida umumiy tozalash o'tkaziladi.

DPMda emlash xonasi uchun zarur bo'lgan anjomlar ro'yxati:

vaksinalarni saqlash uchun markirovkalangan javonli muzlatgich;
Shokka qarshi terapiya asboblari va vositalari uchun shkaf;
qo'shimcha zaxirali bir martalik shprislar va ignalar, termometrlar, tonometr, so'rg'ich, og'iz kengaytirgich, til ushlagich, kornsanglar;
dezinfeksiyalovchi eritmalar va ishlatilgan asboblarni tashlash uchun idishlar;
emlash stoli;
yo'rgaklash stoli va tibbiy kushetka;
hujjatlar, yozuvlarni saqlash uchun stol;
qo'l yuvish uchun rakovina;
bakteritsid lampa;
termosumka;
ishlatilgan shprislar va inyeksiya materiallarini xavfsiz yig'ish uchun qutilar.
Emlashni amalga oshiradigan DPMda uzluksiz energiya ta'minoti uchun generator bo'lishi kerak.

Emlash xonasining shokka qarshi dori-vositalar tarkibi:

2 ta jgut, steril bir martalik shprislar 10 ta;
0,1% adrenalin gidroklorid eritmasi 1,0 ml 10 ampuladan;
prednizolon va gidrokortizon eritmaları 5 ampuladan;
5% li glyukoza eritmasi bilan infuzion tizimlar - 200,0 ml;
ampulalarda antigistamin preparatlar, 5 ta ampula;
ampulalarda kalsiy preparatlari va 2,4% li eufillin eritmasi;
yurak preparatlari (kordiamin, korglyukon, strofantin).
Shoshilinch turdagi emlashdan keyingi asoratlari (anafilaktik shok va boshqalar) holatida bosqichma-bosqich shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish bo'yicha belgilangan standartlarga ega bo'lish.

Emlash xonasining hujjatlari:

profilaktik emlashlar uchun ishlatiladigan barcha preparatlarni qo'llash bo'yicha ko'rsatmalar;

yo'riqnoma-uslubiy hujjatlar;

vaksinalar va boshqa preparatlar, shprislar, ignalar va qutilarni hisobga olish va sarflash jurnali;

o'tkazilgan emlashlarni ro'yxatga olishning manipulyatsion (kundalik - ishchi) jurnali;

sovitish uskunasi harorat rejimini qayd qilish varaqasi;

o'tkazilgan emlashlarni kuzatishning oylik jadvallari.

Profilaktik emlashlar, vaksinalarning kelib tushishi va ishlatilishi to'g'risida 6-shakl bo'yicha oylik hisobotlar va 1-shakl bo'yicha yillik hisobot va idoraviy statistika hisobotini tuzish bo'yicha yo'riqnoma.

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2020-yil 31-dekabrda 363-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan 063-sonli "Profilaktik emlashlar xaritasi" shakli.

Aholi yoshini ro'yxatga olish.

Tibbiy rad etishlar va immunologiya komissiyasi qarorlarini hisobga olish jurnali.

Emlashdan keyingi reaksiyalar va asoratlarni hisobga olish jurnali.

Muassasa rahbari tomonidan tasdiqlangan favqulodda vaziyatlar rejasi (elektr energiyasini o'chirish va boshqalar).

EMLASH O'TKAZISH

Sog'liqni saqlash vazirligining 2006-yil 11-aprelda 148-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan Vaksinalarni saqlashning barcha darajalarida samarali boshqarishning standart ishchi tartib-qoidalar bo'yicha mavjud qonunchilik hujjatlari, yo'riqnomalar va uslubiy tavsiyalarni hisobga olgan holda, SEO va JSX va DPM markazlari tomonidan barcha darajalarda bakteriya va virus preparatlarini to'g'ri tashish va saqlash ta'minlanadi.

SEOvaJSX barcha olib borilayotgan tadbirlarni nazorat qiladi va profilaktika maqsadlarida ham, epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha ham vaksinalar yetkazib berilishini ta'minlaydi. Diagnostik maqsadlarda ishlatiladigan preparatlar, masalan, tuberkulin, qoqshol, bo'g'ma, gangrena, botulizm va ilon chaqishiga qarshi zardoblar, qoraqurt va boshqalar davolash tarmog'i tomonidan mustaqil sotib olinadi.

Emlashlar joylardagi muayyan poliklinikada maxsus tayyorgarlikdan o'tgan va emlash xonasida ishlash uchun har yili tasdiqlanadigan sertifikat-ruxsatnomaga ega bo'lgan tibbiyot xodimi-emlovchi tomonidan amalga oshirilishi kerak. Silga qarshi immunizatsiya o'tkazuvchi hamshiralarni har yili tayyorlash silga qarshi dispanserlar mutaxassislari tomonidan amalga oshiriladi. Sertifikati va muassasa rahbarining emlash xonasini tayinlash va ishga qo'yish to'g'risidagi buyrug'i bo'lmagan tibbiyot hamshirasi emlash xonasida ishlashga qo'yilmaydi.

Immunizatsiyani tashkil etish va o'tkazishda ishtirok etuvchi har bir tibbiyot xodimi: yuqumli kasalliklarning immunoprofilaktikasi bo'yicha sanitariya normalari va qoidalarini bilish;

har yili immunoprofilaktika bo'yicha bilim darajasini nazorat qilish;

vaksinalar bilan ishlash qoidalariga (tashish, saqlash, qo'llash, sifat nazorati), xavfsiz emlash amaliyoti qoidalariga, xavfsiz inyeksiya, ochiq flakonlar siyosatiga rioya qilish; qizamiq, qizilcha va epidemik parotitga qarshi vaksinalar va BSJ vaksinasi 6 soat davomida ishlatilishi kerakligini yodda tuting. Ushbu muddatda suyultirilgan va ishlatilmagan vaksinalar yo'q qilinishi kerak;

BSJ, qizamiq, qizilcha va epidparotitga qarshi vakcina, gepatit B ga qarshi vakcina, AKDS, ADS, ADS-M, AD-M, rotavirus vaksinasi, poliovaksinalar kiritilganda 50% gacha, 15% gacha to'kilishga yo'l qo'yiladi;

vaktsinatsiyadan keyingi reaksiyalar va asoratlarni (PVR/PVO) nazorat qilish;

har oyda emlash bilan qamrab olish darajasini aniqlash uchun emlash kartalarini (063-x va 112-x) taftish qilgan holda 6-x shakli bo'yicha o'tkazilgan emlash to'g'risida hisobot tuzish;

zarur hollarda birinchi tibbiy yordam ko'rsatish usullarini egallash;

aholi bilan immunizatsiya zarurligi haqida tushuntirish ishlarini olib borish.

Emlashdan oldin emlash hamshirasi quyidagilarga majbur:

Emlash uchun kelgan shaxsning sog‘lig‘i, shuningdek, emlashga qarshi ko‘rsatmalar mavjud emasligi to‘g‘risida shifokor xulosasi mavjudligini tekshirish;

qo‘llarni yuvish;

ampuladagi (flakondagi) preparatning nomini shifokor ko‘rsatmasi bilan solishtirish; preparatni tayyorlash bo‘yicha zarur muolajalarni o‘tkazish (sorbsiyalangan vaksinani chayqatish, antiseptika qoidalariga rioya qilgan holda ampulaga ishlov berish va ochish, liofilizatsiyalangan preparatni eritish va b.) uni qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomaga muvofiq.

Immunizatsiya o‘tkazishda quyidagilarni ta‘minlash zarur:

preparat yuborilgan joyga to‘g‘ri ishlov berish;

faqat bir martalik shpris va ignalardan foydalanish;

preparat dozasi, usul va uni yuborish joyini to‘g‘ri tanlash.

xavfsiz immunizatsiya amaliyotiga qat’iy rioya qilish (metodik tavsiyalar).

Emlashdan keyin:

o‘tkazilgan emlash to‘g‘risida tibbiy hujjatlarga (112-x, 026-x, 025-x, 63-x, shuningdek profilaktik emlashlarni ro‘yxatga olish jurnaliga (064) kiritilgan preparatning nomi, uni kiritish sanasi, dozasi va seriyasini ko‘rsatgan holda yozib qo‘yish;

emlangan shaxsni (yoki uning ota-onasini) emlash va shifokorgacha bo‘lgan yordamga ehtimoliy reaksiyalar, kuchli yoki noodatiy reaksiya paydo bo‘lganda tibbiy yordamga murojaat qilish zarurligi haqida xabardor qilish;

immunizatsiyadan keyingi dastlabki 3 kun ichida EKR va EKAni aniqlash uchun emlangan shaxsga har kuni tashrif buyurishni, shuningdek, preparat yuborilgandan so‘ng bevosita emlanganlarni 1 oy davomida kuzatib borishni tashkil etish.

VAKSINADAN KEYINGI REAKSIYALAR VA ASORATLAR

Emlashdan keyingi reaksiyalar - ma’lum bir vaksina kiritilgandan keyin rivojlanadigan klinik va laboratoriya o‘zgarishlari. Ba’zi tirik vaksinalar (BSJ, sariq

isitma) uchun mahalliy reaksiyalarning rivojlanishi immunitetni shakllantirishning zaruriy sharti hisoblanadi.

Reaksiyalarning og'irlik darajasi yengildan og'irgacha bo'lishi mumkin. AKDS vaksinasi yuborilgandan so'ng yengil darajadagi mahalliy reaksiyalar (vaqtinchalik harorat ko'tarilishi, inyeksiya qilingan joyda ta'sirlanish) uni olganlarning 20-50% ida uchraydi. Haroratning biroz ko'tarilishi, qisqa muddatli injiqlik va ishtahaning yomonlashishi **davolashni talab qilmaydigan normal reaksiya sifatida baholanishi kerak.**

Emlashdan keyingi asoratlari (EKA) - chastotasi, tabiati va og'irligi bo'yicha emlashdan keyingi reaksiyalardan farq qiladigan klinik buzilishlar.

Jiddiy asoratlari, ayniqsa uzoq davom etadigan asoratlari juda kamdan-kam hollarda kuzatiladi.

Emlashdan keyingi asoratlarni aniqlash uchun patronaj hamshirasi 3 kun davomida emlangan shaxsga faol tashrif buyurishi shart va har bir bunday asorat yoki unga shubha tekshiruv o'tkazish uchun shoshilinch xabarnomani majburiy ravishda hududiy SEOvaJSXga taqdim etgan holda ro'yxatga olinishi kerak.

Vaksinatsiyadan keyingi asoratlarning har bir holatini tekshirishda O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2015-yil 27-yanvardagi 36-sonli buyrug'iga muvofiq epidemiologik va klinik-laborator tekshiruv algoritmlariga amal qilish lozim.

SEOvaJSXda qayd etilishi va shoshilinch xabar berilishi kerak bo'lgan asoratlarga quyidagilar kiradi:

BSJ vaksinasi yuborilgandan keyingi barcha limfadenit holatlari;

vaksina yuborilgan joydagi barcha inyeksion abscesslar;

tibbiyot xodimlari yoki aholining fikriga ko'ra, 1 oy davomida emlash bilan bog'liq bo'lgan barcha o'lim holatlari (1 yil davomida BSJ);

tibbiyot xodimlari yoki aholining fikriga ko'ra, 1 oy davomida emlash bilan bog'liq bo'lgan barcha kasalxonaga yotqizish holatlari, og'ir yoki g'ayritabiiy ko'rinishlar.

EKR(emlashdan keyingi reaksiyalar) va EKA (emlashdan keyingi asoratlari)ni **holatlarini aniqlash va ro'yxatga olish uchun** immunizatsiyadan so'ng nojo'ya

ta'sirlar bilan murojaat qilgan barcha DPM (davlat va xususiy sektor) tibbiyot xodimlari mas'uldir.

Emlashdan keying asoratlarni aniqlagan tibbiyot xodimi:

darhol telefon orqali muassasa rahbariyati va emlash o'tkaziladigan joydagi SEOvaJSX hududiy markazini xabardor qilish, u yerdan ma'lumotlar quyidagi instansiyalarga yuboriladi: viloyat SEOvaJSXB markazlari, respublika SEOvaJSXB markazlari va O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Sanitariya-epidemiologiya nazorati bosh boshqarmasi;

favqulodda xabar berish va 63-x va 112-x tegishli yozuvni kiritish. EKRning barcha holatlari soni to'g'risidagi ma'lumotlar oylik hisobotga va 6-x "Profilaktik emlashlar to'g'risida hisobot" shaklining "Emlashdan keyingi reaksiyalar va asoratlar" bo'limiga kiritilishi kerak.

EMLASHNI HISOBGA OLISH

Kartotekaning to'g'ri yuritilishi va bolalarning emlashlar bilan to'liq qamrab olinishi uchun bosh shifokor o'rinbosari va DPM immunolog shifokori javob beradi, ular quyidagilarni muntazam ravishda tekshirib borishlari shart:

- bolalar, shu jumladan uyda tug'ilgan bolalar hisobining to'liqligi;
- emlashlarning o'z vaqtida o'tkazilishi;
- emlash o'tkazishga qarshi ko'rsatmalarning asoslanganligi va tibbiy nuqsonlari bo'lgan bolalarni hisobga olish;
- emlashni tayinlash yoki bekor qilish to'g'risidagi shifokor yozuvlari;
- emlashlarni hisobga olish-hisobot shakllarida ro'yxatdan o'tkazish;
- emlashdan keyingi reaksiyalar va asoratlarni qayd etish (emlashdan keyingi patronaj).

PROFIBRIKATSIYA HISOBOTI

Davolash-profilaktika muassasasining bosh vrachi:

yiliga 2 marta aholini ro'yxatga olish, emlashlarni rejalashtirish, o'tkazish, profilaktik emlashlar hisobining to'liqligi va ishonchliligi uchun.

profilaktik emlashlar, tibbiy rad etishlar va immunizatsiyadan keyingi noxush oqibatlar to'g'risidagi hisobotlarni hududiy SEOvaJSXga o'z vaqtida taqdim etish. Davolash-profilaktika muassasalari o'z hisobotiga bolalarning yashash joyidan qat'i nazar, bolalar o'quv-tarbiya muassasalarida bolalarga o'tkazilgan emlashlar to'g'risidagi ma'lumotlarni kiritadi.

VAKSINALARNI HISOBGA OLISH, SAQLASH VA QO'LLASH

Profilaktik emlashlarni o'tkazish uchun faqat mamlakatimizda va chet elda ishlab chiqarilgan hamda O'zbekiston Respublikasi hududida qo'llash uchun belgilangan tartibda ruxsat etilgan vaksinalardan foydalanilishi kerak.

Davolash-profilaktika muassasalarining bosh shifokori vaksinalar va boshqa immunobiologik preparatlar, shuningdek, inyeksiya materiallarini xavfsiz yo'q qilish uchun shprislar va qutilarning o'z vaqtida olinishi, to'g'ri saqlanishi va taqsimlanishi uchun javobgardir.

Bakterial preparatlarni hisobga olish, saqlash va sarflash davolash-profilaktika muassasalari bosh shifokorining buyrug'i bilan muassasaning bosh hamshirasi zimmasiga yuklatiladi, bundan tashqari, sovitish uskunalarining normal ishlashini, vaksinalarning to'g'ri saqlanishi va tashilishini, shuningdek, ishlatilgan inyeksiya materiallarining to'g'ri yig'ilishini ta'minlaydigan boshqa maxsus o'qitilgan tibbiyot xodimi ham tayinlanishi kerak.

Vaksinalarni SEOvaJSX taqsimlash punktidan yetkazib berishning tegishli shart-sharoitlarini ta'minlash uchun vaksinalar iste'molchilari - hududiy SEOvaJSX, poliklinikalar, filiallar, QVPlar, shifoxonalar, tug'ruqxonalar, bolalar bog'chalari, maktablar va boshqalar termoelementlar solingan sovitgich-sumkalarga ega bo'lishi kerak.

Olingan bakterial preparatlar, shprislar va inyeksiya materialini yig'ish va xavfsiz utilizatsiya qilish uchun qutilarning hisobi JSST/YUNISEF tomonidan tavsiya etilgan maxsus "Vaksinalar va shprislar/ignalarni nazorat qilish jurnali"da amalga oshiriladi.

Tibbiy immunobiologik preparatlarni emlash xonasida saqlash O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2006-yil 11-apreldagi 148-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan Vaksinalarni saqlashning barcha darajalarida samarali boshqarishning standart ishchi tartib-qoidalari bo'yicha uslubiy tavsiyalarni hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak.

Vaksinalarni emlash xonasida **saqlash muddati** sovitish uskunolari va elektr tarmog'i normal ishlayotganda 1 oydan oshmasligi kerak. Ushbu muddatdan kelib chiqib, ushbu DPMda bir oyda zarur bo'lgan vaksina miqdorini oldindan hisoblash kerak. Sovutish uskunolari nosoz bo'lgan taqdirda, energiya ta'minotida tez-tez uzilishlar kuzatilganda, vaksinalarni bir kunga, ya'ni emlash kuniga berish masalasini hal qilish zarur.

Vaksinalarni saqlash shartlari

Vaksina erituvchilarini muzlatish mumkin emas, ularni $+2^{\circ}\text{C}$ dan $+8^{\circ}\text{C}$ gacha bo'lgan haroratda saqlash kerak. Ularni xona haroratida yoki sovutgichda bo'sh joy mavjud bo'lganda saqlash mumkin. Emlash kuni erituvchilar sovutgichda $+2^{\circ}\text{C}$ dan $+8^{\circ}\text{C}$ gacha bo'lgan haroratda saqlanishi kerak.

Gepatit Bga qarshi vaksinalar, AKDS, ADS, ADS-M, AD-M, inaktivatsiyalangan poliomyelit vaksinasi (IPV), rotavirus vaksinasi, pnevmokokk vaksinasi, odam papilloma virusiga qarshi vaksinani muzlatish qat'iyan man etiladi, ularni muzlatgichning o'rta tokchasida saqlash kerak. Poliomyelitga qarshi oral vaksinani faqat Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markazlarida muzlatilgan holda saqlashga ruxsat etiladi.

Quyidagi vaksinalardan foydalanish mumkin emas:

- mos kelmaydigan fizik xususiyatlarga ega;
- ampulalar butunligining buzilishi bilan;
- flakon yoki ampulada belgisi noaniq yoki mavjud bo'lmagan;
- amal qilish muddati tugagan;
- harorat rejimi buzilgan holda saqlangan yoki tashilgan, ayniqsa muzlatilgan (indikator ko'rsatkichlari bo'yicha);

flakon indikatorining rangi o'zgargan (III-IV daraja) $+8^{\circ}\text{C}$ dan yuqori harorat ta'siriga uchragan barcha vaksinalar yo'q qilinishi kerak.

Foydalanishga yaroqsiz vaksinalarni yo'q qilish uchun 3 kishidan iborat komissiya tuziladi (umumiy amaliyot shifokori, bosh hamshira, o'rta tibbiyot xodimi). Dalolatnomada preparatni hisobdan chiqarish sababi ko'rsatiladi.

Bosh vrachning buyrug'i bilan o'rta yoki kichik tibbiyot xodimlari orasidan maxsus o'qitilgan va sertifikatiga ega bo'lgan shaxslar yig'ilgan ishlatilgan shprislar, ignalar va boshqa inyeksiya materiallari solingan maxsus qutilarni yo'q qilish uchun tayinlanadi.

BOSHQARILADIGAN INFEKSIYALAR USTIDAN EPIDEMIOLOGIK NAZORAT

Respublika sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va sog'liqni saqlash xizmati:

kasallanish va tashuvchanlik darajalarini kuzatish;
profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni birinchi navbatda o'tkazish uchun yuqori xavfli hududlarni aniqlash (2 yoshgacha bo'lgan bolalarni difteriya, ko'kyo'tal, qizamiq, poliomyelit, qoqsholga qarshi immunizatsiya bilan to'liq qamrab olinmagan, kasallanish bo'yicha 5 yil davomida nosog'lom bo'lgan);
immunitet tarangligini immunologik nazorat qilishni tashkil etish;
boshqariladigan infeksiya qo'zg'atuvchilarining odamlar orasida va tashqi muhitda aylanishini kuzatish.

BO'G'MA EPIDNAZORATI

difteriyaga shubha qilingan shaxslarni (rinit, laringotraxeit, laringit, krup), barcha turdagi angina bilan og'rigan bemorlarni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish;
difteriyaga qarshi aholining immun qatlamini nazorat qilish;
infeksiya o'choqlarida muloqotda bo'lganlarni, epidemik asoratlarda yuqori xavf guruhlarini ham tekshirish;
bolalar uylariga, maktab-internatlarga, tuberkulyoz bilan kasallanganlar sanatoriylariga, bolalar va kattalar psixonevrologik muassasalariga yangi kelgan shaxslarni profilaktika maqsadida tekshirish.

OPV EPIDNAZORATI VA KELITIRILGAN POLIOMIYELIT HOLATLARIGA YO'L QO'YMASLIK

poliomiyelitga gumon qilingan shaxslarni, shuningdek, o'tkir sust falajlar, noaniq etiologiyali parezlar mavjud bo'lgan bolalarni virusologik va serologik tekshirish;
infeksiya o'chog'ida va tashqi muhitda bemorlar yoki bolalarda poliomiyelit va o'tkir sust falajlar gumon qilinganlar bilan aloqada bo'lgan shaxslarni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish;
bolalarning poliomiyelitga qarshi immunitet kuchlanishini o'rganish;
epidemik o'choqda bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslarni immunizatsiya qilish;
oqava suvlar, tuproq, ochiq suv havzalari suvlarini laboratoriya nazorati. (barcha virusologik va serologik tadqiqotlarning 50%)
o'tkir bo'sh falaj ustidan faol epidemiologik nazoratni amalga oshirish;
chetdan keltirilgan poliomiyelit holatlari aniqlanganda, Milliy chora-tadbirlar rejasiga muvofiq barcha chora-tadbirlarni amalga oshirish.

QIZILCHA, QIZILCHA VA TUG'MA QIZILCHA SINDROMI EPIDNAZORATI

(Sog'liqni saqlash vazirligining 2015-yil 27-yanvardagi buyrug'i,
2013-yil 11-martdagi 202-son farmoyishi).

Maqsad - 2018-2020-yillarga qadar respublikada qizamiq va qizilcha kasalliklarini bartaraf etishga erishish, 2013-yildan boshlab qizamiq va qizilcha kasalliklarini bartaraf etish bo'yicha verifikatsiya jarayonini joriy etish, buning uchun epidemiologik nazorat tadbirlarini o'tkazishni kuchaytirish zarur:

qizamiq va qizilchaga shubha qilingan shaxslarni virusologik va serologik tekshirish;
laboratoriya serologik tekshiruv, infeksiya o'chog'ida bemorlar yoki qizamiq va qizilchaga gumon qilinganlar bilan aloqada bo'lgan shaxslar;
bolalarning qizamiq va qizilchaga qarshi immunitet kuchlanishini o'rganish;

6 oydan 30 yoshgacha bo'lgan epidemik o'choqda bemor bilan aloqada bo'lgan shaxslarni immunizatsiya qilish;
qizamiq, qizilcha ustidan faol epidnazorat o'tkazish.

VAKSINADAN KEYINGI REAKSIYALAR VA ASORATLAR USTIDAN EPIDNAZORAT

(O'zR SSVning 2015-yil 27-yanvardagi 36-sonli buyrug'i).

EKR/EKAni aniqlash va ro'yxatdan o'tkazish;
tergov o'tkazish va EKR/EKA rivojlanish sababini aniqlash;
har bir dori vositasi uchun EKR/EKA tabiati va chastotasini aniqlash;
olingan ma'lumotlarni tahlil qilish;
EKR/EKA rivojlanishiga hissa qo'shadigan xavf omillarini aniqlash.

PROFILAKTIK EMLASH KALENDARI EPIDEMIK KO'RSATMALARGA KO'RA

Kontingentlar, emlanishi kerak bo'lganlar	Nomi emlashlar	Muddatlar emlashlar	Muddatlar revaksinatsiya
Kuydirgi bo'yicha enzootik hududlarda quyidagi ishlarni bajaruvchi shaxslar: qishloq xo'jaligi, gidromeliorativ, qurilish, tuproqni qazish va ko'chirish, tayyorlov, konchilik, geologik, qidiruv, ekspeditsiya;	Kuydirgiga qarshi	14 yoshdan	1 yildan keyin

qishloq xo'jaligi hayvonlari xom ashyosini va ulardan olingan mahsulotlarni tayyorlash, saqlash va qayta ishlash, shuningdek nobud bo'lgan hayvonlarni ko'mish chog'ida. Kuydirgi qo'zg'atuvchisining tirik kulturalari bilan ishlaydigan shaxslar			
Qarovsiz hayvonlarni tutish va saqlash ishlarini bajaruvchi shaxslar. Veterinarlar, ovchilar, o'rmonchilar, so'yish punktlari, hayvonot bog'lari xodimlari. Quturish virusi bilan ishlaydigan shaxslar.	Quturishga qarshi	16 yoshdan	1 yildan keyin, keyinchalik har 3 yilda
Epidemik jihatdan xavfsiz mikrouchastkalarda va qorin tifi bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lgan hududlarda yashovchi aholi. Qorin tifining surunkali suv epidemiyalari bo'lgan hududlarda yashovchi aholi. Kanalizatsiya inshootlari, uskunalari, tarmoqlariga xizmat ko'rsatish bilan band bo'lgan shaxslar. Qorin tifi bo'yicha giperendemik mamlakatlar va mintaqalarga chiquvchilar, shuningdek epid ko'rsatmalarga	Qorin tifiga qarshi	3 va 15 yoshdan boshlab, vaksina turiga qarab	vaksina turiga qarab 1 va 3 yildan keyin

ko'ra qorin tifi o'choqlarida muloqotda bo'lganlar, shuningdek qorin tifining tirik kulturalari bilan ishlovchilar			
Sariq isitma bo'yicha epidemik sog'lom xorijga ketayotgan shaxslar (Janubiy Afrika mamlakatlari)	Sariq isitmaga qarshi	9 oydan boshlab	10 yildan keyin
Difteriya o'choqlarida kontaktli, ilgari emlanmagan va difteriya bilan kasallanmagan	Bo'g'maga qarshi	2 oydan boshlab	Taqvim bo'yicha
Qizamiq va qizilcha o'choqlarida kontaktda bo'lganlar, ilgari emlanmagan va qizamiq va qizilcha bilan kasallanmaganlar	Qizamiq va qizilchaga qarshi	6 oydan beri	Taqvim bo'yicha
Epidemik parotit o'choqlarida muloqotda bo'lgan, ilgari emlanmagan va kasallanmaganlar	Parotit epidemiyasiga qarshi	1 yoshdan	Taqvim bo'yicha
60 yoshdan oshgan, surunkali somatik kasalliklarga chalingan, tez-tez O'RK bilan og'riydigan shaxslar, maktabgacha yoshdagi bolalar va dekretlangan aholi guruhiga mansub shaxslar	Grippga qarshi	6 oylikdan boshlab	Har yili

A yoki C seroguruhli meningokokk keltirib chiqargan meningokokk infeksiyasi o'choqlaridagi bolalar, o'smirlar, kattalar. Kasallanish oldingi yilga nisbatan 2 baravar ko'payganda yuqtirish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar (MTM bolalari, maktablarning 1-2-sinf o'quvchilari, yotoqxonalarda yashovchi uyushgan jamoalarning o'smirlari, sanitariya-epidemiologik jihatdan qulay sharoitlarda joylashtirilgan oilaviy yotoqxonalarning bolalari)	Meningokokk infeksiyasiga qarshi	1 yoshdan boshlab (vaksinalarga qarab)	3 yildan keyin
Oilasida HBsAg tashuvchisi yoki surunkali gepatit B bilan kasallangan bemor bo'lgan bolalar va kattalar. Bolalar uylari, bolalar uylari va internatlarning bolalari. Muntazam ravishda qon va uning preparatlarini olayotgan bolalar va kattalar, shuningdek gemodializda bo'lgan va onkologematologik bemorlar. Gepatit B virusi yuqqan material bilan kontaktda bo'lgan shaxslar, bemorlarning qoni bilan kontaktda bo'lgan tibbiyot xodimlari. Donor yoki yo'ldosh qonidan immunobiologik preparatlar ishlab	virusli gepatit B ga qarshi	Har qanday yoshda uch marta 0-2-4 oylik sxema bo'yicha.	

chiqarish bilan shug'ullanuvchi shaxslar. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari, texnikumlar, bilim yurtlari, kollejlarda talabalari (birinchi navbatda bitiruvchilar). Giyohvand moddalarni parenteral (inyeksiya yo'li bilan) iste'mol qiluvchi shaxslar			
VGA bo'yicha epidemik holatda va o'choqlarda	VGA ga qarshi	2 yoshdan	1 yil davomida 1 dozadan keyin
Poliomiyelit bilan kasallangan bemor bilan aloqada bo'lgan bolalar	Poliomiyelitga qarshi	5 yilgacha (ikki marta)	Taqvim bo'yicha
Aholi bilan aloqada bo'lgan xizmat ko'rsatuvchi barcha obyektlar (Davlat xizmatlari markazlari, O'zbekiston pochta bo'limlari, banklar, lizing tashkilotlari, notariuslar, sug'urta kompaniyalari, turistik agentliklar, go'zallik salonlari, avtomobillarni ta'mirlash ustaxonalari va moy almashtirish punktlari, kir yuvish, sartaroshxonalar, internet-salonlar, to'lovlarni qabul qilish punktlari,	Koronavirus infeksiyasiga qarshi	18 yoshdan katta	vaksinani qo'llash bo'yicha yo'riqnoma asosida

rieltorlik xizmatlari, reklama xizmatlari va boshqalar) xodimlari; barcha turdagi savdo obyektlari xodimlari (oziq-ovqat mahsulotlari, xo‘jalik mollari, kiyim-kechak do‘konlari, dorixonalar va boshqalar); sport maktablari va sport inshootlari xodimlari; madaniy-ko‘ngilochar muassasalar va dam olish muassasalari (hududlari) xodimlari; mehmonxonalar, mehmon uylari, xostellar, mehmonxonalar, yotoqxonalar va kempinglar xodimlari; yo‘lovchi tashish bilan shug‘ullanuvchi davlat va nodavlat tashkilotlari xodimlari; davlat va nodavlat ta’lim tashkilotlari xodimlari; harbiy xizmatchilar; umumiy ovqatlanish korxonalari, shu jumladan jamoat joylarida joylashgan tez ovqatlanish shoxobchalari, choyxonalar, to‘yxonalar, kafe va restoranlar xodimlari, shuningdek, mahsulotlarni yetkazib berish bilan shug‘ullanuvchilar;			
---	--	--	--

barcha turdagi davlat va nodavlat tibbiyot va tibbiy-ijtimoiy muassasalar xodimlari; kommunal xizmat ko'rsatish sohasi xodimlari; aloqa va telekommunikatsiya obyektlari xodimlari; davlat hokimiyati va boshqaruvi organlari xodimlari; huquqni muhofaza qilish organlari xodimlari			
--	--	--	--

Eslatmalar:

Epidemik ko'rsatmalar bo'yicha profilaktik emlashlar taqvimi doirasida emlashlar mahalliy va xorijiy ishlab chiqarilgan, belgilangan tartibda ro'yxatdan o'tkazilgan va qo'llashga ruxsat etilgan vaksinalar hamda ularni qo'llash bo'yicha yo'riqnomalarga muvofiq amalga oshiriladi;

Epidemik ko'rsatmalar bo'yicha profilaktik emlashlar doirasida qo'llaniladigan inaktivatsiyalangan vaksinalar (antirabik vaksinalardan tashqari) va ushbu SanQvaMda keltirilgan profilaktik emlashlar milliy taqvimining inaktivatsiyalangan vaksinalarini bir vaqtning o'zida tananing turli qismlariga turli shprislar bilan yuborish mumkin.

Polimiyelit va o'tkir bo'shashgan falajlar ustidan epidemiologik nazorat

1988-yilda Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) Assambleyasida 2000-yilgacha poliomyelitni butunlay yo'q qilish to'g'risida rezolyutsiya qabul qilindi. Shu bilan birga, hozirgi bosqichda poliomyelitga qarshi kurashda eng muhim chora-tadbirlar rejali immunizatsiya, qo'shimcha ommaviy immunizatsiya, "tozalash"

operatsiyalari yordamida aholini profilaktik emlash bilan qamrab olish darajasini oshirish (kamida 95%); odamlar orasida va atrof-muhitda "yovvoyi" poliovirusning aylanishini yo'q qilish, poliomiyeit bilan kasallangan har bir holatni virusologik tasdiqlash bilan laboratoriya diagnostikasi sifatini yaxshilash va 15 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida o'tkir sust falajlar (O'SF) ustidan doimiy epidemiologik nazoratni amalga oshirishdir. Bundan tashqari, nafaqat bemorlardan, balki atrof-muhit obyektlaridan (oqava suvlardan) ham viruslarning ajralib chiqishini doimiy nazorat qilish zarur.

Dunyoning ko'plab mamlakatlarida uzoq yillar davomida poliomiyeit kasalliklari qayd etilmagan bir paytda, O'zbekiston Respublikasida ham so'nggi uch yil ichida "yovvoyi" poliovirus keltirib chiqargan poliomiyeit bilan kasallanishning birorta ham holati qayd etilmagan, o'tkir sust falajlar ustidan epidemiologik nazorat olib borish ayniqsa muhimdir, chunki bu mahalliy yoki boshqa mamlakatdan import qilingan "yovvoyi" poliovirus keltirib chiqargan poliomiyeitning birorta holatini aniqlash va o'tkazib yubormaslik imkonini beradi.

Epidemiologik nazoratning maqsadi epidemiologik vaziyatni baholash va poliomiyeit holatlari yuzaga kelishining oldini olish va ushbu infeksiyani tugatishga qaratilgan epidemiologik asoslangan chora-tadbirlarni ishlab chiqishdan iborat. Poliomiyeit va o'tkir bo'shashgan falajlar ustidan epidemiologik nazorat epidemik jarayonni doimiy kuzatib borish bo'lib, quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- kasallanish monitoringi;
- aholi orasida poliomiyeit qo'zg'atuvchisining aylanishini kuzatib borish;
- bolalar o'rtasida jamoaviy immunitet darajasini kuzatib borish;
- o'tkazilayotgan tadbirlar samaradorligini baholash va boshqaruv qarorlarini qabul qilish;
- bashorat qilish.

Epidemiologik nazorat SEOvaJS xizmati tomonidan amalga oshiriladi. Epidemiologik nazoratni tashkil etish va o'tkazish ustidan umumiy rahbarlik va

nazoratni O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi negizida tashkil etilgan O‘zbekiston Respublikasi poliomiye litni tugatishni muvofiqlashtirish markazi amalga oshiradi.

Poliomiye lit o‘ta yuqumli kasallik bo‘lib, asosan besh yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi. 1988-yildan beri poliomiye lit bilan kasallanish holatlari 99 foizdan ko‘proqqa kamaydi va hozir faqat uchta mamlakatda virusning endemik tarqalishi davom etmoqda. Bugungi kunda faqat Nigeriya, Pokiston va Afg‘oniston endemik bo‘lib qolmoqda. 18 oy oldin bu ro‘yxatda Hindiston ham bor edi, ammo bugun u poliomiye litdan xoli mamlakatga aylandi.

O‘zbekistonda poliomiye lit 1996-yilda tugatilgan. 2003-yilda mamlakat Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining mamlakat yovvoyi poliovirusdan xoli ekanligi to‘g‘risidagi sertifikatini oldi. 2010-yilda O‘zbekistonga qo‘shni mamlakatlarda poliomiye lit bo‘yicha epidemik vaziyat murakkablashdi. Kasallik Tojikiston, Rossiya, Turkmaniston va Qozog‘istonda aniqlangan. O‘zbekistonda poliomiye litning tarqalish xavfini kamaytirish uchun mamlakatda bir nechta milliy emlash raundlari o‘tkazildi. Muntazam va samarali immunizatsiya tufayli 1996-yildan boshlab respublikamizda poliomiye litga barham berilgan deb hisoblanadi. **2002-yilda O‘zbekiston "Poliomiye litdan xoli mintaq", 2017-yilda esa "Qizamiq va qizilcha kasalliklari 36 oy davomida bartaraf etilgan mintaq"** xalqaro sertifikatlarini olishga muvaffaq bo‘ldi.

JSST tavsiyalariga muvofiq poliomiye lit va o‘tkir zaif falaj holatining standart ta‘rifi

JSST tavsiyalariga muvofiq, poliomiye lit bilan kasallanish holatlarini ro‘yxatga olishda virusologik diagnostikaga asoslangan holatning quyidagi standart ta‘rifi qo‘llaniladi.

Poliomiye litning "yovvoyi" virusi ajratilgan o‘tkir sust spinal falaj holati o‘tkir paralitik poliomiye lit deb tasniflanadi.

Tirik oral poliomiylit vaksinasini (OPV) qabul qilgandan keyin 4 kundan oldin va 30 kundan kechiktirmasdan yuzaga kelgan o'tkir sust spinal falaj holati, bunda emlangan poliomiylit virusi ajratib olingan, retsipyentda emlash bilan bog'liq bo'lgan o'tkir paralitik poliomiylit deb tasniflanadi. Emlangan tirik og'iz poliomiylit vaksinasini bilan aloqadan keyin 60 kundan kechiktirmay yuzaga kelgan o'tkir sust spinal falaj holati, bunda emlangan poliomiylit virusi ajratib olingan, emlangan odamda emlash bilan bog'liq bo'lgan o'tkir paralitik poliomiylit deb tasniflanadi. O'tkir sust spinal falaj holati, laboratoriya tekshiruvi to'liq o'tkazilmagan (virus ajratilmagan) yoki umuman o'tkazilmagan, ammo ular paydo bo'lgan kundan boshlab 60 kungacha qoldiq sust falajlar kuzatilgan bo'lsa, aniqlik kiritilmagan o'tkir paralitik poliomiylit deb tasniflanadi. To'liq adekvat laboratoriya tekshiruvi o'tkazilgan, ammo virus ajratilmagan va antitanachalar titrining diagnostik o'sishi olinmagan o'tkir sust spinal falaj holati boshqa, poliomiylit bo'lmagan etiologiyali o'tkir paralitik poliomiylit sifatida tasniflanadi. Boshqa neyrotrop viruslar ajralishi bilan o'tkir sust falaj holati boshqa, poliomiylit bo'lmagan etiologiyali kasalliklarga kiradi.

O'tkir sust falaj holatining standart ta'rif JSST tavsiyalariga asoslanadi.

Poliomiylit va o'tkir bo'shashgan falajlarni hisobga olish, ro'yxatga olish va hisobot berish

- 18 yoshgacha bo'lgan bolalarda poliomiylit, ushbu kasallikka shubha qilingan (yosh chegaralanmagan holda), shuningdek o'tkir sust falajlanishning har bir holati uchun davolash-profilaktika muassasasi tomonidan belgilangan shakl bo'yicha shoshilinch xabarnoma tuziladi va 24 soat ichida davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markaziga taqdim etiladi.

- Poliomiylit bilan og'rgan bemorlarni, ushbu kasallikka shubha qilingan shaxslarni va o'tkir sust falajlar bilan og'rgan bemorlarni shaxsiy hisobga olish, shuningdek, davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markaziga ma'lumotlarning to'liqligi va taqdim etish muddatlarini nazorat qilish uchun shoshilinch xabarlardagi ma'lumotlar sog'liqni saqlash muassasalarida ham, SEOvaJS xizmatlarida ham "Yuqumli kasalliklarni hisobga olish jurnali"ga kiritiladi.

18 yoshgacha bo'lgan poliomiylit va o'tkir sust falaj kasalligiga shubha qilingan har bir bemorga poliomiylit va o'tkir sust falaj holatini epidemiologik tekshirish kartasi rasmiylashtiriladi.

Hududiy SEOvaJSX xizmatlari har hafta va har oyda respublika SEOvaJSX xizmatlari markaziga dastlabki tashxis bo'yicha poliomiylit va o'tkir bo'shashgan falajlar bilan kasallanish holatlari qayd etilganligi to'g'risidagi hisobotlarni yuboradi.

Poliomiylit va o'tkir sust falajlar bilan kasallanishning epidemiologik tahlili poliomiylit va o'tkir sust falajlar ustidan epidemiologik nazorat olib borishning tarkibiy qismi hisoblanadi. U yosh, klinik shakllar, poliomiylit bilan kasallanishning laboratoriya tasdig'i, emlash anamnezi bo'yicha kasallanish holatini baholashni o'z ichiga oladi. O'lim sabablarini tahlil qilishga alohida e'tibor qaratilmoqda.

Kasalxonagacha bo'lgan davr ma'lumotlarini tahlil qilish, kasallikning boshlanishidan murojaat qilish muddatlari, murojaat qilish muddatlaridan kasalxonaga yotqizish, dastlabki tashxis, shuningdek, laboratoriya (virusologik) tekshiruvi tahlili, materialni olish va polio/O'SF (o'tkir sust falaj) uchun SEOvaJSX hududiy xizmatlariga yetkazish muddatlari, najas namunalarining holati, materialni tekshirish natijalarini olish muddatlari muhim ahamiyatga ega.

Epidemiologik tahlil umuman hudud bo'yicha va alohida tumanlar bo'yicha, shuningdek shaharlar va qishloq joylar bo'yicha o'tkaziladi.

Kasallanishni chuqur tahlil qilish va poliomiylit va o'tkir sust falajlar ustidan epidemiologik nazorat sifatini baholash uchun poliomiylit va o'tkir sust falaj holatlarini epidemiologik tekshirish kartalari ma'lumotlaridan, shuningdek, ushbu uslubiy ko'rsatmalarda keltirilgan barcha shakllar ma'lumotlaridan foydalanish lozim.

Poliomiylit va o'tkir bo'shashgan falajlar bilan og'rigan bemorlarni aniqlash, O'SF mavjud bo'lgan nozologik shakllar ro'yxati.

Tizimning muhim elementi poliomiylit va o'tkir bo'shashgan falajlar ustidan faol epidemiologik nazoratni olib borish va har hafta O'SF bilan bemorlar kelishi mumkin bo'lgan davolash-profilaktika muassasalariga tashrif buyurishdir.

Poliomiyelit bilan kasallanish holatlari qayd etilmagan bosqichda 18 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida har bir o'tkir sust falaj holatini aniqlash, poliomiyelitga shubha bo'lganda esa yosh chegaralanmagan holda aniqlash juda muhimdir.

O'tkir sust falajlik belgilari bo'lgan 18 yoshgacha bo'lgan barcha bemorlar aniqlanishi, tashxis qo'yilishi va laboratoriya tekshiruvidan o'tkazilishi lozim. Poliomiylitga shubha bo'lganda tekshiruv yosh chegaralanmagan holda o'tkaziladi.

O'SF kuzatiladigan eng ko'p uchraydigan nozologik shakllarga quyidagilar kiradi: o'tkir paralitik poliomiylit, polineyropatiyalar, mononevropatiyalar, shu jumladan sust parezli travmatik miyelitlar.

O'tkir sust falajlik belgilari bo'lgan bemorni yuqorida sanab o'tilgan nozologik shakllaridan biriga kiritish qiyin bo'lgan taqdirda, kasallikning etiologiyasidan qat'i nazar, "O'tkir sust falajlik" tashxisi qo'yiladi.

O'SF bilan kasallangan bemorlarni aniqlash bemor murojaat qilganda tibbiy yordam ko'rsatishning barcha bosqichlarida amalga oshiriladi (oilaviy poliklinika, ko'p tarmoqli poliklinika, statsionar, tez yordam va boshqalar). O'SF bilan kasallangan bemorlarni aniqlash faol epidemiologik nazorat (O'SF bilan kasallangan bemorlar bo'lishi mumkin bo'lgan davolash-profilaktika muassasalarini (DPM) tekshirish: pediatriya, yuqumli kasalliklar, nevrologik kasalxonalar yoki kasalxona bo'limlari, bolalar uylari, bolalar uylari, nevrologik bemorlarni reabilitatsiya qilish sanatoriyalari va boshqalar) o'tkazilganda amalga oshiriladi.

Polioviruslarga virusologik tekshiruv

Hududiy poliomiylit/OITS epidemiologik nazorati markazlari laboratoriyalarida quyidagilar poliomiylitga virusologik tekshiruvdan o'tkaziladi:

- o'tkir sust falajlik belgilari bo'lgan 18 yoshgacha bo'lgan bemor bolalar (ikki marta);

- bemor kech (shollik aniqlangan paytdan boshlab 14 kundan keyin) tekshirilganda, shuningdek bemorning atrofida poliomiylit bo'yicha noqulay hududlardan kelgan shaxslar, qochqinlar va majburiy ko'chirilganlar (bir marta)

mavjud bo'lganda poliomiyeletit o'choqlari va O'SFdan muloqotda bo'lgan bolalar va kattalar;

Poliomiyeletitning laboratoriya diagnostikasi bo'yicha virusologik tekshiruv poliomiyeletit bilan kasallangan yoki poliomiyeletitga shubha qilingan (ikki marta) bemorlarga (yosh chegaralanmagan holda) o'tkaziladi.

Quyidagilar serologik tekshiruvdan o'tkaziladi:

- poliomiyeletitga shubha qilingan bemorlar - bemordan ikkita qon namunasi (5 ml dan) olinadi. Birinchi namuna birlamchi tashxis qo'yilgan kuni, ikkinchisi esa birinchi dan 2-3 hafta o'tgach olinishi kerak. Qon zardoblari 0 dan 8 °C gacha bo'lgan haroratda saqlanadi va tashiladi;
- poliomiyeletitga qarshi immunitetni tekshirish maqsadida sog'lom bolalar (bir marta).

Polioviruslarga virusologik tekshiruvlar o'tkazish uchun najas namunalarini olish va tashish qoidalari

Polioviruslarga virusologik tekshirishlarning samaradorligi poliomiyeletit va o'tkir bo'shashgan falajlar bilan og'rgan bemorlardan materialning to'g'ri olinishi va laboratoriyaga olib borilishiga bog'liq.

Poliomiyeletit bilan og'rgan, ushbu kasallikka shubha qilingan va o'tkir sust falajlik bilan og'rgan bemordan o'tkir sust falajlik paydo bo'lgan paytdan boshlab iloji boricha erta muddatlarda ikkita najas namunasi olinadi (7-kungacha, lekin 14-kundan kechiktirmasdan ruxsat etiladi). Materialni olish bemor yotqizilgan davolash-profilaktika muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi. Najasning birinchi namunasi kasalxonada klinik tashxis qo'yilgan kuni, ikkinchisi birinchi namuna olingandan 24-48 soat o'tgach olinadi. Najas namunasining optimal o'lchami 8-10 g bo'lib, bu katta odam bosh barmog'ining ikkita tirnog'ining kattaligiga to'g'ri keladi. Olingan vaqtdan boshlab 72 soat davomida namunalar sovutgichga joylashtiriladi. Olingan namunalar rezina tiqinli steril kichik flakonlarga (penitsillin uchun ishlatiladigan) yoki maxsus plastik idishga joylashtiriladi.

Agar tanlab olingan namunalar polio/O'SF uchun mintaqaviy epidnazorat markaziga 0 dan 8 °S gacha bo'lgan haroratda yetkazilsa va 4 dan 8 °S gacha bo'lgan haroratda polio/O'SF uchun SEOVAJSXning hududiy xizmatlariga yoki virusologiya institute laboratoriyasiga tashilsa.

Agar namunalarni polio/O'SF bo'yicha mintaqaviy epidnazorat markazi yoki virusologiya institutining virusologiya laboratoriyasiga yetkazib berish kechroq muddatlarda amalga oshirilsa, u holda namunalar -20 °C haroratda muzlatiladi va muzlatilgan holda yetkazib beriladi. Namunalarni tashishning turli bosqichlarida ishonchli sovitish uchun -20 °C haroratda muzlatiladigan sovitish paketlari va yaxshi issiqlik izolyatsiyasiga ega bo'lgan konteynerlar zarur. Namunalarni muzlatilgan holatda iloji boricha uzoqroq saqlash uchun namunalar solingan flakonning hajmi minimal bo'lishi kerak. Polietilen paketdagi muzlatilgan namunalar transport konteyneriga joylashtiriladi, namunalar atrofiga imkon qadar ko'proq muzlatilgan sovituvchi paketlar zich joylashtiriladi.

O'SF bilan kasallangan bemorlardan olingan najas namunalari potensial xavfli yuqumli material bo'lib, unda "yovvoyi" poliovirus aniqlanishi mumkin, shuning uchun keyingi namunalarning poliomyelit virusi bilan ifloslanishining oldini olish uchun transport konteynerlari va sovitish paketlari ishlatilgandan so'ng dezinfeksiya qilinishi kerak.

Materialni yuborish uchun mas'ul shaxs yuborilgan materialning yo'nalishi haqida mintaqaviy polio/ O'SF epidemiologiya nazorati markaziga xabar beradi.

Poliomyelit va o'tkir sust falajliklar ustidan epidemiologik nazorat sifatini baholash mezonlari

Laboratoriya ma'lumotlaridan foydalangan holda o'tkir sust falajlarni epidemiologik nazorat qilish "yovvoyi" poliomyelit virusi (agar bunday sirkulyatsiya mavjud bo'lsa) yoki infeksiyaning kirib kelishi natijasida ma'lum bir hududda poliomyelit virusining aylanishini o'z vaqtida aniqlash uchun yetarlicha sezgir va o'ziga xos usul hisoblanadi. O'tkir sust falajlar ustidan epidemiologik nazorat sifatini baholash uchun quyidagi mezonlardan foydalaniladi. O'tkir bo'shashgan falajlarning barcha aniqlangan holatlari, shu jumladan kasallanishning nol darajasi to'g'risidagi

hisobotlarni o'z vaqtida (haftalik, oylik) taqdim etish, viloyat darajasida - kamida 80%. 15 yoshgacha bo'lgan har 100 ming boladan kamida 1 nafar o'tkir sust falajlik bilan kasallangan bemorni aniqlash. O'SF paydo bo'lgan vaqtdan boshlab dastlabki 7 kun ichida aniqlangan O'SF bilan kasallangan bemorlarning ulushi O'SF bilan kasallangan bemorlarning umumiy sonining kamida 80% ni tashkil qilishi kerak. Laboratoriya tekshiruvidan o'tgan o'tkir bo'shashgan falajlar bilan og'rigan bemorlarning ulushi (o'tkir bo'shashgan falaj paydo bo'lgan paytdan boshlab 14-kundan kechiktirmay 24-48 soat oralig'ida olingan najas namunalari - adekvat najas namunalari) o'tkir bo'shashgan falajlar bilan og'rigan bemorlarning umumiy sonining kamida 85% ni tashkil qilishi kerak. Virusologik tekshiruv uchun yaroqli bo'lgan o'tkir bo'shashgan falajlar bilan og'rigan bemorlardan olingan najas namunalarining solishtirma og'irligi (adekvat namunalar, shu jumladan hajmi, tashishda 0 dan 8 °C gacha bo'lgan harorat rejimi, germetik qadoqlash, 2-namuna olingan paytdan boshlab yetkazib berish muddati kamida 72 soat) laboratoriyaga kelib tushgan najas namunalari umumiy sonining kamida 80% ni tashkil qilishi kerak. O'tkir sust falajlar bilan og'rigan bemorlardan olingan barcha najas namunalari polio/O'SF uchun SOEvaJSX xizmati laboratoriyalarida, poliomyelit bilan og'rigan bemorlardan esa virusologiya instituti laboratoriyasida virusologik tekshiruvlardan o'tkazilishi lozim. Poliomyelit/O'SF uchun mintaqaviy epidemiologik nazorat markazlaridan olingan najas namunasining tekshiruv natijalari soni namuna laboratoriyaga kelib tushgan kundan boshlab 28 kundan kechiktirmay kamida 80% ni tashkil etishi kerak. Ro'yxatga olingan paytdan boshlab dastlabki 48 soat ichida O'SF kasalliklarining tekshirilgan holatlari soni ro'yxatga olingan O'SF holatlarining umumiy sonining kamida 80 foizini tashkil etishi kerak. O'SF paydo bo'lganidan 60 kun o'tgach qayta ko'rikdan o'tgan O'SF bilan kasallangan bemorlar soni ro'yxatga olingan O'SF holatlari umumiy sonining kamida 80% ni tashkil etishi kerak. Yakuniy tashxis qo'yish uchun O'SF paydo bo'lganidan 120 kun o'tgach tasnifdan o'tgan O'SF holatlari soni O'SF holatlari umumiy sonining kamida 80 foizini tashkil etishi kerak. Hududiy poliomyelit/O'SF epidemiologik nazorati markazlari tomonidan o'tkir sust falajlar bilan kasallangan bemorlardan ajratib olingan barcha polioviruslar, shuningdek poliovirus ajratib olingan najas namunasining

1/2 qismi keyinchalik differensiatsiya qilish uchun poliomiye litning laboratoriya diagnostikasi bo'yicha virusologiya institutiga yuboriladi. Hududiy SEOvaJSX xizmatlari tomonidan poliomiye lit/O'SF uchun virusologiya institutiga poliomiye litning laboratoriya diagnostikasi bo'yicha najasning manfiy namunalari sonidan 10% dan kam bo'lmagan najas namunalari yuboriladi.

Poliomiye litning vaksinoprofilaktikasi: rejali immunizatsiya, qo'shimcha ommaviy immunizatsiya.

Bolalarni poliomiye litga qarshi immunizatsiya qilish poliomiye litni bartaraf etish strategiyasining asosi hisoblanadi, bunda rejali immunizatsiya paytida emlashlar (og'iz orqali yuboriladigan tirik poliomiye lit vaksinasi) bilan qamrab olish darajasi profilaktik emlashlar taqvimiga muvofiq dekret yoshidagi bolalar orasida kamida 95% ni tashkil etishi kerak.

Poliomiye litga qarshi profilaktik emlashlar bilan qamrab olish - 12 oylik bolalar orasida kamida 95%. (yakunlangan emlash - O'SF ning uch dozasi), 24 oy. (1-revaktsinatsiya - O'SF ning 4 va 5 dozasi) umuman Rossiya Federatsiyasi bo'yicha ham, mamlakatning har bir ma'muriy hududi bo'yicha ham, shuningdek har bir tuman, shahar (davolash-profilaktika muassasasi - pediatriya uchastkasi) kesimida ham erishilishi kerak.

Milliy emlash kunlari poliomiye litni bartaraf etish strategiyasining ikkinchi muhim tarkibiy qismidir. Ushbu kampaniyalarning maqsadi kasallik xavfi eng yuqori bo'lgan yosh guruhiga mansub barcha bolalarni (odatda, bu uch yoshgacha bo'lgan bolalar) iloji boricha qisqa vaqt ichida (bir hafta ichida) immunizatsiya qilish orqali "yovvoyi" poliovirusning aylanishini to'xtatishdir. Ushbu tadbirning maqsadi ilgari emlanmagan yoki faqat qisman emlangan barcha bolalarni emlash bilan qamrab olish, shuningdek, ilgari emlangan bolalarni qo'shimcha emlashdan iborat.

Milliy emlash kunlari har yili (ketma-ket kamida uch yil) bir oylik interval bilan ikki turda oral tirik poliomiye lit vaksinasi bilan o'tkaziladi, bunda emlash qamrovi ushbu hududda bo'lgan ko'rsatilgan yosh guruhlaridagi bolalar sonining kamida 95 foizini tashkil etishi kerak.

Milliy emlash kunlarini o'tkazish mezonlari quyidagilardir:

- uch yoshgacha bo'lgan bolalarning rejali immunizatsiya darajasi 95% dan kam;
- "yovvoyi" poliovirus bilan bog'liq poliomiylit holatlarini ro'yxatga olish;
- atrof-muhit obyektlaridan va odamlardan "yovvoyi" poliovirusni ajratib olish;
- o'tkir sust falajlar bilan kasallangan bemorlarni aniqlash bo'yicha ishlarning qoniqarsiz olib borilishi.

Milliy emlash kunlarini o'tkazish to'g'risidagi qaror yuqorida ko'rsatilgan mezonlardan hech bo'lmaganda bittasi mavjud bo'lgan taqdirda qabul qilinadi.

Milliy emlash kunlarini o'tkazish to'g'risidagi qaror O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan qabul qilinadi.

Bolalar o'rtasida "tozalovchi" immunizatsiyani o'tkazish, qoida tariqasida, uch yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida rejali immunizatsiya bilan emlash qamrovi 95 foizdan kam bo'lgan hududlarda bahorda va/yoki kuzda tavsiya etiladi. Uni o'tkazish to'g'risidagi qaror sog'liqni saqlash va davlat sanitariya-epidemiologiya xizmatining hududiy organlari tomonidan qabul qilinadi.

Uch yoshgacha bo'lgan bolalar orasida tirik oral poliomiylit vaktsinasi bilan "tozalovchi" immunizatsiya bir oylik interval bilan ikki turda o'tkaziladi.

**VIRUSLI GEPATITLAR EPIDEMIOLOGIYASI, PROFILAKTIKA
VA EPIDEMIYAGA QARSHI TADBIRLARNI TASHKIL ETISH
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGINING 2018-YIL 27-AVGUSTDAGI 542-SONLI
"O'ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA VIRUSLI GEPATITLARNI
TASHXISLASH, DAVOLASH VA PROFILAKTIKASI CHORA-**

TADBIRLARINI TAKOMILLASHTIRISH TO‘G‘RISIDA "GI BUYRUG‘IGA ASOSAN AMALGA OSHIRILADI.

Virusli hepatitlar bilan kasallangan bemorlarni aniqlash, mulkchilik shakli va idoraviy mansubligidan qat’i nazar, sog‘liqni saqlash muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan ambulatoriya qabulida, bemorni uyida ko‘rish, ishga joylashtirish va aholining muayyan guruhlarini davriy tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishda, jamoalarda bolalarni kuzatishda, infeksiya o‘choqlarida muloqotda bo‘lganlarni tekshirishda, shuningdek A, B, C, D hepatitlari virusini yuqtirish xavfi yuqori bo‘lgan guruhlardagi shaxslarni laboratoriya tekshiruvidan o‘tkazishda amalga oshiriladi (tibbiyot xodimlari, gemodializ bo‘limlari bemorlari, donorlar, qon bilan ishlash xizmati muassasalari xodimlari va boshqalar).

Yuqumli kasalliklar shifoxonalari va boshqa davolash-profilaktika muassasalarida (DPM) hepatit holatlarining etiologik rasshifrovkasi, qoida tariqasida, 5 kun ichida amalga oshiriladi. Yakuniy tashxis qo‘yishning kechroq muddatlari aralash infeksiya, hepatit B, D va C ning surunkali shakllari, VGning boshqa kasalliklar bilan birga kelishi mavjud bo‘lganda ruxsat etiladi.

Virusli hepatitlarning o‘tkir va birinchi marta aniqlangan surunkali shakllari bilan og‘rigan bemorlar davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markazlarida ro‘yxatga olinishi va yuqumli kasalliklar shifoxonalariga yotqizilishi shart.

Etiologiyasi

Gepatit A. Virusli hepatit A qo‘zg‘atuvchisi Picornaviridae oilasining Hepatovirus avlodiga mansub, diametri 27-32 nm bo‘lgan virus hisoblanadi. Genom o‘lchami taxminan 7500 nukleotid bo‘lgan bir zanjirli chiziqli RNK molekulasidan iborat. Hozirgi vaqtda hepatit A (VGA) virusining oltita genotipi mavjudligi aniqlangan bo‘lib, ular rim raqamlari (I - VI) bilan belgilanadi. I, II, III genotiplar odamda kasallik keltirib chiqaradi. I va III genotiplar ichida A va B bosh lotin harflari bilan belgilanadigan subtiplar ajratiladi (IA, IB, IIIA, IIIB). Genom tuzilishidagi farqlar virusni neytrallovchi antitanalar ishlab chiqarilishini nazorat qiluvchi antigen

determinantining tuzilishiga ta'sir qilmaydi. Bu faqat bitta virus serotipining aylanishiga sabab bo'ladi.

VGA tashqi muhitga chidamli: xona haroratida bir necha haftadan 1 oygacha, 4 °C haroratda bir necha oy, -20 °C haroratda bir necha yil davomida yuqumlilik xususiyatini saqlab qoladi. 60°C haroratda VGA 60 daqiqa davomida to'liq saqlanadi, 10-12 soatda qisman inaktivatsiyalanadi. Qaynatish 5 daqiqadan so'ng virusni inaktivatsiyalaydi. Quvvati 1,1 Vt bo'lgan ultrabinafsha nurlanish ta'sirida virusning inaktivatsiyasi 1 daqiqadan keyin sodir bo'ladi. pH 7,0 da 0,5-1 ml/l konsentratsiyadagi xlor ishtirokida VGA 30 daqiqa va undan ko'proq yashaydi, bu uning xlorlangan vodoprovod suvida saqlanish qobiliyatini belgilaydi. Xlorning 2,0-2,5 mg/l konsentratsiyasida virusning to'liq inaktivatsiyasi 30 daqiqa ichida sodir bo'ladi.

Infeksiya manbalari - bu antropoz infeksiya bo'lib, unda virusning yagona manbai odam hisoblanadi. Inkubatsiya davrining davomiyligi 7 kundan 50 kungacha, ko'pincha 35 kunni tashkil etadi.

Odamlarning virus kirishiga reaksiyalarining bir xil emasligi va virusning zararlovchi dozasining o'zgaruvchanligi infeksiya kechishining klinik variantlarining xilma-xilligini belgilaydi: sarg'aygan, sarg'aymagan, xiralashgan va subklinik (inapparent) variantlar.

Asosiy epidemiologik ahamiyatga VGAning sariqsiz, aniqlanmagan va subklinik kechish variantlari bo'lgan shaxslar ega. Kattalarda VGAning sariq shakllari ustunlik qiladi va 85-100% ni tashkil qiladi. Bolalar orasida sariqsiz va infeksiyaning subklinik (inapparent) variantlari bilan kasallangan bemorlar soni yaqqol klinik ko'rinishga ega bo'lgan bemorlar sonidan 5-8 baravar ko'p bo'lishi mumkin, ya'ni epidemik jarayon asosan yashirin ravishda rivojlanadi.

VGAning eng yuqori konsentratsiyasi bemor najasida inkubatsiyaning so'nggi 7-10 kunida va kasallikning birinchi kunlarida aniqlanadi, bu sariqlik oldi davriga, ya'ni 2 kundan 14 kungacha (ko'pincha 5-7 kun) davom etadi. Infeksiyaning turli variantlarida virus ajralishining davomiyligi sezilarli darajada farq qilmaydi. Ko'pchilik bemorlarda sariqlik paydo bo'lishi bilan virusning ajralishi to'xtaydi yoki

uning najasdagi konsentratsiyasi sezilarli darajada kamayadi va faqat ayrim hollarda ajralish 2-3 hafta davom etadi.

O'GKning cho'ziluvchan shakllari (5-8%) va xurujlari (taxminan 1%) bilan og'riqan bemorlar epidemiologik ahamiyatga ega, ayniqsa ularda uzoq muddatli virusemiya bilan birga kechishi mumkin bo'lgan immunitet tanqisligi holatlari mavjud bo'lsa.

Gepatit B va C dan farqli o'laroq, hepatit A bilan kasallanish surunkali jigar kasalligining rivojlanishiga olib kelmaydi va kamdan-kam hollarda o'lim bilan tugaydi, ammo salomatlikni zaiflashtiradigan alomatlarni va ko'pincha o'limga olib keladigan yashin tezligidagi hepatitni (o'tkir jigar yetishmovchiligi) keltirib chiqarishi mumkin.

Infeksiya yuqish mexanizmi, yo'llari va omillari

VGA yuqishi fekal-oral mexanizm orqali amalga oshiriladi, u ichak infeksiyalariga xos bo'lgan barcha yo'llar: suv, oziq-ovqat va kontakt-maishiy yo'llar orqali amalga oshiriladi.

Suv orqali yuqish tipik o'tkir yoki surunkali suv epidemiyalari ko'rinishida bo'lishi mumkin. Odamlarning kasallanishi sifatsiz ichimlik suvidan foydalanganda, ifloslangan suv havzalari va basseynlarda cho'milganda, suv olish joylari yaqinidagi suv havzalari oqova suvlar bilan intensiv ifloslanganda, GOST bilan tartibga solingan suv tayyorlash va aholiga beriladigan suvni zararsizlantirish qoidalari mavjud bo'lmaganda yoki buzilganda, texnik suv quvurlaridan foydalanilganda, tarqatuvchi suv quvurlari tarmog'ining sanitariya-texnik holati buzilganda, suv tanqisligi va kanalizatsiya oqovalari yoki ifloslangan yer osti suvlarining so'rilishi bilan birga sodir bo'ladi. Quduq va boshqa markazlashmagan suv ta'minoti manbalari suvi ham uzatish omili bo'lishi mumkin.

Suv ta'minoti manbalarining najas bilan o'rtacha ifloslanishida yuqori rezistentlikka ega bo'lgan odamlarda infeksiyaning asosan tashxislanmaydigan shakllari paydo bo'ladi, bu esa aholining immunitetga ega bo'lishiga olib keladi.

Oziq-ovqat mahsulotlari har qanday mulkchilik shaklidagi oziq-ovqat korxonalari, umumiy ovqatlanish korxonalari va savdoda virus bilan ifloslanish holatlarida yuqish omili hisoblanadi. Bunda virus manbai shaxsiy gigiyena qoidalarini buzuvchi VGA tashxislanmagan shakllari bo'lgan xodimlar hisoblanadi. Ayrim hollarda oziq-ovqat mahsulotlarining virus bilan zararlanishi ko'rsatilgan muassasalardagi kanalizatsiya tarmoqlaridagi avariylar tufayli sodir bo'ladi.

Rezavor mevalar, sabzavotlar va ko'katlar sug'oriladigan maydonlarda yoki zararsizlantirilmagan oqava suvlar o'g'it sifatida ishlatiladigan qishloq xo'jaligi yerlarida yetishtirilganda virus bilan zararlanadi. Oziq-ovqat mahsulotlari ularni qayta ishlash va pishirishda, idishlarni yuvishda sifatsiz suvdan foydalangan holda ularni tayyorlash jarayonida VGA bilan ifloslanishi mumkin. Oqava suvlar bilan ifloslangan qirg'oq suvlaridan olingan dengiz mahsulotlari VGA bilan ifloslanishi mumkin.

Maishiy yuqish yo'li sanitariya-gigiyena qoidalari va shaxsiy gigiyena qoidalari buzilganda amalga oshiriladi, bu ko'proq bolalar jamoalari va oilalarda kuzatiladi. Bunda qo'llar, shuningdek VGA bilan zararlangan barcha predmetlar yuqish omillari bo'lib xizmat qiladi.

Xavf guruhi

- Uyushgan jamoalardagi bolalar (3-6 yosh)
- Homiladorlar ikkinchi va uchinchi uch oylikda.
- Virus keng tarqalgan (endemikligi yuqori) hududlarda gepatit A bilan kasallanish holatlarining aksariyati erta yoshdagi bolalar orasida uchraydi.

Gepatit A ustidan epidemiologik nazorat axborot, diagnostika va boshqaruv komponentlarini o'z ichiga oladi.

Axborot komponenti EMIZ AT - yuqumli kasalliklar epidemiologik monitoringi axborot tizimining barqaror ishlashi bilan amalga oshiriladi, uning yordamida yagona markaziy ma'lumotlar bazasi yaratiladi va qonun hujjatlari va davlat hisob siyosati talablariga to'liq muvofiq holda SEOvaJSX tarkibiy bo'linmalarining samarali

axborot hamkorligi tashkil etiladi. EMIZ AT bazasida ma'lumotlarni yig'ish, qayta ishlash va tahlil qilishning yagona tizimi amalga oshiriladi, bu ko'p qirrali ma'lumotlarni olish, ularni mintaqaviy darajalarda integral qayta ishlash jarayonlarini birlashtirishga imkon beradi. SEOvaJSX bo'linmalari o'rtasida yagona ma'lumotnomalar va tasniflagichlardan foydalangan holda elektron ma'lumotlar almashinuvi tashkil etiladi, bu esa turli hududlar ma'lumotlarining taqqoslanishini ta'minlaydi. Yuqoridagilarning barchasi ma'lumotlarning shaffofligi, ma'lumotlarni yo'qotish xavfini bartaraf etish, ishonchli elektron arxiv, ma'lumotlarga tezkor kirish, xabardor qilish tartibini soddalashtirish va hisobotlarni shakllantirishda afzalliklarga ega.

Birlamchi ma'lumotlarni to'plash shoshilinch xabarlarga ko'ra birlamchi va yakuniy tashxislar bo'yicha ma'lumotlarni EMIZ axborot tizimining avtomatlashtirilgan tizimiga kiritish, shuningdek, virusli gepatitlar bo'yicha tartibga solingan hisobotni, jumladan o'tgan yil bilan qiyosiy ma'lumotlarni, uyushgan va uyushmagan kontingent bo'yicha ma'lumotlarni shakllantirish, o'choqlarda, tekshirilgan obyektlarda faoliyatini to'liq to'xtatgan holda dezinfeksiya tadbirlarini o'tkazish va jarima sanksiyalarini belgilash orqali amalga oshiriladi.

Tezkor tahlil natijalari shoshilinch boshqaruv qarorlarini qabul qilish uchun asos bo'ladi. Retrospektiv tahlil xulosalari kasallanishni bashorat qilish va uni kamaytirish bo'yicha istiqbolli maqsadli dasturlarni ishlab chiqish uchun qo'llaniladi.

Har bir shahar (tuman bo'linmasiz) va tuman davlat sanitariya-epidemiologiya nazorat markazlarida har oyda virusli gepatitlarning barcha turlari, shu jumladan birinchi marta aniqlangan surunkali shakllari bo'yicha tahlil o'tkazilishi kerak:

- QVP, markaziy ko'p tarmoqli poliklinika va boshqalarning xizmat ko'rsatiladigan hududida mutlaq va intensiv ko'rsatkichlarda kasallanish;
- aholining yosh va ijtimoiy guruhlari (mutlaq va intensiv ko'rsatkichlar);
- Yuqumli kasalliklar shifoxonalariga murojaat qilish va yotqizish holati (mutlaq ko'rsatkichlar). VG bilan kasallangan bemorlarni uy sharoitida davolash uchun tashkil etilgan statsionarlar soni (mutlaq ko'rsatkichlar) alohida hisobga olinishi shart;

- virusli gepatit turlari bo'yicha homilador ayollar orasida VG bilan kasallanish;
- turlari bo'yicha birinchi marta aniqlangan virusli gepatitlardan vafot etganlar soni;
- maktabgacha ta'lim muassasalarida, maktablarda, zarur hollarda boshqa jamoalarda ro'yxatga olingan o'choqlar soni.

Shu maqsadda har bir hududiy SEOvaJSXda har bir maktabgacha ta'lim muassasasi va maktab bo'yicha (birlamchi va tasdiqlangan tashxislar bo'yicha) VGA bilan kasallanish holatlarini ro'yxatga olishning oylik tahlili o'tkazilishi kerak.

Epidemiologiya bo'limi mutaxassislari tomonidan har oyda tasdiqlangan tashxislar bo'yicha VGA holatlari qayd etilgan maktabgacha va o'rta ta'lim muassasalari (maktablar) soni va ularda ortib boruvchi yakun bilan qayd etilgan VGA holatlari soni to'g'risidagi ma'lumotlar hisobga olinadi va tahlil qilinadi.

Hududiy SEOvaJSX epidemiologiya bo'limida har oyda aniqlangan yuqish omillari, aniqlangan infeksiya manbalari, virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlarni kasalxonaga yotqizish uchun mavjud o'rinlar, shuningdek, VG bilan kasallanishning ko'payishi munosabati bilan qayta ixtisoslashtirilgan o'rinlar soni bo'yicha tahlil o'tkazilishi kerak.

Bundan tashqari, IFA usuli bilan tekshirilgan, o'tkir virusli gepatitlarga shubha bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlar bilan muloqotda bo'lgan shaxslarni tekshirish va ichimlik suvi va ochiq suv havzalari suvini gepatit A virusi antigeniga laboratoriya tekshiruv natijalari tahlil qilinishi kerak.

VGAning retrospektiv epidemiologik tahlili har bir yil davomida kelib tushadigan, hududning, uning chekka qismlari va aniq epidemik ahamiyatga ega bo'lgan obyektlarning sanitariya-gigiyena, demografik xususiyatlarini aks ettiruvchi ma'lumotlar asosida amalga oshiriladi. Ushbu tahlil aniq hududlarda VGA namoyon bo'lishining asosiy qonuniyatlarini aniqlashga va ushbu xususiyatlarni tavsiflovchi ko'p yillik ma'lumotlar asosida VGA bilan kasallanishni kamaytirishga qaratilgan kompleks dasturlarni ishlab chiqishga qaratilgan.

Tahlil jarayonida VGAning o'ziga xos diagnostikasi sifati, umuman xizmat ko'rsatilayotgan hududda va ayniqsa uning alohida uchastkalarida epidemik

jarayonning intensivligi xavf zonasini aniqlash bilan baholanadi. Kasallanishning ko'p yillik dinamikasi 15-20-yil davomida baholanadi va uning tendensiyalari aniqlanadi. Kasallanishning oylik dinamikasi baholanadi, bunda kasallik sanalari asos qilib olinadi.

Aholining alohida yosh, ijtimoiy, kasbiy guruhlari va alohida jamoalarning kasallanishi baholanadi, xavf guruhlari va jamoalari aniqlanadi.

VGAda profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar ichak infeksiyalari guruhi uchun uning epidemiologiyasi xususiyatlarini hisobga olgan holda ishlab chiqilgan tamoyillarga asoslanadi.

Profilaktik tadbirlarning asosiy kompleksi epidemik jarayonning ikkinchi bo'g'iniga, ya'ni fekal-oral yuqish mexanizmini uzishga qaratilgan bo'lishi kerak.

VGA profilaktikasi quyidagi chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi:

1. Aholini O'zDSt "Ichimlik suvi" 950-2011g talablariga javob beradigan suv bilan ta'minlash.
2. Bolalar ta'lim va davolash muassasalarida, o'quv yurtlarida, ishlab chiqarish sharoitlarida va ommaviy dam olish joylarida sanitariya-texnika normalariga, sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi rejimlarga rioya etilishini kafolatlaydigan shart-sharoitlar yaratish.
3. Aholi punktlari va ochiq suv havzalarining sanitariya-gigiyena rejimiga rioya qilish bo'yicha kompleks tadbirlarni bajarish.
4. Tegishli tibbiy tadbirlar majmuasini o'tkazish (davolash-profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar).
5. Aholini gigiyenik tarbiyalash.

VGA manbalariga nisbatan profilaktika choralari (faol va erta aniqlash) yordamchi ahamiyatga ega. Ular bolalar jamoalarida, umumiy ovqatlanish, oziq-ovqat mahsulotlari savdosi va boshqa tashkilotlar xodimlari orasida eng muhimdir.

VGA bilan og‘rigan bemorlarni aniqlash barcha sog‘liqni saqlash muassasalarining tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshiriladi. Bunda kasallikning dastlabki alomatlari xususiyatlarini, sarg‘ayishsiz va aniqlanmagan shakllarining mavjudligini hisobga olish zarur.

Infeksiya manbai sifatida gumon qilingan shaxslar, ayniqsa aniq klinik belgilar bo‘lmaganda, chuqurlashtirilgan klinik-laborator tekshiruvdan o‘tkaziladi (alanin-aminotransferaza faolligini aniqlash va VGA markerlari mavjudligini tekshirish, birinchi navbatda qonda anti-HAV IgM ni aniqlash) va zarur hollarda yuqumli kasalliklar shifoxonasining diagnostika bo‘limiga yotqiziladi .

Virusli gepatit A ga shubha qilingan barcha bemorlar kasallik aniqlangan joydagi davolash-profilaktika muassasasida va kasallikni aniqlagan tibbiyot xodimi tashxis qo‘yilgan paytdan boshlab 24 soatdan kechiktirmay shoshilinch xabarnoma (58-x shakl) yuboradigan hududiy SEOvaJSXda majburiy ro‘yxatga olinishi kerak.

VGAning barcha o‘choqlari epidemiologik tekshiruvdan o‘tkazilishi lozim.

O‘choqni epidemiologik tekshirishdan maqsad infeksiya manbai va epidemik jarayonni amalga oshirishga yordam beradigan yuqish omillarini aniqlashdir. O‘choqni epidemiologik tekshiruvdan o‘tkazishda epidemiologik tekshiruv kartasi (357-x) to‘ldiriladi, unda infeksiyaning taxminiy sababi, infeksiya manbai to‘g‘risidagi barcha ma’lumotlar aks ettirilishi kerak, chunki bu hujjat keyinchalik epidemiologik tahlil o‘tkazish uchun ishlatiladi.

Epidemiolog o‘choqning chegaralarini aniqlaydi, uni tugatish chora-tadbirlarini ishlab chiqadi va amalga oshiradi. O‘choq chegaralariga bolalar va mehnat kollektivlari, kasalxonalar, sanatoriylar va boshqalar kiradi, bularda bemor inkubatsiyaning oxirida va kasallikning dastlabki kunlarida bo‘lgan. Bu haqda hududiy SEOvaJSX epidemiologi ko‘rsatilgan muassasalar rahbarlarini xabardor qiladi.

O‘choq chegaralarida yashovchi (bo‘lgan) barcha shaxslar bemor ro‘yxatga olingan kunda ko‘rikdan o‘tkaziladi va infeksiya manбайдan ajralgan kundan boshlab 35 kun mobaynida uchastka tarmog‘i tomonidan tibbiy kuzatuvga olinadi. Tibbiy kuzatuv QVP va oilaviy poliklinikalarning o‘rta tibbiyot xodimlari tomonidan har

kuni o'tkaziladi (so'rov, teri, sklera va shilliq qavatlarni tekshirish, termometriya, maktabgacha ta'lim muassasalarida siydik va najas rangi qo'shimcha baholanadi) va haftada 1 marta jigar va taloq o'lchamlarini aniqlash bilan chuqurlashtirilgan tibbiy ko'rik o'tkaziladi. Muloqotda bo'lganlarni laboratoriya tekshiruvi klinik-epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha ALTni aniqlash bilan o'tkaziladi.

Kuzatuv davrida (so'nggi VGA bilan kasallangan bemor o'choqdan ajratilgan paytdan boshlab 35 kun davomida) muloqotda bo'lgan bolalarni, bolalar va boshqa muassasalar xodimlarini boshqa guruhlar, sinflar va boshqa muassasalarga o'tkazishga yo'l qo'yilmaydi, epidemiolog ruxsati bilan alohida holatlar bundan mustasno. Muloqotda bo'lgan bolalar pediatri (bolalar infeksiyachisi) va epidemiolog ruxsati bilan jamoalarga qo'yiladi. Ular ustidan 35 kun davomida tibbiy kuzatuv o'rnatiladi. VGA bilan kasallangan bemor ro'yxatga olingan jamoalarga (maktabgacha ta'lim muassasalari guruhlari, sinflar va boshqalar) yangi shaxslarni qabul qilishga, agar qabul qilinuvchi ilgari VGA bilan kasallangan yoki VGAg qarshi emlangan bo'lsa, epidemiolog bilan kelishilgan holda ruxsat etiladi. VGA bilan og'rikan bemor bilan muloqotda bo'lgan, statsionarda (sanatoriy va boshqalarda) bo'lgan, ilgari VGA bilan kasallangan, epidemiologik ahamiyatga ega kasbdagi bolalar va kattalar jamoalar va muassasalarga qo'yiladi.

VGA bilan og'rikan bemor bilan yashash joyida muloqotda bo'lgan, ovqat tayyorlash va oziq-ovqat mahsulotlarini sotish (umumiy ovqatlanishni tashkil etish va h.k.), DPMda bemorlarni parvarish qilish, bolalarni tarbiyalash va ularga xizmat ko'rsatish, katta yoshdagi aholiga xizmat ko'rsatish (kuzatuvchilar, styuardessalar va h.k.) bilan band bo'lgan katta yoshli shaxslar to'g'risida ushbu muassasalarning rahbarlariga, tegishli sog'liqni saqlash punktlariga (tibbiy-sanitariya qismlariga) va hududiy SSEBg xabar beriladi. Ushbu muassasalarning rahbarlari muloqotda bo'lgan shaxslarning shaxsiy va jamoat gigiyenasi qoidalariga rioya qilishlari ustidan nazoratni ta'minlaydilar, tibbiy kuzatuvni ta'minlaydilar va kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lishi bilan ularni ishdan chetlashtiradilar.

Muloqotda bo'lgan shaxslarni kuzatuvchi har bir tibbiyot xodimi gigiyenik tarbiya ishlarini tizimli ravishda olib boradi. O'choqni bartaraf etishga qaratilgan

barcha chora-tadbirlar epidemiologik tekshiruv kartasida va VGA bilan ogʻrigan bemorning ambulator kartasida aks ettiriladi. Ushbu hujjatlarga kuzatuv varaqasi va muloqotda boʻlgan shaxslarni kuzatish natijalari yopishtiriladi va infeksiya oʻchogʻidagi tadbirlarning tugashi qayd etiladi.

Muloqotda boʻlgan shaxs boshqa sabablarga koʻra DPMning somatik, jarrohlik va boshqa boʻlimlariga yotqizilgan taqdirda, tibbiyot xodimi yoki jamoa rahbari ushbu davolash muassasasi maʼmuriyatiga kasalxonaga yotqizilgan shaxsning gepatit A epidemik oʻchogʻida ekanligi haqida xabar berishi shart.

Muassasalar va jamoalarda (bolalar jamoalari, oʻquv muassasalari, sanatoriylar, kasalxonalar va boshqalar) VGA oʻchoqlarini bartaraf etish boʻyicha chora-tadbirlarning mazmuni, hajmi va davomiyligini epidemiologik tekshiruv natijalari asosida, yashash joyidagi oʻchoqlarni tekshirish maʼlumotlarini hisobga olgan holda, epidemiolog shifokor belgilaydi. Muassasada VGAning sariq, oʻchirilgan shakllari bilan kasallanganlar va ushbu infeksiyaga shubha qilinganlar soni aniqlanadi, ular oʻrtasidagi bogʻliqlik aniqlanadi, ularning guruhlar, sinflar (boʻlimlar va boshqalar) boʻyicha taqsimlanishi tahlil qilinadi, virusning ehtimoliy manbai va yuqish yoʻllari aniqlanadi, sanitariya-epidemiya qarshi rejim, muassasaning sanitariya-texnik holati va infeksiyaning keyingi tarqalish ehtimoli albatta baholanadi. Epidemiologik tekshiruv xulosalarini hisobga olgan holda oʻchoq chegaralari aniqlanadi va uni tugatish boʻyicha chora-tadbirlar rejasi ishlab chiqiladi.

Zararlangan guruhlar (maktab sinflari) iloji boricha boshqa guruhlar, muassasa boʻlinmalaridan ajratiladi. Jamoaning boshqa aʼzolari bilan oʻtkaziladigan tadbirlarda ishtirok etmaydilar. Guruh, sinf va shu kabilarda VGA bilan kasallanganlarni roʻyxatga olishda oʻz-oʻziga xizmat koʻrsatish tizimi bekor qilinadi, gigiyenik tarbiya va VGAning oldini olish choralari boʻyicha suhbatlar oʻtkaziladi.

Cheklovchi tadbirlarning butun davri mobaynida muloqotda boʻlgan shaxslarga rejali profilaktik emlashlar oʻtkazilmaydi.

Virusli gepatit bilan kasallanish holatlari qayd etilgan muassasalar xodimlari epidemiya qarshi rejim qoidalariga oʻqitiladi, bunda chora-tadbirlarning har biri albatta ragʻbatlantiriladi, VGAning dastlabki alomatlari va bunday alomatlari boʻlgan

shaxslarni aniqlash choralari to'g'risida yo'l-yo'riq beriladi. Bu ish infeksiya bilan zararlangan jamoadagi bolalarning ota-onalari, statsionar, sanatoriy va boshqa joylarda VGA bilan kasallangan bemor bilan muloqotda bo'lgan bolalar va kattalar bilan olib boriladi.

Tashkil etilgan jamoalarda, 2 va undan ortiq holatlar qayd etilganda, VGA o'choqlarini epidemiologik tekshirish majburiy tartibda sanitariya-gigiyena shifokori bilan birgalikda hududiy SEOvaJSX epidemiolog shifokori tomonidan o'tkaziladi. Tekshiruv natijalari bo'yicha barcha standart protseduralar aks ettirilgan dalolatnoma tuziladi.

Bir guruhda (sinfda) inkubatsiya davrida (15-35 kun) uch yoki undan ortiq holatlar paydo bo'lganda, ushbu guruh yoki sinfni 35 kun muddatga yopish masalasi hal qilinadi. Umumiy suvdan foydalanish, ovqatlanish, tibbiy va notibbiy muolajalar bilan bog'liq bo'lgan VGAning guruhli kasalliklarini tekshirish epidemiolog shifokori rahbarligida, SEOvaJSXning sanitariya-gigiyena va laboratoriya bo'linmalari, shuningdek, manfaatdor xizmatlar va idoralar mutaxassislari ishtirokida kompleks tarzda o'tkaziladi.

Maktabgacha va o'rta ta'lim muassasalarida (MTM) virusli gepatit A profilaktikasiga qaratilgan chora-tadbirlar:

1. Barcha MTMda tibbiyot punkti qoshida yuqumli kasallikka shubha qilingan bolaning vaqtincha bo'lishi uchun joy tashkil etish.
2. Bolalar ta'lim muassasalariga bolalarni me'yordan ortiq qabul qilish taqiqlansin, amaldagi SanPiNga muvofiq kichik yasli guruhlaridagi bolalar soni 20 nafargacha, katta yasli guruhlaridagi bolalar soni 20 nafargacha, bog'cha guruhlaridagi bolalar soni 25 nafargacha, qisqa muddatli guruhlardagi bolalar soni 30 nafargacha yetkazilsin.
3. Maktabgacha ta'lim muassasalarida ichimlik suvini majburiy qaynatish joriy etilsin.
4. MTM tarbiyachilari tomonidan bolaning sog'lig'i holati to'g'risida kundalik ko'rik, bolalarning termometriyasi va ota-onalardan so'rov o'tkazish bilan ertalabki filtrlarning ishlashi ustidan nazoratni kuchaytirish. O'tkir respirator

infeksiyalar, rinit, umumiy holsizlik, zaiflik, boshqa alomatlar va yuqumli kasalliklarga shubha bo'lgan bolalar va xodimlarni qabul qilishga yo'l qo'ymaslik.

5. Barcha guruhlarda shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish maqsadida qo'l yuvish uchun rakovina yoki qo'l yuvgichlar o'rnatish.
6. Guruhda har bir bolaning belgisi qo'yilgan individual sochig'i va sovuni bo'lishi kerak.
7. MTMda hovli tipidagi sanitariya-hovli qurilmalaridan foydalanilganda ushbu hojatxonalar yonida rakovinalar yoki qo'l yuvgichlar o'rnatilishi kerak.

VGAning maxsus profilaktikasi. VGA profilaktikasida gepatitning ushbu turiga qarshi emlash muhim rol o'ynaydi. VGAg qarshi emlash maqsadida rekombinant vaksinalar ularning xavfsizligi va samaradorligini hisobga olgan holda qo'llaniladi. Vaksina yo'riqnomaga muvofiq bir yoki ikki marta yuboriladi.

Emlash, birinchi navbatda, ushbu infeksiya bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lgan hududlarda yashovchi bolalarga ko'rsatiladi (yosh guruhleri epidemiologik tahlil ma'lumotlari asosida belgilanadi).

Gepatit A ga qarshi ommaviy emlash SanQvaM 0239-07/4, "O'zbekiston Respublikasida yuqumli kasalliklarning immunoprofilaktikasi" asosida amalga oshiriladi.

Bir vaqtning o'zida guruhli virusli gepatit A kasalliklari yuzaga kelganda amalga oshiriladigan tadbirlar

Turli jamoalarda bir vaqtning o'zida guruhli kasalliklar paydo bo'lganda yoki aholi o'rtasida VGA avj olganda, qo'zg'atuvchining suv yoki oziq-ovqat yo'llari ta'sirini hisobga olgan holda kompleks chora-tadbirlar amalga oshiriladi.

Aholi o'rtasida guruhli kasallanish o'choqlari yoki VGA tarqalishining epidemiologik tekshiruvini davlat sanitariya-epidemiologiya nazoratini amalga oshirish vakolatiga ega bo'lgan organlar va muassasalar olib boradi.

Guruhli kasallanish o'chog'ini epidemiologik tekshirish natijalari bo'yicha

epidemiya qarshi tadbirlar rejasi tuziladi, u ijro etuvchi hokimiyat organlari, sog'liqni saqlashni boshqarish organlari, mulkchilik shakllaridan qat'i nazar, boshqa manfaatdor tashkilotlar bilan kelishiladi.

Aholi orasida VGA avj olganda, hududning ijro etuvchi hokimiyat organlari rahbarligida tezkor shtab tuziladi. O'choqni lokalizatsiya qilish va tugatish rejasi ishlab chiqilmoqda. Rejaga muvofiq tashkiliy, sanitariya-gigiyena va epidemiya qarshi tadbirlar kompleksi o'tkaziladi. Tegishli tadbirlarni o'tkazish uchun mas'ul bo'lgan mutaxassislar guruhlar tuziladi.

Aholi orasida guruhli kasallanish va VGA tarqalishi o'choqlarini tekshirishda quyidagilar o'tkaziladi:

- o'choq chegaralarini aniqlash;
- zararlanish xavfi ostida bo'lgan shaxslar doirasini aniqlash va ular ustidan 35 sutka davomida tibbiy kuzatuv o'rnatish;
- bemorlarni kasalxonaga yotqizish;
- kasallanganlarda omilli tahlil;
- bemorlarni va kasallikka gumon qilinganlarni laboratoriya tekshiruvidan o'tkazish, shu jumladan anti-HAV IgM, ALT va boshqalarni aniqlash, uning zarurligi va laboratoriya tekshiruvidan o'tkazilishi kerak bo'lgan kontingentlar davlat sanitariya-epidemiologiya nazoratini amalga oshiruvchi organlar mutaxassisi va shifokor-infeksionist tomonidan belgilanadi;
- atrof-muhit obyektlari (suv va oziq-ovqat mahsulotlari) dan virusologik tadqiqotlar o'tkazish uchun namunalar olish, ularning soni va hajmi epidemiologik tekshiruvni tashkil etish uchun mas'ul bo'lgan mutaxassis tomonidan belgilanadi.

Tekshirish davomida quyidagilar aniqlanadi:

- qo'zg'atuvchining atrof-muhit obyektlariga kirish manbai;
- infeksiyaning yuqish sabablari, yo'llari va omillari (suv, oziq-ovqat);
- infeksiya tarqalishiga imkon beruvchi sharoitlar.

Turli jamoalarda bir vaqtning o'zida guruhli kasalliklarning paydo bo'lishi yoki suv xarakteridagi aholi o'rtasida VGA avj olishining sababi suv ta'minoti

stansiyalarida suvni qayta ishlash va zararsizlantirish rejimining buzilishi, magistral va tarqatuvchi suv ta'minoti tarmoqlaridagi avariylar, kanalizatsiya kommunikatsiyalaridagi uzilishlar, markazlashtirilgan xo'jalik-ichimlik suv ta'minoti tarmoqlariga oqova suvlarning kirishi, ichimlik suvi ta'minoti manbalari uchun suv yig'ish hosil bo'lgan hududda zararsizlantirilmagan oqovalarni yer usti suv havzalariga ommaviy ravishda yoki doimiy ravishda tashlash va boshqalar bo'lishi mumkin.

Kasallik avj olgan vaqtda quyidagilar ustidan kuchaytirilgan nazorat joriy etiladi: suv ta'minoti va aholini suv bilan ta'minlash tizimi obyektlari; oziq-ovqat sanoati tashkilotlari; oziq-ovqat xomashyosi va oziq-ovqat mahsulotlari savdosi va ularning aylanmasi tashkilotlari; umumiy ovqatlanish tashkilotlari, ularda oziq-ovqat mahsulotlari va oziq-ovqat xomashyosini tayyorlash va ularning aylanmasi; hududni obodonlashtirish; bolalar ta'lim tashkilotlari, bolalar va kattalar kecha-kunduz bo'ladigan tashkilotlar, davolash-profilaktika va boshqa tashkilotlar, harbiy xizmatchilar jamoalarida ovqatlanishni tashkil etish va epidemiyaga qarshi rejimga rioya qilish.

Aholi o'rtasida gepatit A profilaktikasi masalalari bo'yicha ommaviy axborot vositalari bilan ishlashni tashkil etish davlat sanitariya-epidemiologiya nazoratini amalga oshiruvchi organlar va sog'liqni saqlashni boshqarish organlari tashabbusi bilan amalga oshiriladi. .

Klinik-epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha A va E virusli gepatitlar bilan kasallangan bemorlar uchun uyda statsionarlar tashkil etishga ruxsat etiladi.

Virusli gepatit E (VGE) epidemiologiyasi

Etiologiyasi. Gepatit E - bu gepatit E virusi (GVE) keltirib chiqaradigan jigar kasalligi bo'lib, u musbat qutbli bir ipli ribonuklein kislotasi (RNK) genomiga ega kichik virusdir. Ushbu virusning kamida 4 xil turi mavjud - 1, 2, 3 va 4 genotiplari. 1 va 2 genotiplar faqat odamlarda topilgan. 3 va 4 genotipli viruslar ko'pgina hayvonlar (cho'chqa, to'ng'iz, bug'ular) orasida aylanib yuradi, kasallik qo'zg'atmaydi, ba'zan odamga ham yuqadi. Bu virus kasallangan odamlarning axlati bilan ajralib, ichak

orqali odam organizmiga kiradi. Odatda, infeksiya o'z-o'zidan davolanadi va 2-6 haftada o'tib ketadi.

Infeksiya manbai. Infeksiya manbai VGE bilan og'rikan bemorlar, asosan, kasallikning dastlabki bosqichlarida. VGE bilan og'rikan bemorlar kasallikning dastlabki kunlarida, sariqlik paydo bo'lishidan oldin eng katta xavf tug'diradi.

Shuningdek, uy hayvonlari, cho'chqalar va kemiruvchilar ham infeksiya manbai bo'lishi mumkin. Inkubatsiya davri davomiyligi o'rtacha 40 kun (15 kundan 60 kungacha kun).

Cho'ziluvchan kechishi 10-15% bemorlarda kuzatiladi. Aynan ular VGEda epidemik jarayonni qo'llab-quvvatlashga yordam berishi mumkin. Gepatit E virusining surunkali tashuvchanligi aniqlanmagan.

Tabiiy sharoitda VGE qo'zg'atuvchisi yovvoyi va uy hayvonlarining ba'zi turlariga (kalamushlar, mushuklar, cho'chqalar, tovuqlar, qo'ylar) yuqishi mumkin.

Uzatish mexanizmi. VGE fekal-oral yuqish mexanizmi bilan tavsiflanadi. Biroq, VGA dan farqli o'laroq, VGE da qo'zg'atuvchining yuqishining ushbu mexanizmi asosan virus bilan ifloslangan suvni iste'mol qilish orqali amalga oshiriladi. Infeksiya qo'zg'atuvchisining tarqalishida kontakt va oziq-ovqat yo'li kamroq rol o'ynaydi. Odatda, infeksiya o'z-o'zidan davolanadi va 2-6 haftadan keyin o'tib ketadi.

Sezuvchanlik. Aholining ta'sirchanligi umumiy. VGE bilan ushbu virusga qarshi antitanachalari bo'lmagan har qanday odam kasallanishi mumkin. VGE da, boshqa virusli hepatitlar kabi, sariqliksiz kechuvchi holatlar soni sariqlik variantlaridan ustunlik qiladi. VGE bo'yicha endemik bo'lgan hududlarda ularning nisbati 1:2,6-1,7 ni tashkil etadi. VGE odatda yengil (60% ga yaqin) va kamroq (40% da) o'rtacha og'ir shaklda kechadi. Og'ir shakli ko'pi bilan 1% hollarda uchraydi, biroq, epidemiyalar yoki sporadik kasallanish paytida fulminant hepatitning deyarli doimiy mavjudligi epidemiologik vaziyatlarni tahlil qilishda VGE ni aniqlash imkonini beradi.

VGE homilador ayollarda, ayniqsa homiladorlikning ikkinchi yarmida eng og'ir kechadi. Ularda kasallikning yengil shakli atigi 4%, og'ir shakli esa 30% gacha

uchraydi. Umuman olganda, VGE dan o'lim darajasi taxminan 0,4% ni tashkil etadi va homilador ayollar orasida 20-25% ga yetadi. Chaqnashlar paytida homilador ayollar o'rtasida yuqori o'lim darajasi VGE uchun shunchalik xarakterliki, bu hodisani chaqnashlarni epidemiologik talqin qilishda diagnostik belgi sifatida ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Go'daklar o'limi 30% dan oshadi, bu birinchi navbatda onalar o'limi bilan bog'liq. VGE da homilador ayollarda ko'pincha muddatidan oldin tug'ruq sodir bo'ladi.

Xavf guruhi

- Uyushgan jamoalardagi bolalar (3-6 yosh)
- Ikkinchi va uchinchi uch oylikdagi homiladorlar.
- Virus keng tarqalgan (endemikligi yuqori) hududlarda gepatit E bilan kasallanish holatlarining aksariyati erta yoshdagi bolalar orasida uchraydi.

Epidemiologik nazorat. VGE da profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar majmuasi epidemiologik nazorat tizimlariga asoslanishi lozim.

VGE ustidan epidemiologik nazorat vazifalariga quyidagilar kiradi:

1. VGE ko'lami, tarqalish xarakteri va ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatini hamda uning aholi sanitariya-epidemiologik osoyishtaligi buzilishiga "qo'shgan hissasini" doimiy va xolisona baholash.
2. Epidemik jarayon dinamikasining sur'ati va o'zgaruvchanligini aniqlash va baholash - kasallanish va o'lim darajasining o'zgarishi, ushbu kasallikning vaqt (xavf vaqti) ichida paydo bo'lishi yoki epidemiyalari.
3. Ushbu infeksiya bo'yicha epidemiologik noxushlikning hududiy farqlanishini hisobga olgan holda hududni rayonlashtirish (xavfli hududlar).
4. Ishlab chiqarish-maishiy yoki boshqa turmush sharoitlarining o'ziga xos xususiyatlari tufayli kasallanish xavfi yuqori bo'lgan aholi kontingentlarini (xavf kontingentlarini) aniqlash.
5. VGE da epidemik jarayon namoyon bo'lishining kuzatiladigan xarakterini belgilovchi sabab va sharoitlarni, ya'ni biologik, tabiiy va ijtimoiy omillarni aniqlash (xavf omillari).
6. Amalga oshirilayotgan tadbirlar ko'lamini, sifati va samaradorligini nazorat

qilish va asosli baholash, ularni optimal tuzatish, maqsad va vazifalarni belgilash, ularni amalga oshirish ketma-ketligi va muddatlarini rejalashtirish (boshqaruv qarorlarini ishlab chiqish).

7. Epidemiologik vaziyat prognozlarini ishlab chiqish.

Viloyat, shahar, tuman SEOvaJSXlarida retrospektiv epidemiologik tahlil o'tkazish zarur, bu esa xavf hududlari, xavf guruhlarini, xavf vaqti va xavf omillarini aniqlash imkonini beradi. Tezkor epidemiologik tahlilni amalga oshirish kasallanish, unga ijtimoiy va tabiiy omillarning, shu jumladan sanitariya-gigiyena omillarining ta'sirini baholash, profilaktika va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarning samaradorligini aniqlash imkonini beradi.

Profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlar

Sanitariya-gigiyena tadbirlari. Zamonaviy bosqichda VGE profilaktikasida epidemik jarayonning ikkinchi bo'g'ini - qo'zg'atuvchining o'tish mexanizmining uzilishiga ta'sir ko'rsatish hal qiluvchi ahamiyatga ega. VGE va VGEga qarshi olib borilayotgan profilaktik tadbirlar umumgigiyenik va sanitar xarakterga ega. Ularga quyidagilar kiradi: suv ta'minoti manbalarini VGEning ehtimoliy ifloslanishidan himoya qilish; suv ta'minoti va kanalizatsiya tizimini takomillashtirish; aholini yetarli miqdorda sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlash; umumiy ovqatlanish tizimini takomillashtirish; uyushgan jamoalarda, dala shiyponlarida epidemiyaga qarshi tadbirlarni qat'iy bajarish; aholining sanitariya madaniyatini oshirish.

Endemik hududlarda infeksiya bilan bog'liq bo'lmagan VGE bilan kasallangan bemorlar paydo bo'lganda, bemorlar ro'yxatga olinishidan 1,5 oy oldin ichimlik suvi sifatining barcha ko'rsatkichlari chuqur retrospektiv baholanadi, zarur hollarda suv ta'minoti to'liq qayta ko'rib chiqiladi.

Aholining VGEga moyilligiga qaratilgan chora-tadbirlar. Epidemiologik nazorat elementlaridan biri VGE o'choqlarini epidemiologik tekshirish bo'lib, ularning paydo bo'lishi va rivojlanish sabablarini o'rganish (vaqtinchalik va hududiy

chegaralarni belgilash), ularni tibbiy kuzatish va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar majmuasini o'tkazish uchun amalga oshiriladi. VGE bilan kasallanishning har bir holatini epidemiologik tekshirish shifokor-epidemiolog tomonidan o'tkaziladi (epidemik avj olishlar paytida istisno tariqasida epidemiolog yordamchisining epidemiologik tekshiruvda ishtirok etishiga yo'l qo'yiladi). O'choqni epidemiologik tekshirishda har bir bemorga epidemiologik tekshirish kartasi to'ldiriladi (357-x). Epidemiologik tekshiruvda infeksiya manbai izolyatsiya qilingan paytdan boshlab 35 kun davomida tibbiy kuzatuv ostida bo'lgan muloqotda bo'lgan shaxslar aniqlanadi. Tibbiy kuzatuv har kuni o'tkaziladi (so'rov, teri, sklera va shilliq qavatlarni tekshirish, termometriya) va haftada bir marta jigar va taloq o'lchamlarini aniqlash bilan chuqurlashtirilgan tekshiruv o'tkaziladi.

Homilador ayollar va maktabgacha ta'lim muassasalari tarbiyalanuvchilari har kuni kuzatib boriladi. Bemor bilan muloqotda bo'lganligi haqida tegishli bolalar muassasalariga va ish joyiga xabar beriladi.

Bolalar ta'lim muassasasida VGE o'chog'i paydo bo'lganda karantin belgilanadi, bu davrda yuqorida sanab o'tilgan tadbirlardan tashqari qo'shimcha cheklovlar o'tkaziladi: bolalarni guruhdan guruhga o'tkazish, yangi bolalarni qabul qilish, karantin guruhining jamoaviy tadbirlarda ishtirok etishi, rejali profilaktik emlashlarni o'tkazish taqiqlanadi.

Virusli gepatit B

Etiologiya. Virusli gepatit B ning qo'zg'atuvchisi Hepadnaviridae oilasiga mansub virus hisoblanadi.

VGB ning o'ziga xos xususiyatlari uning nihoyatda yuqumliligi va tashqi muhit omillari ta'siriga chidamliligidir. Infeksiyalovchi doza virus saqlovchi zardobning atigi 0,0000001 ml ni tashkil etadi.

Qo'zg'atuvchi yaxlit qonda va uning preparatlarida yillab, -20°C haroratda 15 yilgacha saqlanadi. Virusning yuza antigeni qon zardobi bilan ifloslangan ko'rpa-to'shaklar, tibbiy asboblarda, bir necha oy davomida xona haroratida saqlanganda

aniqlanadi.

Virus 30 daqiqa davomida qaynatilganda, 60°C haroratda 10 soat davomida qizdirilganda inaktivatsiyalanadi. Unga vodorod peroksidi, xloramin, formalin va boshqa tegishli konsentratsiyadagi dezinfeksiyalovchi vositalar halokatli ta'sir ko'rsatadi. Virus kislotali pH qiymatlariga ta'sirchan emas, lekin ishqoriy muhitda parchalanadi.

VGB populyatsiyasi geterogen bo'lib, A dan H gacha bo'lgan lotin bosh harflari bilan belgilanadigan 8 ta asosiy genotipni o'z ichiga oladi.

So'nggi yillarda qo'zg'atuvchining mutant generatsiyalari mavjudligi haqida ma'lumotlar to'plangan. Kasallikning noxush kechishiga sabab bo'ladigan pre-yadro mutantlari klinik jihatdan ahamiyatga ega.

Infeksiya manbai. O'tkir va surunkali gepatit B (O'GV, SVGB) ning har qanday shakli bilan og'rgan bemorlar, shuningdek, surunkali virus tashuvchilar, ya'ni 6 oy va undan ortiq HBs-antigenemiya davomiyligi bo'lgan shaxslar HB-virus infeksiyasining manbalari hisoblanadi.

Virus tashuvchilar, ayniqsa qonda HBeAg bo'lganda, eng katta epidemiologik xavf tug'diradi. Bemor kasallik belgilari paydo bo'lishidan 2 - 8 hafta oldin yuqumli bo'lishi mumkin. SVGB bilan og'rgan bemorlar va virus tashuvchilar butun umri davomida epidemiologik ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

O'GB, boshqa virusli gepatitlar kabi, ko'pincha sariqsiz yoki boshqa tashxislash qiyin bo'lgan klinik shakllarda kechadi. Tadqiqotchilarning kuzatuvlariga ko'ra, klinik jihatdan ifodalangan infeksiya bilan og'rgan har bir bemorga 100 tagacha sariqliksiz holat to'g'ri keladi.

Sariqsiz shakllar ko'pincha bolalarda uchraydi, ammo kattalarda bunday variantlarning ulushi 70% ga yetishi mumkin.

O'GBning muhim epidemiologik tavsifi infeksiyon jarayonning namoyon bo'lish chastotasi va yuqumli davr hisoblanadi.

O'GBda sog'ayish bilan tugaydigan yuqumli davr virusning ko'payish vaqti bilan cheklangan va odatda 2-3 haftadan 2-3 oygacha davom etadi.

Klinik ko'rinishlarning mavjudligi va biokimyoviy ko'rsatkichlarning o'zgarishi

asosan uzoq muddatli GV virusi bilan kasallangan bemorlarda uchraydi. Bemorlarning bu guruhini shartli ravishda SVGBning manifest shakllari bilan kasallangan bemorlar sifatida tasniflash mumkin.

Surunkali GV-infeksiya bilan kasallanganlarning boshqa guruhi, odatda, o'zlarini subyektiv ravishda yaxshi his qiladigan va o'zlarini sog'lom deb hisoblaydigan aholining ma'lum guruhlarini (masalan, qon donorlarini) HBsAg ga tekshirishda aniqlanadi. Maqsadga yo'naltirilgan so'rov va sinchiklab o'tkazilgan klinik-laborator tekshiruvda ularning 80 foizida jigardagi surunkali patologik jarayon belgilarini aniqlashga muvaffaq bo'linadi.

Surunkali shakllari bilan og'rigan bemorlarni yanada to'liq aniqlash maqsadida O'GB, delta-gepatit o'tkazgan shaxslar, virus tashuvchilar, jigar va o't yo'llarining boshqa kasalliklari, shu jumladan jigarning birlamchi karsinomasi bilan og'rigan bemorlar, surunkali kasalliklar va immunitet tanqisligi holatlaridan aziyat chekayotgan bemorlar, donor qoni va uning tarkibiy qismlari retsiptiyentlari, SVGB, GB va JS (jigar sirozi) bilan og'rigan bemorlar bilan o'choqlarda muloqotda bo'lganlar tekshiruvdan o'tkaziladi.

HBsAg aniqlangan hollarda, hech qanday klinik belgilar va qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarida o'zgarishlar (ALT faolligi, bilirubin darajasi, oqsil cho'kma namunalari va boshqalar) bo'lmasa, surunkali infeksiya virus tashuvchanlik (HBsAg tashuvchanlik) sifatida tasniflanadi.

Gepatit B virusining yuqish mexanizmi va yo'llari

GB virusi infeksiyalangan qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan bevosita aloqada bo'lganda teri va shilliq qavatlarining har qanday shikastlanishi orqali yuqadi. Virusning eng yuqori konsentratsiyasi qonda va jarohat suyuqliklarida aniqlanadi. Infeksion agentning o'rtacha konsentratsiyasi sperma va vaginal sekretida, eng past konsentratsiyasi so'lakda kuzatiladi.

GV virusining barcha yuqish yo'llarini 2 guruhga birlashtirish mumkin: qo'zg'atuvchining biologik tur sifatida saqlanib qolishini ta'minlaydigan tabiiy,

evolyutsion shakllangan yo'llar va ma'lum sharoitlarda epidemik jarayonning intensivligini saqlashda muhim rol o'ynaydigan sun'iy yo'llar.

GB virusining tabiiy yuqish yo'llariga quyidagilar kiradi:

- perinatal (onadan bolaga homila ichi yoki tug'ilish paytida o'tishi);
- jinsiy (jinsiy aloqa paytida yuqishi);
- kontakt-maishiy (yaqin maishiy muloqot sharoitida uzatish).

Perinatal yuqish yo'li.

VGBning tabiiy o'tishi onadan bolaga, asosan, tug'ruq davrida, agar unda shu davrda HBs-antigenemiya mavjud bo'lsa, o'tishi mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning infeksiya manbai homiladorlikning 3-trimestrida O'GB bilan kasallangan, ularda HBs-antigenemiya mavjud bo'lgan ayollar, shuningdek virus tashuvchilar va SVGB bilan kasallangan bemorlardir.

Homilaning ona qornida zararlanishi juda kam uchraydi - ko'pi bilan 2% hollarda. GB bola hayotining 2-4 oylarida paydo bo'ladi, shu bilan birga ularning 13-16 foizida surunkali virus tashuvchanlik shakllanadi.

Perinatal infeksiyalanish chastotasi ona qonida HBeAg mavjudligiga bog'liq bo'lib, u mavjud bo'lganda bolalarning infeksiyalanishi 85-100% ga yetadi. Bunday hollarda, odatda, virus persistensiyasi rivojlanadi. Bunday bolalarda odatda sariqlik bo'lmaydi va klinik-biokimyoviy ko'rinishlari kam bo'lgan gepatit rivojlanadi. Virusning faol replikatsiyasi (qonda HBeAg va VGB DNKsi mavjudligi bo'yicha aniqlanadi) bilan birga kechuvchi faol GB bilan og'rigan onalardan tug'ilgan bolalarda jarayonning surunkalashuvi 90% hollarda yuzaga keladi.

Bolalarning bir qismida birlamchi surunkali gepatit boshlanib, keyinchalik jigar sirrozi va birlamchi raki paydo bo'lishi mumkin.

Jinsiy yuqish yo'li. Kontakt-maishiy uzatish yo'li.

VGBning yuqishi ko'pincha yaqin oilaviy aloqalarda, masalan, virus bilan zararlangan va oilaning bir nechta a'zolari tomonidan ishlatiladigan shaxsiy gigiyena buyumlaridan (tish cho'tkalari, soqol olish va manikyur asboblari, mochalkalar, taroqlar va boshqalar) birgalikda foydalanishda sodir bo'ladi.

Virusning tabiiy yuqish yo'llarida GB bilan kasallanish xavfi yuqori

bo'lgan guruhlar quyidagilardir:

- VGB bilan kasallangan onalarning bolalari;
- bir nechta jinsiy sherigi bo'lgan shaxslar;
- GB bilan kasallangan bemor bilan va birinchi navbatda GVning surunkali shakllari bilan kasallangan bemorlar, shu jumladan virus tashuvchilar bilan yaqin maishiy aloqada bo'lgan shaxslar. VGB yuqish xavfini baholashda turmush tarzining o'ziga xos xususiyatlari, etnik xususiyatlar, oila a'zolarining soni va boshqalar ahamiyatga ega;
- yopiq muassasalarning (bolalar uylari, bolalar uylari, qariyalar uylari va boshqalar) bolalar va kattalar kontingenti, bu yerda virusning intensiv aylanishi uchun sharoitlar yaratiladi.

VGBning sun'iy yo'llari tibbiyot muassasalarida yoki tibbiyot muassasalaridan tashqarida teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishi bilan bog'liq turli manipulyatsiyalar o'tkazilganda amalga oshiriladi.

Tibbiyot muassasalarida yuqish sterillanmagan va VGB bilan ifloslangan tibbiy asbob-uskunalar, bir nechta bemorlar uchun dori-darmonlar solingan ko'p dozali flakonlar, qon va uning tarkibiy qismlari hamda HBsAg uchun tekshiruvdan o'tmagan boshqa biologik materiallar (sperma, to'qimalar, a'zolar) transfuziyasidan foydalanganda, VGB bilan ifloslangan tibbiy xodim qo'llari orqali sodir bo'ladi .

Tibbiyot muassasalaridan tashqarida giyohvandlik vositalarini iste'mol qiluvchilar tomonidan VGB bilan ifloslangan shprislar, ignalar va asboblardan foydalanish, tatuirovka, pirsing, marosimlar va teri hamda shilliq qavatlar butunligining buzilishi bilan bog'liq bo'lgan va umumiy asbob-uskunalar (quloq yumshog'ini teshish, soqol olish, manikyur va boshqalar) bilan amalga oshiriladigan boshqa muolajalar paytida yuqtirish mumkin.

Virusning sun'iy yuqish yo'llari orqali yuqish xavfi yuqori bo'lgan kontingentlar quyidagilardir:

- giyohvandlik vositalari inyeksiyalarini iste'mol qiluvchilar;
- qon va uning tarkibiy qismlari retsipyentlari;
- boshqa biologik materiallar (sperma, to'qimalar, organlar) retsipyentlari;

- invaziv aralashuvlar va qon tekshiruvlarini amalga oshiruvchi tibbiyot xodimlari;
- qon va uning tarkibiy qismlari bilan doimiy aloqada bo‘lgan xodimlar (qon xizmatlari, gemodializ markazlari, jarrohlar, akusher-ginekologlar va boshqalar);
- invaziv tekshiruv va davolash usullariga duchor bo‘lgan bemorlar;
- DPMdan tashqarida teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishi bilan bog‘liq aralashuvlarga duchor bo‘lgan shaxslar (tatuировka qo‘yish, pirsing, akupunktura va boshqalar).

Gepatit B epidemik jarayonining namoyon bo‘lishi

Epidemik jarayonda ikkita komponent ajratiladi: virusning vertikal va boshqa tabiiy yuqish yo‘llari hisobiga shakllanadigan tabiiy va parenteral va invaziv tibbiy va notibbiy manipulyatsiyalar bilan bog‘liq bo‘lgan sun‘iy. Bir qator hududlarda turmush tarzi, etnik xususiyatlar, oila a‘zolarining soni va boshqalar muhim ahamiyatga ega.

GB epidemik jarayoni manifest o‘tkir va surunkali kasalliklarning kelib chiqishi bilan namoyon bo‘ladi. Manifest o‘tkir, surunkali va simptomsiz infeksiya shakllarining chastotasi o‘rtasida to‘g‘ridan to‘g‘ri korrelyatsion bog‘liqlik mavjud.

SVGBning hududlarda tarqalishi O‘GB bilan kasallanishning oldingi darajasiga bog‘liq. SVGB bilan kasallanish ko‘rsatkichlari sezilarli darajada o‘zgarib turadi va uning diagnostikasi sifatiga bog‘liq.

SGB o‘choqlari SVGB bilan kasallangan bemorlarning oilalarida, bolalar va kattalar uchun yopiq muassasalarda, nogironlar uylarida, IIV tizimidagi muassasalarda va boshqalarda shakllanadi, bu yerda ular barqaror xususiyatga ega va sanatsiya qilish juda qiyin.

Bu o‘choqlarda bir vaqtning o‘zida infeksiyaning barcha shakllari: o‘tkir va surunkali manifest, o‘tkir va surunkali simptomsiz bemorlar bo‘lishi mumkin. Oilalarda GB turg‘un barqaror o‘choqlarining paydo bo‘lishi ma‘lum genetik markerlarga ega bo‘lgan shaxslarda surunkali infeksiya shakllanishiga genetik

moyillik bilan bog'liq.

GB avj olishi bir xil nomdagi zararlangan biologik materialni (ko'pincha qon preparatlari va uning tarkibiy qismlarini) qabul qilgan retsiptiyentlar orasida, bitta stasionarda, tug'ruq kompleksida (bo'limida), sanatoriyda bo'lgan va bir xil nomdagi diagnostika va davolash tibbiy manipulyatsiyalarini olgan bemorlar orasida paydo bo'lishi mumkin. Ambulatoriya sharoitida stomatologik va boshqa tibbiy yordam ko'rsatilgan bemorlar, shuningdek, sanitariya-epidemiya qarshi rejimga rioya qilinmaganda kosmetik muolajalar o'tkazilgan shaxslar orasida kasallik avj olgani ma'lum.

Giyohvandlik vositalarini inyeksiya yo'li bilan iste'mol qiluvchilar o'rtasida kasallikning avj olishi katta ko'lam kasb etishi mumkin va uni epidemiologik jihatdan to'liq o'rganish qiyin. Bunday avj olishlar ba'zi hollarda ma'lum bir ta'lim yoki boshqa muassasalar bilan bog'liq bo'lsa, boshqa hollarda o'ziga xos hududiy xususiyatga ega bo'lib, inyeksion giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchi shaxslar to'plangan mikrohududda joylashadi.

Jigar sirrozi va jigar-hujayra (gepatotsellyulyar) saratoni kabi surunkali infeksiya rivojlanishining noqulay shakllari bilan og'rigan bemorlar GB epidemik jarayonining ajralmas qismidir, chunki ular uzoq muddatli virus manbai sifatida qaralishi kerak.

Epidemiologik nazorat

GB ustidan epidemiologik nazorat - bu vaziyatni baholash, boshqaruv qarorlarini o'z vaqtida qabul qilish, GB paydo bo'lishi va tarqalishining oldini olishni ta'minlaydigan sanitariya-epidemiya qarshi (profilaktika) chora-tadbirlarni ishlab chiqish va amalga oshirish maqsadida epidemik jarayonning dinamikasini (kasallanishning ko'p yillik va yil ichidagi tahlilini o'z ichiga olgan), uning tarqalishiga ta'sir qiluvchi omillar va sharoitlarni, aholini immunizatsiya bilan qamrab olishni, immunitet holatini, qo'zg'atuvchining aylanishini uzluksiz kuzatishdir.

Quyidagilar GB ustidan epidemiologik nazoratning vazifalari hisoblanadi:

- GB tarqalish ko'lamini va tavsifi, uning ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatini xolisona baholash;
- epidemik jarayonning rivojlanish tendensiyalarini aniqlash;
- kasallanish darajasi va infeksiya xavfi yuqori bo'lgan ma'muriy hududlar, aholi punktlarini aniqlash;
- kasallik rivojlanishi xavfi yuqori bo'lgan kontingentlarni aniqlash;
- hududda GB bilan kasallanish darajasi va tuzilishini belgilovchi sabablar va sharoitlarni aniqlash;
- vaksinoprofilaktikaning immunologik va epidemiologik samaradorligini baholash;
- amalga oshirilayotgan profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni tuzatish va rejalashtirish maqsadida ularning sifati va samaradorligini nazorat qilish va asosli baholash;
- epidemiologik vaziyatning rivojlanish bashoratlarini ishlab chiqish.

Profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlar

VGB profilaktikasi virus manbalari, yuqish yo'llari va omillari, shuningdek, moyil aholi, shu jumladan xavf guruhidagi shaxslarga nisbatan kompleks ravishda amalga oshirilishi kerak.

VGB, mikst-gepatit tashxisi qo'yilgan bemorlar kasallikning o'tkir davrida yoki zo'rayish davrida yuqumli kasalliklar bo'limiga yotqiziladi. Davolash-profilaktika muassasasiga murojaat qilgan VGB bilan kasallangan shaxslar aniqlanganda, bemorlar tibbiyot xodimi tomonidan tashxisni aniqlash, kasalxonaga yotqizish va dispanser hisobiga qo'yish masalasini hal qilish uchun yashash joyidagi yuqumli kasalliklar shifokoriga yuboriladi. Noinfeksion yo'nalishdagi muassasalarda statsionar davolanishda bo'lgan VGB bilan kasallangan bemorlar aniqlanganda, ularga tashxis qo'yish, yuqumli kasalliklar shifoxonasiga o'tkazish yoki zarur terapiyani tayinlash masalasini hal qilish uchun yuqumli kasalliklar shifokori maslahatini ta'minlash zarur.

Barcha yangi tugʻilgan chaqaloqlar milliy profilaktik emlash kalendariga muvofiq gepatit B ga qarshi emlanadi.

Barcha homilador ayollar roʻyxatga olishda va homiladorlikning 32-haftasida HBsAg tekshiruvidan oʻtishlari kerak.

Agar homilador ayolda (tugʻgan ayolda) VGB (HBsAg) markeri aniqlansa, u holda undan tugʻilgan bolalarni tugʻruqdan keyin 3-12 soat ichida emlash zarur.

Emlash xonasida musbat HBsAg aniqlangan ayollar roʻyxati boʻlishi kerak.

Shuningdek, hududiy SEOvaJSXda HBsAg tashuvchi barcha homilador ayollarning roʻyxat tarkibi boʻlishi kerak.

Parenteral gepatitni shifoxona ichida yuqtirishning har bir holati aybdorlarni intizomiy, maʼmuriy yoki jinoiy javobgarlikka tortgan holda majburiy ravishda tekshirilishi lozim.

Epidemiologik tekshiruv oʻtkazishda ushbu DPMning markazlashtirilgan sterilizatsiya boʻlimi faoliyati, bemor yotgan joyda sanitariya-epidemiya qarshi va sterilizatsiya rejimiga rioya qilinishi albatta tekshiriladi. Agar bemor qon yoki uning preparatlarini olgan boʻlsa, ushbu markaz, qon quyish stansiyasi (boʻlimi) ni tekshirish zarur.

Respublikaning har bir hududiy SEOvaJSXda xizmat koʻrsatish hududida joylashgan barcha davolash-profilaktika muassasalari boʻyicha elektron kartoteka yuritiladi. Ushbu kartotekalarga VGB, VGC bilan kasalxona ichi infeksiyalanishi taxmin qilingan maʼlumotlar kiritiladi (bemorning F.I.O., qaysi boʻlimda va qanday muolajalar olganligi, boʻlimda boʻlgan sanalari, qachon VGB bilan kasallanganligi, VGC qachon HBsAg, anti-HCV ajratilganligi koʻrsatiladi).

Agar zararlanish ushbu tuman (shahar) tashqarisida joylashgan davolash-profilaktika muassasasida sodir boʻlgan boʻlsa, u holda ushbu davolash-profilaktika muassasasiga epidemiologik tekshiruv natijalari koʻrsatilgan holda rahbar nomiga maʼlumot yuboriladi, nusxasi esa VGB, VGC tarqalishining oldini olish boʻyicha shoshilinch choralar koʻrish uchun SEOvaJSX hududiy organi rahbariga yuboriladi. Viloyatlar (shaharlar, tumanlar) oʻrtasidagi aniq bogʻliqlikni taʼminlash uchun, taxmin qilinayotgan infeksiya tarqalgan joy haqida maʼlumot olgandan soʻng va

tekshiruv natijalariga ko'ra, javobni bemorning yashash joyidagi SEOvaJSXga yuborish zarur.

Ushbu infeksiyaga qarshi emlangan odamlarda VGB holatlarini tekshirishga alohida e'tibor qaratilmoqda. Epidemiologik tekshiruvda tug'ayotgan ayolning xaritasi o'rganiladi, tug'ruqdan oldin u HBsAg uchun tekshirilganmi yoki yo'qmi. Chaqaloq VGB ga qarshi emlanganmi va qaysi muddatlarda. Bemorning ambulatoriya kartasini, gepatit B ga qarshi hamma emlashlarni o'z vaqtida olgan-olmaganligini o'rganish zarur. Epidemiologik tekshiruv xartasida 63-x nusxasi bo'lishi kerak.

VGB, VGC bilan kasallangan har bir bemor uchun hududiy SEOvaJSXda ro'yxat bo'yicha hisobga olish yuritiladi, bunda emlanadigan yoshdagi bolalarda emlash holati, taxmin qilinayotgan yuqish omili va taxmin qilinayotgan infeksiya joyi albatta aks ettiriladi, bunda DPM, sataroshxonada olingan tibbiy muolajalar, aniq tashuvchi (kontakt-maishiy yo'l bilan yuqtirilganda) va boshqalar ko'rsatiladi.

Har oyda VGB va VGC bilan kasallanganlar to'g'risidagi ma'lumotlar keyingi oyning 5-sanasidan kechiktirmay o'sib boruvchi tartibda elektron pochta orqali O'ZR SSV SEOvaJSXBga taqdim etiladi, bunda taxmin qilinayotgan zararlanish omili (yo'li), DPM bo'limi va qanday muolajalar olganligi ko'rsatilishi shart. Agar zararlanish sataroshxona va hokazolarda sodir bo'lgan deb taxmin qilinsa, albatta, tashkilotning nomi va yuridik manzili ko'rsatiladi. Agar kontakt-maishiy yoki jinsiy yuqish yo'li ko'rsatilgan bo'lsa, taxmin qilinayotgan infeksiya manbaini F.I.Sh.ni va unda HBsAg borligini ko'rsatish zarur.

Har chorakda O'zbekiston Respublikasi SEOvaJSXB, viloyatlar SEOvaJSXBlarida VGB, VGC bilan kasallanishning barcha holatlari VGV bilan kasallanish ehtimoli bo'lgan DPM rahbarlarini (bosh shifokor va bo'lim mudiri) taklif qilgan holda shifoxona ichida tahlil qilinadi.

Shifoxona ichida VGB, VGC bilan zararlanish holatlarini ko'rib chiqish bo'yicha komissiya tarkibiga quyidagilar kiradi: Respublika SEOvaJSX, viloyat SEOvaJSX bosh shifokorining epidemiologiya masalalari bo'yicha o'rinbosari, epidemiologiya bo'limi mudiri, DPMda sanitariya-epidemiologiya nazorati va

OIV/OITS profilaktikasi bo'limi mudiri, dezinfeksiya bo'limi mudiri, viloyat bosh infeksionisti.

Tahlil natijalari bo'yicha tegishli qaror qabul qilingan holda bayonnomalar tuziladi. Davolash-profilaktika muassasalarining rahbarlari parenteral virusli gepatitlar qo'zg'atuvchilari bo'lgan viruslar yuqishining oldini olishga doir tadbirlarni tashkil etish va o'tkazish uchun shaxsan javob beradilar.

VGB bilan kasallanganlar bilan muloqotda bo'lgan shaxslarga nisbatan choralar. VGB o'chog'ida kontaktda bo'lgan shaxslar VGB bilan og'rigan bemor (HBsAg tashuvchisi) bilan yaqin aloqada bo'lgan shaxslar hisoblanadi, bunda qo'zg'atuvchining yuqish yo'llari amalga oshirilishi mumkin. O'VGB o'choqlarida bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslarga bemor shifoxonaga yotqizilgan vaqtdan boshlab 6 oy muddatga tibbiy kuzatuv o'rnatiladi. Shifokor ko'rigi 2 oyda 1 marta o'tkaziladi. Birlamchi tashrifda muloqotda bo'lganlarda shifokor ko'rigidan tashqari ALT va HBsAg faolligini aniqlash ham o'tkaziladi. Tekshiruvda HBsAg aniqlangan va ALT miqdori oshgan shaxslar chuqurlashtirilgan klinik-laboratoriya tekshiruvidan o'tkazilib, jigar ultratovush tekshiruvi o'tkazilishi shart. Tibbiy kuzatuv natijalari muloqotda bo'lgan shaxsning ambulatoriya kartasiga kiritiladi. HBsAg uchun laboratoriya tekshiruvi immunoxromatografik tahlil usuli, IFT, zarur hollarda PZR yordamida o'tkazilishi mumkin.

Yiliga kamida bir marta yuqish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar kontingentini VGB va VGC markerlari bo'yicha to'liq tekshiruv bilan qamrab olish, zarur hollarda ularga gepatit B ga qarshi emlashni tavsiya etish lozim. Ijobiy natijalar olinganda tibbiyot xodimlari chuqurlashtirilgan klinik-laborator tekshiruvlardan (jigar UTT, klinik-biokimyoviy tekshiruvlar, bemorlarni PZR usulida laboratoriya tekshiruvlaridan) o'tish uchun vaqtincha ishdan chetlashtiriladi va ularga kasallik varaqasi beriladi.

Salomatlik holatida chetga chiqishlar aniqlangan taqdirda tibbiyot xodimlariga tegishli davolash o'tkaziladi va ular keyinchalik sog'lomlashtiriladi. Klinik-biokimyoviy ko'rsatkichlar normallashtirishdan so'ng, HBsAg va anti- HCV musbat natijalari mavjud bo'lganda, tibbiyot xodimlari infeksiya tarqalishining oldini olish

chora-tadbirlariga qat'iy rioya qilish sharti bilan asosiy ishga qo'yiladi: barcha invaziv muolajalarda qo'sh qo'lqoplardan foydalanish va hokazo.

Gepatit markerlari (HBsAg, anti-HCV, DNK-HBV, RNK-HCV) bo'lgan barcha tibbiyot xodimlari (birinchi navbatda shifokorlar, hamshiralar) bevosita qon va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va qayta ishlash bilan shug'ullanadigan ishdan chetlashtiriladi va asosiy kasbiy faoliyati bilan bog'liq bo'lmagan ishga o'tkaziladi.

Barcha davolash-profilaktika muassasalarida davolash-profilaktika muassasalari xodimlari tomonidan mikrojarohatlar olish holatlari, teri va shilliq qavatlarga qon va biologik suyuqliklar tushishi bilan bog'liq favqulodda vaziyatlar hisobini yo'lga qo'yish zarur.

Shifoxona ichida VGB bilan zararlanishning oldini olish uchun quyidagi toifadagi bemorlarni HBsAg va anti-HCVga tekshirish zarur:

1. Gemodializ, buyrak transplantatsiyasi, yurak-qon tomir va o'pka jarrohligi, gematologiya markazlari va bo'limlari bemorlari. Kasalxonaga yotqizishdan oldin tekshiriladi.
2. Har qanday surunkali patologiyasi bo'lgan bemorlar (sil, onkologiya, psixonevrologiya va boshqalar). Birlamchi klinik-laborator tekshiruv jarayonida va keyinchalik ko'rsatmalarga ko'ra tekshiriladi.
3. Jigarning surunkali shikastlanishi bo'lgan bemorlar (surunkali gepatit, jigar sirrozlari, gepatokarsinoma va boshqalar, gepato-biliar tizimning surunkali kasalliklari), shuningdek ushbu kasalliklarga shubha qilinganda. Birlamchi klinik-laboratoriya tekshiruv jarayonida va keyinchalik ko'rsatmalarga ko'ra tekshiriladi.
4. Narkologik va teri-tanosil dispanserlari, kabinetlari, statsionarlari bemorlari. Hisobga olish paytida va keyinchalik yiliga kamida bir marta, ko'rsatmalar bo'yicha qo'shimcha ravishda tekshiriladi.
5. Rejali jarrohlik aralashuvlari uchun kasalxonalarga yotqizilgan bemorlar. Kasalxonaga yotqizishdan oldin tekshiriladi.
6. Bolalar uylari, bolalar uylari, ixtisoslashtirilgan internatlarning bolalari. Qabul qilinganda va keyinchalik yiliga kamida 1 marta, ko'rsatmalarga ko'ra

qo'shimcha ravishda tekshiruvdan o'tkaziladi

7. GB va GC (HbsAg va anti-VGC bilan markirlangan viruslarning o'tkir va surunkali shakllari va "tashuvchilari") o'choqlarida kontaktda bo'lganlar o'choq aniqlanganda va keyinchalik surunkali o'choqlar uchun yiliga kamida 1 marta tekshiriladi.

Aktiv immunizatsiya

JSST quyidagi odamlar guruhlariga rekombinant HBsAg bilan faol uch dozali yoki to'rt dozali immunizatsiyani tavsiya qiladi:

- 1) barcha emizikli bolalarga;
- 2) yoshidan qat'i nazar, emlanmagan barcha shaxslarga;
- 3) Yuqtirish xavfi yuqori bo'lgan shaxslarga:
 - ko'pincha qon va qon mahsulotlariga muhtoj bo'lgan odamlar, dializ bemorlari, yaxlit organlar transplantatsiyasini oluvchilar;
 - qamoqxonalardagi mahbuslar;
 - inyeksion giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchilar;
 - surunkali gepatit V bilan kasallangan odamlarning oila a'zolari va jinsiy sheriklari;
 - ko'p sonli jinsiy sheriklarga ega bo'lgan odamlar;
 - sog'liqni saqlash xodimlari va ish joyida qon va qon mahsulotlari ta'siriga duchor bo'lishi mumkin bo'lgan boshqa shaxslar;
 - safarda bo'lgan va gepatit V ga qarshi emlash seriyasini tugatmagan odamlar, ular endemik hududlarga yuborilishidan oldin vaksina bilan ta'minlanishi kerak.

Emlashning to'liq seriyasi o'tkazilgandan so'ng, emizikli bolalar, boshqa yoshdagi bolalar va yoshlarning 95% dan ortig'ida antitanachalarning himoya darajasi ishlab chiqariladi. Himoya 20-yil davomida va ehtimol butun umr davomida saqlanib qoladi.

HBsAg "tashuvchisi" bo'lgan, ilgari emlanmagan yoki noma'lum emlash anamneziga ega bo'lgan bemorlar bilan muloqotda bo'lgan shaxslarni VGVga qarshi

immunizatsiya qilish zarur.

Kasallanish xavfi yuqori bo'lgan kontingentni, ayniqsa tibbiyot xodimlari va tibbiyot institutlari, kollej talabalarini emlashga alohida e'tibor qaratish zarur.

Emlanishi lozim bo'lgan tibbiyot xodimlari orasida kasallanish xavfi yuqori bo'lgan kontingentga quyidagi xodimlar kiradi:

- qon bilan ishlash xizmati muassasalari;
- gemodializ bo'limlari;
- yurak-qon tomir va o'pka jarrohligi, gematologiya;
- klinik-dagnostika va biokimyoviy laboratoriyalar;
- jarrohlar, bog'lov, muolaja va emlash xonalari hamshiralari, stomatologlar, urologlar, akusher-ginekologlar, pediatrlar, infeksiionistlar, gastroenterologlar, anesteziologlar va reanimatologlar, shoshilinch yordam mutaxassislari, shuningdek operatsiyalar va boshqa parenteral aralashuvlarni o'tkazish bilan bog'liq shaxslar;
- tez yordam stansiyalari va bo'limlari, prozektorlik.

Virusli gepatit C

Etiologiyasi S virusli gepatitning qo'zg'atuvchisi [Flaviviridae](#) oilasiga mansub virusdir. Bu RNK saqllovchi virusning o'lchami 30-60 nm bo'lib, yetarlicha murakkab tuzilishga ega.

HCV virus zarralari qobiqqa ega bo'lib, qonda juda kam miqdorda uchraydi va past zichlikdagi lipoproteinlar va gepatit C virusi oqsillariga antitanalar bilan bog'liq. Lipoproteinlar va anti-HCV antitanalari bilan komplekslardan ajratilgan viruslar diametri 60-70 nm. Elektron mikroskopik tekshiruvda virion yuzasida 6-8 nm balandlikdagi yaxshi ifodalangan bo'rtiqlar aniqlandi.

Bugungi kunda virusning 8 ta genotipi ma'lum, ular 100 dan ortiq kichik turlarga

bo‘linadi.

Infeksiya manbai - o‘tkir va surunkali VGCning barcha shakllari bilan og‘rigan bemorlar kasallik qo‘zg‘atuvchisining manbalari bo‘lib, ular orasida simptomtsiz yoki kam simptomli sariqlik bo‘lmagan shaxslar asosiy ahamiyatga ega.

Qo‘zg‘atuvchining yuqish mexanizmi - parenteral. VGC bilan zararlanish infeksiyaning sun‘iy va tabiiy yo‘llari orqali amalga oshirilishi mumkin. Sun‘iy yo‘l bilan virus odam qoniga gemotransfuziya yoki parenteral muolajalar (inyeksiyalar, abortlar, emlashlar, stomatologik muolajalar va boshqalar) paytida kiradi. VGS ning tabiiy yuqish yo‘llari qon orqali va kamroq darajada organizmning boshqa biologik suyuqliklari orqali amalga oshadi. VGC RNKsi so‘lak, siydik, urug‘ va assit suyuqligida topilishi mumkin. Biroq, jinsiy aloqa paytida gepatit C bilan kasallanish ehtimoli [gepatit B](#)ga qaraganda ancha past va minimal ko‘rsatkichlarga olib keladi.

Qo‘zg‘atuvchining maishiy hayotda, getero- va gomoseksual aloqalarda, infeksiyalangan onadan yangi tug‘ilgan chaqaloqqa o‘tishi mumkin, ammo VGB ga qaraganda ancha kamroq amalga oshiriladi.

Epidemik jarayonning tavsifi. VGC gepatit B ga o‘xshab hamma joyda tarqalgan, lekin notekis tarqalgan. Ma’lumotlarga ko‘ra, dunyoda HCB bilan kasallangan 500 millionga yaqin odam bor. Ularning taxminan yarmida infeksiya qo‘zg‘atuvchisining yuqish yo‘li noma’lum.

VGCda yashirin davr 2 haftadan 26 haftagacha (o‘rtacha 6-8 hafta) davom etadi.

VGC qo‘zg‘atuvchisi posttransfuzion gepatitning asosiy etiologik omillaridan biri hisoblanadi. Gemofiliya bilan og‘rigan kasallarda infeksiya ko‘p uchraydi. Donorlar, konservalangan qon va uning hosilalarini VGC uchun tekshirish majburiy hisoblanadi.

VGC o‘choqlarida profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlar

VGC o‘choqlarida infeksiya tarqalishining oldini olish bo‘yicha profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o‘tkazish inkubatsion davrning davomiyligi va bemor bilan muloqot darajasiga bog‘liq.

VGC asosan simptomtsiz kechganligi sababli o‘choqlarda bemor bilan muloqotda bo‘lgan va kasallikni yuqtirish ehtimoli bo‘lgan shaxslar soni yuqori

ko'rsatkichlarga yetishi mumkin. Shu bilan birga, yashash (turish) joylarida ham, aholiga maishiy xizmat ko'rsatish joylarida ham soqol olish dastgohi, tish cho'tkalari, manikyur va pedikyur to'plamlari kabi kundalik buyumlar, shuningdek, tatuirovka uchun ishlatiladigan asboblarning infeksiya yuqish omillari bo'lishi mumkin. Epidemik jarayonni amalga oshirishda kasalxona ichi infeksiyasi muhim o'rin tutadi.

Shundan kelib chiqib, VGB va VGCda profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar 3 yo'nalishda olib boriladi:

1. Uy sharoitida va uyushtirilgan o'choqlarda tadbirlar individual gigiyena qoidalarini, ya'ni individual tish cho'tkalari, soqol olish dastgohlari, manikyur - pedikyur to'plamlari va boshqalardan foydalanishni o'z ichiga oladi. O'choqlarda epidemiologik tekshiruv o'tkazishda yuqorida ko'rsatilgan predmetlardan umumiy foydalanish holatlari aniqlansa, u holda muloqotda bo'lganlar ro'yxati tuziladi va laboratoriya tekshiruvi uchun infeksiya kabinet shifokoriga beriladi va keyinchalik dispanserizatsiya qilish maqsadida zarur bo'lganda dispanser hisobiga olinadi.
2. Maishiy xizmat ko'rsatish obyektlarida manikyur, pedikyur to'plamlari va tatuirovka asboblari soni yo'riqnomaga muvofiq dezinfeksiya qilinadigan kunlik mijozlar soniga (o'rtacha) mos kelishi kerak yoki xizmat ko'rsatishda mijozlarning shaxsiy to'plamlaridan foydalanish kerak.
3. Davolash-profilaktika muassasasida VGC aniqlanganda, yuqish yo'llarini uzishga qaratilgan chora-tadbirlar VGB bilan bir xil. Anti-HCV aniqlangan donorlar umrbod donorlikdan chetlashtiriladi.
4. O'VGC o'choqlarida bemor bilan muloqotda bo'lgan shaxslarga bemor shifoxonaga yotqizilgan vaqtdan boshlab 6 oy muddatga tibbiy kuzatuv o'rnatiladi. Shifokor ko'rigi 2 oyda 1 marta ALAT faolligini aniqlash va anti-HCB ni aniqlash bilan o'tkaziladi. Birinchi tekshiruvda himoya konsentratsiyasidagi anti-HCB aniqlangan shaxslar keyingi tekshiruvdan o'tkazilmaydi. Tekshiruv paytida anti-HCB va ALT miqdorining oshishi aniqlangan shaxslar jigar ultratovush tekshiruvi bilan chuqurlashtirilgan klinik va laboratoriya tekshiruidan o'tishlari kerak. Tibbiy kuzatuv natijalari

bemorning ambulatoriya kartasiga kiritiladi.

Virusli gepatit D

Etiologiyasi Gepatit D qo'zg'atuvchisi-Togaviridae oilasiga mansub Deltavirus avlodiga mansub nuqsonli RNK tutuvchi virus. U faqat bemorlardan ajratiladi,

Gepatit D qo'zg'atuvchisining nuqsoni uning yuqishi, ko'payishi va gepatit B virusining mavjudligiga to'liq bog'liq. Shunga ko'ra, gepatit D virusi bilan monoinfeksiya mutlaqo mumkin emas. Gepatit D virusi virionlari sferik shaklda, diametri 35-37 nm. Virus genomi bir ipli halqasimon RNK molekulasini hosil qiladi, bu esa gepatit D virusini viroidlarga yaqinlashtiradi. Uning ketma-ketligi gepatit B qo'zg'atuvchisining DNKsi bilan o'xshash emas, ammo gepatit D virusining superkapsidi gepatit B virusining HBsAg ning sezilarli miqdorini o'z ichiga oladi.

Infeksiya manbai o'tkir va surunkali VGD bilan og'rigan bemorlar, virus tashuvchilar, shuningdek, anti-HDV tashuvchilar hisoblanadi, chunki ma'lumki, anti-HDV bilan og'rigan odamlarda bir vaqtning o'zida RNK-NDV aniqlanishi mumkin.

Qo'zg'atuvchini o'tkazish mexanizmi. HDV ning yuqishi xuddi VGB dagidek (parenteral, jinsiy yo'l bilan, onadan homilaga) sodir bo'ladi. Delta-infeksiyaga VGB bilan kasallanmagan shaxslar (ya'ni anti-HBs bo'lmagan), shuningdek, gepatit B virusini tashuvchilar (sog'lom HBsAg tashuvchilari va surunkali VGB bilan kasallanganlar) moyil bo'ladi. Delta-infeksiya sporadik tarzda ham, avj olish ko'rinishida ham paydo bo'ladi. Kasallikning klinik belgilari namoyon bo'lishidan oldin bemor qoni ayniqsa yuqumli bo'ladi. Kasallik boshlanganidan keyin virusemiya keskin pasayadi, garchi surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlar ham yuqumli bo'lsa-da.

Epidemik jarayonning tavsifi. NDV infeksiyasi keng tarqalgan. Dunyoning turli mintaqalarida NDV sirkulyatsiyasining intensivligi sezilarli darajada o'zgarib turadi, lekin umuman olganda, mutlaqo aniq bo'lmasa-da, VGB bilan bog'liq vaziyatni takrorlaydi. O'tkir gepatitlarda NDVga qarshi antitanalar turli hududlarda 2-7% bemorlarda, surunkali gepatitlarda esa 9-50% bemorlarda ajraladi.

Profilaktikasi. VGB bilan kasallanishni kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuasi bir vaqtning o'zida VGD tarqalishini cheklaydi. Donor qonini HBsAg uchun skrining qilish posttransfuzion hepatit delta xavfini minimallashtiradi, ammo uni butunlay istisno qilmaydi. VGBga qarshi emlash natijasida yoki ilgari o'tkazilgan HBV infeksiyasi natijasida hosil bo'lgan HBsAg (anti-HBs) antitanalari delta- infeksiyadan himoya qiladi.

Parenteral hepatitlarning oldini olish

Qon va uning tarkibiy qismlari quyilganda yuqadigan virusli hepatitlar shartli ravishda "transfuziyadan keyingi hepatitlar" (TKG) guruhiga birlashtiriladi.

Transfuziyadan keyingi hepatitlar profilaktikasining asosi infeksiya manbalarini o'z vaqtida aniqlash, donorlarni tanlashda, donor qonini tarkibiy qismlar va preparatlarga tayyorlash va qayta ishlashda, saqlash va davolash-profilaktika muassasalariga quyish uchun berishda, gemotransfuziya, plazma transfuziyasi, organ va to'qimalarni ko'chirib o'tkazish operatsiyalarida qon va uning tarkibiy qismlarining xavfsizligi va sifatini ta'minlash uchun epidemiyaga qarshi rejim talablariga rioya qilishdir.

Surunkali virusli hepatit (SVG) o'choqlarida profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlar

Virusli hepatitlarning birinchi marta aniqlangan surunkali shakllari bilan og'rigan bemorlar SEOvaJSXga majburiy ro'yxatga olinishi kerak va ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, odatda, yuqumli kasalliklar shifoxonalariga yotqiziladi.

SEOvaJSXshifokor-epidemiologi uyushgan jamoalarda va uy o'choqlarida birinchi marta aniqlangan surunkali virusli hepatitning har bir holatini epidemiologik tekshiruvdan o'tkazadi. Uydagi o'choqlarni epidemiolog yordamchilari tomonidan tekshirishga ruxsat etiladi.

MTMda muloqotda bo'lgan bolalar 6 oy davomida o'choq chegaralarida xodimlar tomonidan shifokor ko'rigidan o'tkazilib, manbani izolyatsiya qilgandan

so'ng darhol, keyin esa har oyda tibbiy kuzatuvdan o'tkaziladi.

Muloqotda bo'lganlarni laboratoriya tekshiruvi SVG o'chog'i chegaralarida HBsAg, anti-HCV (jigarning surunkali shakllanishiga olib kelgan qo'zg'atuvchiga qarab), shuningdek bemor ro'yxatdan o'tkazilgandan so'ng darhol ALT faolligiga, keyinchalik tekshiruv natijalari asosida epidemiolog tomonidan belgilangan muddatlarda o'tkaziladi. Shuningdek, yashash joyidagi poliklinikaga SVGga gumon qilingan guruhdan ajratib qo'yilgan va B, C gepatit viruslari hamda aralash SVG "tashuvchilari" bo'lgan bolalar haqida xabar beriladi.

Oilaviy SVG o'choqlarida va HBsAg, anti-HCV "tashuvchilari" bilan muloqotda bo'lganlar tibbiy ko'rikdan o'tkazilishi kerak va o'choq aniqlanganda va keyinchalik muloqotda bo'lgan shaxslarda erta infeksiyani aniqlash uchun yiliga kamida 1 marta HBsAg, anti-HBs va anti-HCV (qo'zg'atuvchining turiga qarab) tekshiriladi. Agar kontaktda bo'lganlarda HBsAg, anti-HBs va anti-HCV aniqlansa, ular chuqurlashtirilgan klinik-epidemiologik tekshiruv uchun yuqumli kasalliklar xonasiga yuboriladi. Birinchi tekshiruvda himoya konsentratsiyasida anti-HBs, anti-NSV aniqlangan shaxslar keyingi tekshiruvdan o'tkazilmaydi. Infeksiya manbai mavjud bo'lgan butun davr mobaynida o'choq ustidan dinamik kuzatuv olib boriladi. SVG o'chog'iga umumiy tibbiyot tarmog'i xodimlari, shuningdek, hududiy SEOvaJSX epidemiologi tomonidan tashrif yarim yilda bir marta amalga oshiriladi.

HBsAg "tashuvchisi" bo'lgan, ilgari emlanmagan yoki emlash anamnezi noma'lum bo'lgan SVGB bilan kasallangan bemor bilan muloqotda bo'lgan barcha shaxslar SVGBga qarshi emlanadi.

Gepatit B, C viruslarini "tashuvchi" va virusli gepatitlarning surunkali shakllari bilan og'rigan barcha bolalar tegishli yo'nalishdagi ixtisoslashtirilgan maktabgacha tarbiya muassasalariga yuboriladi.

SVG bilan og'rigan homilador ayollar yuqumli kasalliklar shifoxonalariga, tug'gan ayollar, SVG bilan og'rigan va HBsAg, anti-NSV tashuvchi ayollar esa viloyat (shahar) tug'ruq komplekslari (perinatal markazlar) izolyatorlariga qat'iy epidemiyaga qarshi rejimni ta'minlagan holda yotqizilishi shart.

SGV bilan kasallangan onalardan tug'ilgan chaqaloqlar profilaktik

emlamlarning milliy kalendariga muvofiq dastlabki 3-12 soat ichida SGV ga qarshi emlanadi.

14 yoshgacha bo'lgan HBsAg "tashuvchilari" bo'lgan bolalarda emlash holati o'rganiladi, ma'lumotlar epidemiologik tekshiruv xaritasida aks ettirilishi shart. 14 yoshgacha bo'lgan barcha HBsAg "tashuvchilar" uchun hududiy SEOvaJSXda xuddi VGVdagi kabi shakl bo'yicha ro'yxatga olish ishlari olib boriladi.

"VIRUSLI GEPATITLARDA DEZINFEKSIYA TADBIRLARINI TASHKIL ETISH VA O'TKAZISH"

Dezinfeksiya tadbirlari. Dezinfeksiya tadbirlari virusli hepatitlar qo'zg'atuvchisining yuqish mexanizmini uzishga va yuqumli omillarni zararsizlantirishga qaratilgan. Joriy va yakuniy dezinfeksiya virusli hepatit o'choqlarida o'tkaziladi va tashqi muhit, uy-ro'zg'or buyumlari, kiyim-kechaklar va boshqalarda odamning yuqumli kasalliklari qo'zg'atuvchilarini zararsizlantirishga qaratilgan.

Joriy dezinfeksiya -bu bemorlar tomonidan tashqi muhitga ajratilgan virusli hepatit qo'zg'atuvchilarini yo'q qilishdir. Joriy dezinfeksiya epidemik ahamiyatga ega obyektlarda sanitariya-gigiyena tadbirlari majmuasi bilan birgalikda amalga oshiriladi.

Yakuniy dezinfeksiya virusli hepatit o'choqlarida bemor kasalxonaga yotqizilgandan so'ng, sog'aygandan so'ng, vafot etgandan so'ng yoki dispanserizatsiya muddati tugagandan so'ng o'tkaziladi. Yakuniy dezinfeksiya SEOvaJSX dezinfeksiya bo'limi, dezinfeksiya stansiyasi tomonidan amalga oshiriladi.

Bemor shifoxonaga yotqizilishidan oldin aniqlanganda, u alohida xonaga yoki uning to'sib qo'yilgan qismiga ajratiladi, unga qat'iy individual foydalanish uchun buyumlar ajratiladi: ko'rpa-to'shaklar, ichki kiyimlar, sochiqlar, dastro'mollar, salfetkalar, shaxsiy gigiyena buyumlari, ovqatlanish uchun idishlar, ajralmalarni yig'ish va zararsizlantirish uchun idishlar va boshqalar.

Virusli gepatit bilan ogʻrigan bemor aniqlangan vaqtdan boshlab, kasalxonaga yotqizishdan oldin va keyin oʻchoqda joriy va yakuniy dezinfeksiya oʻtkaziladi. Uyda dezinfeksiyaning fizik va mexanik usullari mikroblarga qarshi taʼsir koʻrsatuvchi yuvuvchi va dezinfeksiyalovchi vositalar (Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligida roʻyxatdan oʻtkazilgan) yordamida oʻtkaziladi. Dezinfeksiyani oilaviy shifokor (uchastka shifokori) tashkil etadi, oʻchoqda yashovchi shaxslar amalga oshiradi, yoʻl-yoʻriqni esa tibbiyot xodimlari oʻtkazadi.

Bemorning ichki kiyimlari qaynagan paytdan boshlab 15 daqiqa davomida 2% li sovun-sodali eritmada yoki har qanday yuvish vositasining eritmasida (bir litr suvga 20 g) qaynatiladi va keyin yuviladi.

Idishlar, oʻyinchoqlar (plastmassadan tashqari) 2% li ichimlik sodasi eritmasida qaynab chiqqandan boshlab 15 minut qaynatiladi. Plastmassa oʻyinchoqlar issiq 2% li soda eritmasi yoki sovun bilan yuviladi, soʻngra qaynoq suvga solinadi.

Bemorning ajralmalari (najas, siydik, qusuq massalari) quruq xlorli ohak yoki kalsiy gipoxlorit (GK) 200g/kg nisbatda 30 daqiqaga sepiladi, shundan soʻng kanalizatsiyaga yoki hovli hojatxonasiga toʻkiladi. Agar ajralma tarkibida namlik kam boʻlsa, u holda 1:4 nisbatda suv qoʻshiladi; shuningdek, bemordan keyin ovqat qoldiqlari bilan tushadi.

Ajralma tushgan idishlar boʻshatilgandan soʻng eritmalardan birida zararsizlantiriladi: 3% xloramin yoki xlorli ohak eritmasida, 1% GK eritmasida 30 daqiqa davomida yoki 1% xloramin yoki xlorli ohak eritmasida, 0,5% GK eritmasida 30 daqiqa davomida (zamonaviy dezinfeksiyalovchi vositalar tasdiqlangan yoʻriqnoma asosida qoʻllaniladi: natriy gipoxlorit, xlorotsid, antiseptin-OP, ekstradez va boshqalar), keyin tashqi va ichki tomondan oqar suv bilan yuviladi.

Pollar issiq 2% sovun yoki soda eritmasi yoki har qanday yuvish vositasi eritmasi bilan artiladi. Agar kemandagi narsalar polga tegib ketsa, bu joyga 3% xloramin quyiladi. Alohida ajratilgan latta bilan hojatxona eshiklarining tutqichlari, ishga tushirish bakchasi tozalanadi.

Tozalash inventarlari (boʻz, mochalkalar) 2% li soda eritmasida yoki har qanday yuvish vositasining eritmasida qaynab chiqqan paytdan boshlab 15 daqiqa davomida

qaynatiladi.

Ko'rpa-to'shaklar ifloslanishiga qarab, lekin haftada kamida 1 marta almashtiriladi; gilamlar va gilam yo'lkalari 1% xloramin eritmasida namlangan cho'tka bilan tozalanadi yoki karantin davrida yig'ishtirib qo'yiladi.

Pashshalarning xonaga kirishiga yo'l qo'yilmaydi. Derazalar, fortochkalar to'rlanadi, yopishqoq lentalar va boshqa insektitsidlar ishlatiladi.

Bemor kasalxonaga yotqizilgandan so'ng yakunlovchi dezinfeksiya o'tkaziladi. Bemorning ajratmalari, idish-tovoq, ichki kiyimlar xuddi hozirgi dezinfeksiyadagidek dezinfeksiya qilinadi. Pollar, eshiklar, karavot, mebellar nam usulda dezinfeksiya qilinadi. Joyida zararsizlantirib bo'lmaydigan ko'rpa-to'shak va buyumlar kamerali dezinfeksiya qilinadi. Hojatxona dezinfeksiya qilinadi. Dezinfeksiyaga qo'shimcha ravishda pashshalarga qarshi kurash choralari ko'riladi.

O'choqda gepatit A va E bilan kasallanishga shubha qilinganda, SSVEBning dezinfeksiya bo'limlari (bo'limlari), davolash muassasalarining dezinfektorlaridan tashqari, dezinfeksiya SEOvaJSX xodimi yoki davolash muassasasining dezinfektori rahbarligida o'tkazilishi mumkin:

- DPM tibbiyot xodimlari tomonidan;
- bolalar ta'lim muassasalarining tibbiyot xodimlari;
- aholi tomonidan (aholisi kam bo'lgan obodonlashtirilgan kvartiralarda yoki o'z uylarida). Yakuniy dezinfeksiya o'tkazish uchun ariza bemor izolyatsiya qilingandan, kasalxonaga yotqizilgandan yoki bemorni aniqlagan tibbiyot xodimi tomonidan tashxis o'zgartirilgandan so'ng 24 soat ichida hududiy SSEB, shahar dezinfeksiya stansiyasiga beriladi.

Tashkil etilgan VGA va VGE o'choqlarida (maktablar, MTM, maktab-internatlar va boshqalar) oxirgi bemor izolyatsiya qilingan paytdan boshlab 35 kun davomida karantin o'rnatiladi. Dezinfeksiya tadbirlarining bajarilishi uchun mansabdor shaxslar (muassasa rahbari, shifokor va bosh hamshira) shaxsan javobgardirlar. Sanitariya-epidemiya qarshi rejim talablarini bajarmaganlik uchun mansabdor shaxslar O'zbekiston Respublikasi qonunlariga muvofiq intizomiy, ma'muriy va jinoiy javobgarlikka tortiladi.

Yakuniy kamerali dezinfeksiya MTMda bir vaqtning o'zida yoki ketma-ket bir-biri bilan bog'liq bo'lgan VGA va VGE holatlari, shuningdek, oilaviy o'choqlarda guruhli kasalliklar paydo bo'lganda (3 va undan ortiq bemorlar) o'tkaziladi.

Qolgan virusli gepatit o'choqlarida kamerali dezinfeksiya o'tkazish majburiy emas.

Bolalar ta'lim muassasalarida virusli gepatitga shubha qilingan bemor kasalxonaga yotqizilgunga qadar aniqlanganda, shuningdek, oxirgi bemor izolyatsiya qilingan paytdan boshlab 35 kunlik kuzatuv davomida bolalar muassasasi xodimlari joriy dezinfeksiya o'tkazadilar. Qolgan guruhlarda bu davrda sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi rejimlarning bajarilishi ustidan nazorat kuchaytiriladi.

SEOvaJSX dezinfeksiya bo'limi shifokor-dezinfektori yoki epidemiolog yordamchisi, SEOvaJSX epidemiologi bolalar muassasasi tibbiyot xodimlariga (shifokor, hamshira) dezinfeksiya tadbirlarining davomiyligi va hajmi to'g'risida yo'l-yo'riq beradi, maxsus ko'rsatma qoldiradi.

Bolalar muassasasining shifokori, tibbiyot hamshirasi enagalar, tarbiyachilar, oshxona, kir yuvish xonasi xodimlari va boshqalarga karantin davrida dezinfeksiya tadbirlarini o'tkazish bo'yicha yo'l-yo'riqlar beradi va ularni o'qitadi.

Guruhda bemor aniqlanganda dezinfeksiya tadbirlari o'tkaziladi. Gilamlar, gilam yo'lkalari, yumshoq o'yinchoqlar, pardalar mexanik va fizik usullar bilan dezinfeksiya qilinadi. Binolar va ularga tutash hududlarda pashshalarga qarshi kurash olib boriladi.

Butun karantin davrida oshxona va choy idishlari, ularni yuvish uchun latta-puttalar, stollar va boshqa buyumlar zararsizlantiriladi. Pol, mebel, deraza tokchasi, eshik tutqichlari, jo'mraklar va aralashtirgichlar kuniga kamida 2 marta dezinfeksiyalovchi eritmada ho'llangan latta bilan artiladi. Krovatlarning suyanchig'i har kuni, ish kuni oxirida yuvish eritmasi qo'shilgan iliq suvga ho'llangan latta bilan artiladi.

Bolalar muassasasi rahbari, shifokor va hamshira dezinfeksiya tadbirlarining bajarilishi uchun shaxsan javobgardir.

Maktabda yakuniy dezinfeksiya VGAning yagona holatlarida, guruhli

kasalliklarning paydo bo'lishida (3 va undan ortiq holatlarda) va takroriy holatlarda maktabning texnik xodimlari SEOvaJSX dezinfektsiya bo'limi tavsiyalariga ko'ra o'tkaziladi.

Bemor aniqlangan sinf xonalari va jihozlari, bufetlar, oshxona, sanitariya uzellari, yo'laklar, sport zali va musiqa sinflari, ustaxonalar, o'quv xonalari va boshqa umumiy foydalanish joylari zararsizlantiriladi.

Virusli hepatitlar bo'yicha nosog'lom maktablarda doimiy ravishda (kasallik holatlaridan qat'iy nazar) dezinfektsiya tadbirlari o'tkaziladi. Hojatxonalarning eshik tutqichlari, unitazlarning tushirgichlari, vodoprovod jo'mraklari va aralashtirgichlar dezinfektsiyalovchi eritmaga (1% li xlorli eritma va ilova qilinayotgan yo'riqnomaga muvofiq respublika hududida qo'llashga ruxsat etilgan boshqa dezinfektsiyalovchi vositalar) ho'llangan latta bilan bir smenada 3-4 marta artiladi. Sinf eshiklarining tutqichlari, zinapoya panjaralari xonalarni nam tozalash paytida kuniga 2 marta dezinfektsiyalovchi vositalar yordamida artiladi. Bu davrda bolalar maktabni tozalashga jalb qilinmaydi.

So'nggi bemor izolyatsiya qilingan kundan boshlab 35 kun davomida sanitariya-gigiyena rejimiga rioya qilish va dezinfektsiya tadbirlarining to'g'ri bajarilishiga alohida e'tibor beriladi.

Vodoprovod suvi bo'lmagan yoki aholini sifatli ichimlik suvi bilan ta'minlashda nuqsonlar mavjud bo'lgan hududda joylashgan maktablarda o'quvchilar qaynatilgan suv bilan ta'minlanishi kerak.

Maktablarda dezinfektsiya ishlari sanitariya-gigiyena va epidemiyaga qarshi tadbirlar bilan birgalikda olib boriladi.

Virusli hepatitlar bo'yicha nosog'lom aholi punktlarida, maktablarda profilaktik dezinfektsiya o'tkazish QVP va oilaviy poliklinikalarga yuklatiladi. dezinfektsiya vositalari bilan ta'minlash Xalq ta'limi bo'limi mablag'lari hisobidan amalga oshiriladi. SEOvaJSX markazlari tomonidan joylarda ushbu infeksiyaning oldini olish choralari, shaxsiy gigiyena qoidalariga qat'iy rioya qilish to'g'risida sanitariya-tushuntirish ishlari olib borilishi ta'minlanishi lozim.

Virusli hepatitlarni ro'yxatga olishda - mehmonxonalarda, yotoqxonalarda va

boshqa joylarda yakuniy dezinfeksiya stansiyalari, SSEBiOZ dezinfeksiya bo'limi tomonidan amalga oshiriladi.

DPMda yakuniy dezinfeksiya shu muassasaning tibbiyot xodimlari kuchi bilan amalga oshiriladi. Yakuniy dezinfeksiya uchun ariza bemor kasalxonaga yotqizilgandan so'ng 24 soatdan kechiktirmay SEOvaJSXning dezinfeksiya bo'limlariga beriladi.

Maktabgacha ta'lim muassasalari va maktablarda joriy dezinfeksiya sifatini laboratoriya usullarini qo'llagan holda nazorat qilish dezinfeksiya stansiyalari xodimlari, hududiy SEOvaJSX xodimlari tomonidan yiliga kamida 4 marta va epidemiologik ko'rsatmalar asosida amalga oshiriladi. Joriy va yakuniy dezinfeksiya uchun sifat nazorati u tugallangandan so'ng 30-40 daqiqa o'tgach amalga oshiriladi.

MTM, maktab, DPM va boshqa uyushgan jamoalarda profilaktik dezinfeksiya, dezinseksiya, deratizatsiya o'tkazish uchun shahar va tuman dezinfeksiya stansiyalari bilan shartnoma tuzish zarur.

Maishiy xizmat ko'rsatish muassasalarida (sartaroshxona, manikyur xonalari va boshqalar) virusni yuqtirish omili bo'lishi mumkin bo'lgan barcha asboblari va buyumlar zararsizlantirilishi, tozalanishi va sterilizatsiya qilinishi kerak. Bu buyumlarga ishlov berish va eritmalardan foydalanishga xuddi tibbiyot muassasalaridagi kabi talablar qo'yiladi.

Tibbiy buyumlarni dezinfeksiyalash, sterilizatsiyadan oldingi tozalash va sterilizatsiyalash respublika Sog'liqni saqlash vazirligining amaldagi direktiv hujjatlariga muvofiq amalga oshiriladi.

Virusli gepatit A da rekonvalessentlarni kasalxonadan chiqarish va dispanserizatsiya qilish qoidalari

Bemorning umumiy ahvoli yaxshi bo'lganda, dinamikada jigar hajmi kichrayganda, ALT, AST va bilirubin faolligi me'yordan 2 baravar kamayganda va virusli gepatitlarda boshqa laboratoriya tekshiruvlari ko'rsatkichlari me'yorlashganda kasalxonadan chiqariladi. Virusli gepatitlar bilan kasallangan barcha bemorlar

kasalxonadan chiqqandan so'ng 1 oy o'tgach, davolanish joyidagi yuqumli kasalliklar shifokorida birlamchi dispanser tekshiruvidan o'tadilar. O'VG bilan kasallanib sog'aygan bemorlarni keyingi dispanserizatsiyasi gepatologiya markazlarida yoki hududiy poliklinikalarning yuqumli kasalliklar xonalarida klinik ko'rsatmalar bo'yicha davolovchi shifokorning yozma tavsiyasi bilan amalga oshiriladi, bemorga qo'lga beriladi.

Dispanser kuzatuvi:

- yengil va o'rtacha og'ir shakllari bilan kasallanib o'tganlar (A gepatiti rekonvalessentlari, salomatlik holatida va qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarida o'zgarishlar bo'lmaganda) - 1 oy;
- VGAning og'ir shakli bilan kasallanganlarda (me'yordan og'ishlar saqlanib qolganda) - 3 oy.

Og'ir VGA bilan kasallangan maktab o'quvchilari va talabalar 3 oyga jismoniy tarbiya mashg'ulotlaridan ozod qilinadi. 3 oy davomida og'ir jismoniy mehnat, tungi navbatchiliklar, transportda uzoq vaqt yurish taqiqlanadi, bu VKK orqali rasmiylashtiriladi. Profilaktik emlashlarni klinik sog'ayishdan keyin 6 oy davomida o'tkazish mumkin, rejali operatsiyalar, homiladorlik taqiqlanadi. Dori moddalarining qo'llanilishi iloji boricha cheklangan bo'lishi kerak.

Virusli hepatit E da rekonvalessentlarni kasalxonadan chiqarish va dispanserizatsiya qilish qoidalari

Virusli hepatitlarda umumiy ahvoli yaxshi bo'lganda, jigar hajmi dinamikada kichrayganda, ALAT, AsAT va bilirubin faolligi me'yordan 2 baravar kamayganda va boshqa laboratoriya tekshiruvlari ko'rsatkichlari me'yorlashganda kasalxonadan chiqariladi. Virusli hepatit E bilan kasallangan barcha bemorlar kasalxonadan chiqqandan so'ng 1 oy o'tgach, davolanish joyidagi infeksiyada birlamchi dispanser tekshiruvidan o'tadilar. O'VGE bilan kasallanib sog'ayganlarni keyingi dispanserizatsiyasi gepatologiya markazlarida yoki hududiy poliklinikalarning yuqumli kasalliklar xonalarida klinik ko'rsatmalar bo'yicha davolovchi shifokorning yozma tavsiyasi bilan amalga oshiriladi, bemorga qo'lga beriladi.

Dispanser kuzatuvini olib borilmoqda

- yengil va oʻrtacha ogʻir shakllari bilan kasallanganlarda (sogʻliq holati va qonning biokimyoviy koʻrsatkichlarida oʻzgarishlar boʻlmaganda gepatit E rekonvalessentlari) -1 oy;
- VGEning ogʻir shakli bilan ogʻirgan bemorlarda (meʼyordan ogʻishlar saqlanib qolganda) - 3 oy.

Ogʻir VGE bilan kasallangan maktab oʻquvchilari va talabalar 3 oyga jismoniy tarbiya mashgʻulotlaridan ozod qilinadi.

3 oy davomida ogʻir jismoniy mehnat, tungi navbatchiliklar, transportda uzoq vaqt yurish taqiqlanadi, bu VKK orqali rasmiylashtiriladi. Profilaktik emlashlarni klinik sogʻayishdan keyin 6 oy davomida oʻtkazish mumkin, rejali operatsiyalar, homiladorlik taqiqlanadi. Dori moddalarining qoʻllanilishi iloji boricha cheklangan boʻlishi kerak.

OVGB rekonvalessentlarini kasalxonadan chiqarish va dispanserizatsiya qilish qoidalari

Bemor shikoyatlari boʻlmaganda, umumiy ahvoli yaxshi boʻlganda, dinamikada jigar oʻlchamlari kichrayganda, ALAT, AsAT va bilirubin faolligi meʼyordan 2 barobargacha pasayganda va boshqa laborator tekshiruvlar koʻrsatkichlari meʼyorlashganda, lekin 21 kundan kam boʻlmagan muddatda shifoxonadan chiqariladi.

Barcha OVGB bilan kasallangan bemorlar kasalxonadan chiqqandan soʻng 30 kun ichida statsionardagi infeksiyalar tomonidan birlamchi dispanser tekshiruvidan oʻtkaziladi. OʻVGB bilan kasallanib tuzalganlarni dispanserizatsiya qilish klinik koʻrsatmalar boʻyicha gepatologiya markazlarida yoki hududiy poliklinikalarning yuqumli kasalliklar kabinetlarida davolovchi shifokorning bemor qoʻliga beriladigan yozma tavsiyasi bilan amalga oshiriladi.

ALT, UQT, bilirubinni har 3 oyda oʻtkazish bilan 1 yil davomida dispanser kuzatuvini davomiyligi.

Hisobdan chiqarish:

1. klinik koʻrinishlar boʻlmaganda,

2. biokimyoviy ko'rsatkichlarni normallashtirish,
3. VGV, HBsAg DNK yo'qolishi va antiHBs paydo bo'lishi.

lekin kasalxonadan chiqarilgandan so'ng kamida 1 yil o'tgach va albatta konsultativ ko'rik shaklida rasmiylashtiriladi.

Surunkali gepatit B - gepatit B virusi keltirib chiqaradigan jigarining nekrotik yallig'lanish kasalligi bo'lib, qon yoki qon zardobida 6 oydan ortiq vaqt davomida aniqlanadigan gepatit B virusi yuzaki antigeni (HBsAg) mavjudligi bilan tavsiflanadi **GV virusi mutatsiyalari.** Pre-corecore HBV sohasidagi mutatsiya HBeAg sintezining to'xtashiga olib keladi, ammo bunda anti-HBe sintezlanadi va HBV-DNK replikatsiyasi mavjud bo'lib, bu virusning replikativ faolligini ko'rsatadi.

HBV-genomining pre-SiS-zonasi sohasidagi mutatsiya HBsAg tuzilishidagi o'zgarishlarga olib keladi, bu HBsAg "yovvoyi shtammini" aniqlashga qaratilgan test tizimlari tomonidan tekshirilganda deyarli aniqlanmaydi va virusning qochib ketishiga yordam beradi. Shu bilan birga, GV mutant virusi bilan bog'liq kasallikni tashxislashda anti-HBc-IgM tekshiruvi yordam beradi.

SGB ning o'ziga xos alomatlari yo'q. Aksariyat bemorlarda kasallikning klinik belgilari umuman kuzatilmaydi. SG ning asosiy belgisi sababsiz holsizlik yoki darmonsizlikdir. Ba'zan qorinning o'ng yuqori qismida yoki epigastral sohada og'riq yoki noqulaylik hissi. Replikatsiya bosqichidagi SGB O'GB ga o'xshash bo'lishi mumkin. Bunday vaziyatlarda ko'ngil aynishi, ishtaha yo'qligi, holsizlikning kuchayishi, jigar funksiyalari buzilishi bilan yoki jigar funksiyasi buzilishisiz sariqlik rivojlanishi mumkin. Ko'rikda klinik simptomlar bo'lmasligi yoki gepatomegaliya, palmar eritema, tomir yulduzchalari aniqlanishi mumkin.

O'VGC rekonvalessentlarini kasalxonadan chiqarish va dispanserizatsiya qilish qoidalari

Bemor shikoyatlari bo'lmaganda, umumiy ahvoli yaxshi bo'lganda, dinamikada jigar o'lchamlari kichrayganda, ALAT, AsAT va bilirubin faolligi me'yordan 2 barobargacha pasayganda va boshqa laborator tekshiruvlar

ko'rsatkichlari me'yorlashganda, lekin 21 kundan kam bo'lmagan muddatda shifoxonadan chiqariladi.

Virusli gepatit bilan og'rib o'tganlarning hammasi kasalxonadan chiqqanidan keyin bir oy o'tgach, davolanayotgan joyidagi infeksiionistda birlamchi dispanser tekshiruvidan o'tadi. O'VG bilan kasallanib tuzalganlarni keyingi dispanserizatsiyasi klinik ko'rsatmalar bo'yicha gepatologiya markazlarida yoki hududiy poliklinikalarning yuqumli kasalliklar kabinetlarida davolovchi shifokorning bemor qo'liga beriladigan yozma tavsiyasi bilan amalga oshiriladi.

OVGC dispanserizatsiyasi

O'VGC bilan kasallanib tuzalganlarda 6 oy davomida dispanser kuzatuvini olib boriladi. RNK PZR ni 3 va 6 oydan keyin o'tkazish tavsiya etiladi. VGC RNK 2 marta manfiy bo'lganda bemor rekonvalessent hisoblanadi va hisobdan chiqariladi. VGS RNKsi 6 oydan ortiq saqlangan bo'lsa, bemor surunkali virusli gepatit S bilan og'rigan bemor sifatida davolanadi.

O'VGCdan keyingi tiklanish davrida 3 oy davomida og'ir jismoniy mehnat va sport bilan shug'ullanish taqiqlanadi.

6 oy davomida og'ir jismoniy mehnat, tungi navbatchiliklar, transportda uzoq vaqt yurish taqiqlanadi, bu VKK orqali rasmiylashtiriladi. Profilaktik emlashlarni klinik sog'ayishdan keyin 6 oy davomida o'tkazish mumkin, rejali operatsiyalar, homiladorlik taqiqlanadi. Dori moddalarining qo'llanilishi iloji boricha cheklangan bo'lishi kerak.

Surunkali gepatit bilan og'rigan bemorlarni dispanser kuzatuvini yashash joyidagi poliklinikalarda, KIMda, zarur hollarda gepatologiya markazlariga, yuqumli kasalliklar shifoxonalariga chuqur tekshiruv uchun yuborish bilan amalga oshiriladi.

Nospetsifik profilaktika

- Infeksiyalangan material bilan ishlashda shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish;
- donerlar va qon mahsulotlarini tekshirish;

- tasodifiy jinsiy aloqalardan qochish;

Maxsus profilaktika

1) **Passiv immunizatsiya** bo‘lib o‘tgan yoki ehtimoliy zararlanishdan keyin emlashni boshlash bilan bir vaqtda o‘tkaziladi (zararlangan qonni quyish, zararlangan material bilan ishlashda kesish). Ayniqsa, onalari gepatit B virusi bilan kasallangan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni passiv immunizatsiya qilish muhimdir.

Passiv immunizatsiya uchun tarkibida HBsAg ga qarshi antitelolar ko‘p bo‘ladigan immunoglobulin ishlatiladi (passiv gemagglutinatsiya reaksiyasidagi titri 1:100000 - 1:200000). Bunday immunoglobulin donorlar plazmasidan olinadi, ularning qonida yuqori titrda anti-HBs aniqlanadi. Passiv immunizatsiyaning samaradorligi birinchi navbatda immunoglobulinni yuborish muddatiga bog‘liq bo‘lib, infeksiyadan so‘ng darhol yuborilganda profilaktik ta‘sir 90% ga yetadi, 2 kungacha bo‘lgan muddatda - 50-70%, 5 kundan keyin yuborilganda esa immunoglobulinoprofilaktika deyarli samarasiz bo‘ladi.

2) Aktiv immunizatsiya

JSST quyidagi odamlar guruhlariga rekombinant HBsAg bilan faol uch dozali yoki to‘rt dozali immunizatsiyani tavsiya qiladi:

- 1) barcha emizikli bolalarga;
 - 2) yoshidan qat’i nazar, emlanmagan barcha shaxslarga;
 - 3) Yuqtirish xavfi yuqori bo‘lgan shaxslarga:
- ko‘pincha qon va qon mahsulotlariga muhtoj bo‘lgan odamlar, dializ bemorlari, yaxlit organlar transplantatsiyasini oluvchilar;
 - qamoqxonalardagi mahbuslar;
 - inyeksion giyohvand moddalarni iste‘mol qiluvchilar;
 - surunkali gepatit B infeksiyasi bilan kasallangan odamlarning oila a‘zolari va jinsiy sheriklari;
 - ko‘p sonli jinsiy sheriklarga ega bo‘lgan odamlar;
 - sog‘liqni saqlash xodimlari va ish joyida qon va qon mahsulotlari ta‘siriga duchor bo‘lishi mumkin bo‘lgan boshqa shaxslar;

- safarda bo‘lgan va gepatit B ga qarshi emlash seriyasini tugatmagan odamlar, ular endemik hududlarga yuborilishidan oldin emlanishi kerak.

Emlashning to‘liq seriyasi o‘tkazilgandan so‘ng, emizikli bolalar, boshqa yoshdagi bolalar va yoshlarning 95% dan ortig‘ida antitanachalarning himoya darajasi ishlab chiqariladi. Himoya 20-yil davomida va ehtimol butun umr davomida saqlanib qoladi. Tibbiyot xodimlari va xavf guruhlariga emlashning muvaffaqiyatini tekshirish ko‘rsatilgan. Javob yaxshi bo‘lganda (>100 D/D) 10-yildan keyin revaksinatsiya qilish tavsiya etiladi. Javob bo‘lmaganda (oxirgi emlashdan 4-8 hafta o‘tgach anti-HBs <10 D/D) yoki javob yetarli bo‘lmaganda (<100 D/D) qo‘shimcha emlashga urinish o‘zini oqlaydi. Immunitet tanqisligi bo‘lgan bemorlar, gemodializda bo‘lgan shaxslar va alkogoliklar guruhida javob chastotasi sezilarli darajada kamayadi, bu holda vaksinaning yuqori dozasi maqsadga muvofiqdir.

VGDning nospetsifik profilaktikasi

VGD profilaktikasining umumiy choralari o‘tkir gepatit B ning oldini olish choralariga mos keladi.

- zararlangan material bilan ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo‘lish;
- donorlar va qon mahsulotlarini tekshirish;
- tasodifiy jinsiy aloqalardan qochish yoki prezervativlardan foydalanish;
- bitta ignadan foydalanmaslik.

- maxsus

- 1) passiv immunizatsiya ishlab chiqilmagan
 - 2) faol immunizatsiya gepatit B ga qarshi emlash orqali amalga oshirilishi mumkin.
- HBsAg musbat bo‘lgan bemorlarda HBC-HDV superinfeksiyasining oldini olish uchun HDV infeksiyasining o‘ziga xos passiv yoki faol immunologik profilaktikasi hali ishlab chiqilmagan.

Superinfeksiyaning oldini olish uchun HBsAg tashuvchilari VGDni qanday yo‘llar bilan yuqtirish mumkinligini bilishlari kerak, ayniqsa ijtimoiy sharoitlari noqulay bo‘lgan katta oilalarda (bitta sochiq, soqol olish moslamasi, manikyur buyumlaridan foydalanish va boshqalar). HBsAg tashuvchisining atrofida gilar

ham shuni bilishlari kerak, agar HBsAg bo'lmasa, ular VGBga qarshi emlanishi kerak.

Virusli hepatitlarda dezinfeksiya tadbirlari SanQvaM 0342-17 "Shifoxona ichi infeksiyalari profilaktikasi" ga muvofiq amalga oshiriladi.

N	Zararsizlantirish obyektlari	Zararsizlantirish usuli	Zararsizlantirish vositalari	Gepatit A, E			Gepatit B, C, D tashuvchilik HBs antigeni	
				Yakuniy dezinfeksiya		Joriy yoki karantin dezinfeksiyasi	Joriy dezinfeksiya	
				konse ntr. eritma (%)	zararsizlantirish vaqti (daq.)		konse ntr. rastvora (%)	zararsizlantirish vaqti (daq.)
1.	Bemorning ajralmalari (najas, siydik, qusuq massalari va b.)	Uxlatadilar, aralashtiradilar. Agar ajralmalarda namlik kam boʻlsa, preparat kiritilgandan soʻng 1:4	Quruq xlorli ohak, oqartiruvchi ohak, issiqqa chidamli.	200 g/kg 200 g/kg 200 g/kg 200-250 g/kg	30.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiya dagidek. Karantinli DPU guruhida karantinli deb gumon	200 g/kg 200 g/kg 200 g/kg	30. 30. 30.

		nisbatda suv qo‘shiladi.	neytral kalsiy gipoxlorit Texnik kalsiy gipoxlorit			qilingan ajralmalar zararsizlantir iladi.	200- 250 g/kg	
2.	Ajralmalardan bo‘shagan idishlar (tuvaklar, kemalar, chelaklar, baklar va boshqalar)	Eritmaga botiriladi. Zararsizlantirilgandan keyin suv bilan yuviladi.	Tarkibida xlor bo‘lgan preparatlar	0,5	30.	Oxirgi dezinfeksiya dagi kabi dezinfeksiyalovchi eritmaga botiriladi.	0,5	30.
3.	Bemorning ovqat qoldiqlari, o‘yinchoqlar solingan idishlari (choy, oshxona, qoshiq, vilka va	Eritmaga botiriladi. Zararsizlantirilgandan so‘ng suv bilan yuviladi. Eritmaga botiriladi. Zararsizlantirilgandan keyin suv	Oziq-ovqat sodasi Tarkibida xlor bo‘lgan preparatlar	2,0 0,5	15. 30.	Qaynatiladi yoki yakuniy dezinfeksiya dagi kabi dezinfeksiyalovchi eritmalaridan biriga botiriladi yoki havo sterilizatorlarida 120°C	2,0 0,5 0,5	15. 30. 30.

	boshqalar)	bilan yuviladi.				da 45 daqiqa davomida zararsizlantiriladi. Uy sharoitida idish qaynab chiqqandan boshlab 15 minut davomida 2% li osh sodasi eritmasida qaynatib zararsizlantiriladi.		
4.	Ovqat qoldiqlari, idish-tovoq yuvilgan dan keyingi yuvindi suvlar	Uxlatishadi, aralashtirishadi	Quruq xlorli ohak. Issiqlikka chidamli NGK oqartiruvchi ohak GKT	200 g/kg 200 g/kg 100 g/kg	30. 30. 30.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiya dagidek. Uy sharoitida qaynatiladi	200 g/kg 200 g/kg 100 g/kg 2. 200-25-g/kg	15. 30. 30. 30. 60.
5.	latta, idish-tovoqlar	Qaynatishadi. Eritmaga solinadi,	Oziq-ovqat sodasi. 3-	100 g/kg 200-	30. 60.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiya	2,0	15.

	ni yuvish uchun mochalkalar, stol yuzalari (ovqatlanish uchun)	keyin zararsizlantiriladi, suv bilan yaxshilab chayiladi.	bandda ko'rsatilgan o'shavirusitalar, konsentrat siyalar va zararsizlantirish vaqti	250 g/kg		dagidek. Uy sharoitida qaynatiladi		
6.	Bemorning oqindilar bilan ifloslanmagan ichki kiyimlari (ichki kiyimlar, ko'rpatoshaklari), sochiqlar va boshqalar, doka niqoblar, xodimlar, bemorlarga qarovchi shaxslar	Qaynatishadi. Eritmaga solinadi, bunda 1 kg quruq kiyimga 5 l. sarflash normasi qo'llaniladi, keyin chayiladi va yuviladi.	Sovunsodali (sovunsodali). Har qanday yuvish vositasini eritmasi. Tarkibida xlor bo'lgan preparatlar	2,0 0,5	15. 30.	Xuddi yakuniy dezinfeksiya da bo'lgani kabi uy sharoitida qaynatiladi.	2,0 0,5	30. 30.

	ning sanitariya kiyimlari							
7.	Ajralmalar (qon) bilan ifloslangan ichki kiyimlar	1 kg kirga 5 l hisobidan dez. eritmaga solinadi. So'ngra suvda chayiladi va yuviladi.	Tarkibida xlor bo'lgan preparatlar	0,5	30.	Xuddi yakunlovchi dezinfeksiya dagidek. Uy sharoitida qaynatiladi	0,5	30.
8.	Laboratoriya idishlari (pipetkalar, probirkalar, melanjlar, buyum va qoplagich oynalar, elektrofores oynalari)	Eritmaga to'liq botiriladi. Kanal va bo'shliqlar eritma bilan yuviladi. Zararsizlantirilgandan so'ng, sterilizatsiyadan oldingi tozalash va sterilizatsiya amalga oshiriladi.	Tarkibida xlor bo'lgan preparatlar	0,5	30.			
9.	Bemorlarni	Ko'miladi va aralashtiriladi	O'sha vositalar,			Xuddi yakunlovchi		

	parvarish qilish buyumlari (grelkalar, muz uchun pufakchalari, taglik doiralari), taglik kleyonkalari, matraslar va ifloslangan ichki kiyimlar uchun kleyonkali g'iloqlar, kleyonkali ko'krakpechlar	. Birinchi sterilizatorida (avtoklavda) zararsizlantirish	konsentrat siyalar va zararsizlantirish vaqti 6-bandda			dezinfeksiya dagidek. Uy sharoitida har qanday yuvish vositasining issiq sovunsodali eritmasi bilan yuviladi, so'ngra suv bilan chayiladi.		
10.	Ko'rpato'shaklar (yostiqlar, to'shaklar	Dezkameralarda zararsizlantiriladi. Kamerali dezinfeksiya	Xlorli preparat	0,5		Matraslar taglik kleyonka bilan yopiladi, ifloslangan		

	r, adyollar) . Ustki kiyim, ichki kiyim	bo‘lmasa, eritmalaridan biriga ho‘llangan cho‘tka bilan tozalanadi.				taqdirda u yakuniy dezinfeksiya dagi kabi zararsizlantir iladi (qarang: 9-band)		
11.	Hojatxon alar, tuvakxon alar, kir kiyimlar xonasi, vannalar, unitazlar	Har bir kvadrat metrga 250- 300 hisobidan gidropultdagi eritma bilan yoki ikki marta latta bilan sug‘oriladi.	Tarkibida xlor bo‘lgan preparatla r	0,5	30.	Sovun, soda bilan kuniga kamida 2 marta nam tozalash o‘tkaziladi, so‘nggi dezinfeksiya dagi kabi eritmalaridan biri bilan namlangan latta bilan artiladi.		
12.	Saroy usti sanitariy a qurilmal ari	Har bir kvadrat metrga 0,5 kg hisobidan ko‘zoynak orqali sepiladi. Yog‘och qurilmalar ichidan	NGK quruq xlorli ohak GKT			Xuddi yakuniy dezinfeksiya dagi kabi		

		sugʻorilmoqda						
13.	Flakonlar, kастryulkalar, chelaklardagi qon chiqindilari (laxtalar, zardob va boshqalar)	Koʻmiladi va aralashtiriladi	NGK quruq xlorli ohak GKT				Preparatlar va chiqindilar nisbati 1:5, bu yerda 1-xlor saqllovchi preparat, 5-qon chiqindilari	
14.	Axlat	2:1 nisbatdagi eritma quyiladi	Xlorli ohakning tindirilgan eritmalari, issiqlikka chidamli NGK bilan oqartirilgan ohak GKT xlor-ohakli sut	10,0 5,0 7,0 20,0	120. 120. 60. 60.	Xuddi yakuniy dezinfeksiya dagi kabi	-	

**VABO USTIDAN SANITARIYA-EPIDEMIOLOGIYA NAZORATI
O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGINING 2012-YIL 25-YANVARDAGI 25-SONLI
"O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASIDA VABO BO‘YICHA
EPIDEMIYAGA QARSHI CHORA-TADBIRLARNI
TAKOMILLASHTIRISH TO‘G‘RISIDA"GI BUYRUG‘IGA ASOSAN
AMALGA OSHIRILADI.**

Buyruqda profilaktik chora-tadbirlar keltirilgan, shuningdek vabo o‘chog‘i paydo bo‘lganda O‘zbekiston Respublikasi hududida vaboning epidemik namoyon bo‘lish darajasidan qat’i nazar, ammo bemorlardan (vibro tashuvchilardan) va atrof-muhit obyektlaridan ajratib olingan vabo vibrionlari kulturalarining virulentligi (toksogenligi) ni hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak bo‘lgan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarning tabaqalashtirilgan hajmi belgilangan.

Bundan tashqari, buyruqda hududning sanitariya muhofazasi, epidemik o‘choqda shoshilinch profilaktika, klinika va vabo bilan kasallangan bemorlarni davolash bo‘limlari keltirilgan, eritmalarni peroral va vena ichiga yuborishda birlamchi regidratatsiya uchun hisob-kitoblar berilgan, korrektsiyalovchi terapiyani o‘tkazish uchun bolalarda klinik belgilar bo‘yicha degidratatsiya og‘irligini baholash mezonlari aniqlangan.

VABO PATOGENEZI, KLINIKASI VA DAVOSI.

Vabo vibrionlari odam organizmiga zararlangan suv yoki ovqat bilan og'iz orqali kiradi. Vaboning yuqish ehtimoli va kechish og'irligi vibrionlarning virulentligiga, yuqtiruvchi dozasiga va organizmning moyilligiga bog'liq. Vibrionlarning yuqtiruvchi dozasi juda katta bo'lib, me'daning samarali to'siq funksiyasida 10 va 100 milliard mikrob tanachalaridan iborat bo'ladi. Me'dada mikroblarni saqlab qolish va ularni ingichka ichakka hayotchan holatda o'tkazish imkoniyati me'da shirasining kislotaliligi pasayishi, uning notekis sekretiysasi, tezlashgan peristaltika bilan kechadigan me'da-ichak yo'llarining yo'ldosh kasalliklarida, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish holatlarida, me'da rezeksiyasidan keyin keskin ortadi. Bunday bemorlar uchun vibrionlarning yuqumli dozasi yuz ming marta kamayadi va 1 mln mikrob tanasini tashkil qiladi. Bunday shaxslar vabo bilan tez-tez va og'irroq kasallanadilar. Vabo yuqishidan himoyalanishda oshqozon to'sig'ining yetakchi roli eksperimental tadqiqotlarda isbotlangan. Ingichka ichakning distal bo'limlariga o'tib olgan vibrionlar shilliq pardaga yopishib (adgezionalanib), zo'r berib ko'payadi va vabo toksinini hosil qiladi. Vabo enterotoksini (sinonimlari: ekzotoksin, xolerogen) o'tkir diareya rivojlanishiga sabab bo'lib, dehidratatsiya va elektrolitlar muvozanatining buzilishiga olib keladi. Diareyaning boshlanish mexanizmida ingichka ichak kriptalari epitelial hujayralarining gipersekretiysasi yetakchi o'rin tutadi. Xolerogen adenilatsiklaza fermentining faollashishiga olib keladi, bu esa siklik adenzin monofosfatning to'planishiga olib keladi, bu esa elektrolitlar va suvning gipersekretiysasiga olib keladi. Shu bilan birga, ionlarning so'rilishi juda kam darajada zarar ko'radi, garchi u haddan tashqari sekretiya hajmini qoplay olmasa ham. Natriy ionlarining so'rilishi, ayniqsa, glyukoza qabul qilingan sharoitda tezroq tiklanadi. Ko'rsatilgan patofiziologik mexanizm glyukoza-elektrolit eritmaları bilan og'iz orqali davolash samaradorligining asosini tashkil etadi. Kaliy va bikarbonat ionlarining so'rilishi sezilarli darajada buziladi va sekin tiklanadi, bu esa gipokaliyemiya va metabolik atsidoz rivojlanishiga olib keladi. Ingichka ichak epiteliysining shikastlanishi hujayra membranalarining o'zgarishi bilan birga kechadi, prostaglandinlarning ba'zi guruhları va boshqa hujayra ichi mediatorlarining faolligi oshadi. Vabo uchun suyuqlik va elektrolitlarning najas va qusuq massalari bilan

yo'qotilishi xarakterli bo'lib, ular qisqa vaqt ichida boshqa patologik holatlarda deyarli uchramaydigan hajmga yetadi. Ba'zi hollarda yo'qotiladigan suyuqlik hajmi (regidratatsion terapiya fonida) bemorning tana vaznidan ikki baravar ko'p bo'lishi mumkin. Vabo patogenezida elektrolitlar degidratatsiyasi va disbalansi yetakchi bo'g'in hisoblanadi. Boshqa mexanizmlar (intoksikatsiya, allergiya va b.) ikkinchi darajali ahamiyatga ega. Gipovolemik shok, metabolik atsidoz, o'tkir buyrak yetishmovchiligi faqat dekompensatsiyalangan degidratatsiyada rivojlanadi.

Vaboning inkubatsion davri yuqtiruvchi doza, vibrionlarning virulentligi va odam organizmining moyilligiga qarab 1 kundan 5 kungacha (ko'pincha 1-2 kun) davom etadi. Kasallikning klinik ko'rinishi turlicha bo'lishi mumkin - simptomsiz vibrion tashuvchanlikdan tortib, keskin suvsizlanish va hayotiy muhim a'zolar funksiyasining buzilishi bilan kechadigan og'ir holatlargacha. Kasallikning klinik kechishining og'irligi va terapiyaning intensivligi birinchi navbatda suvsizlanishning og'irligi bilan belgilanadi. Suvsizlanish darajasi kasallikning klinik ko'rinishi, klinik-fiziologik tadqiqotlar natijalariga asoslanib belgilanadi va regidratatsiya uchun zarur bo'lgan eritma hajmini baholash qulay bo'lishi uchun bemorning tana vazni tanqisligi foizi bilan ifodalanadi. Suvsizlanishning 4 darajasi farqlanadi: I darajali degidratatsiya, II daraja, III daraja, IV daraja yoki dekompensatsiyalangan suvsizlanish.

Degidratatsiyaning I darajasi bilan og'rigan bemorlarda suyuq najas va qusish odatda 2-4 martadan ko'p takrorlanmaydi va umumiy suyuqlik yo'qotilishi tana vaznining 3% dan oshmaydi. Bemorlarning ahvoli, odatda, qoniqarli, shikoyatlari holsizlik, og'iz qurishi, tashnalik hissidan iborat bo'ladi. Qonning fizik-kimyoviy ko'rsatkichlari sog'lom odamlarnikidan farq qilmaydi. Kasallikning davomiyligi ko'pincha 1-2 kun bilan chegaralanadi. Vaboning bunday kechishida bemorlar odatda tibbiy yordamga murojaat qilmaydilar, ularni aniqlash eng katta diagnostik qiyinchiliklar bilan bog'liq, chunki bakteriologik tekshiruvsiz ko'pincha vaboni boshqa etiologiyali oshqozon-ichak kasalliklaridan ajratib bo'lmaydi. Degidratatsiyaning 1-darajasi bilan kechuvchi vabo eng ko'p, 50-60% hollarda uchraydi va asosan epidemiya avj olgan va pasaygan davrda qayd etiladi.

15-20% bemorlarda kuzatiladigan P darajali dehidratatsiyada suyuqlik yo'qotilishi tana vaznining 4-6% ni tashkil qiladi. Kasallik o'tkir boshlanadi, ko'pincha ko'p miqdorda najas kelishi bilan boshlanadi, najas kelishi tezlashadi - sutkasiga 10-15 marta, asta-sekin najas xarakterini yo'qotadi va guruch qaynatmasi ko'rinishini oladi. Ba'zida najas sarg'ish-jigarrang va qizg'ish tusda bo'lishi mumkin, kamdan-kam hollarda qon aralashmasi tufayli "go'sht yuvindisi" ko'rinishida bo'lishi mumkin. Ich ketish odatda qorin og'rig'i, tenezmlar bilan birga kelmaydi, ammo o'rtacha og'riqlar bo'lishi mumkin. Tez orada diareyaga ko'p miqdorda qusish qo'shiladi, bu kamdan-kam hollarda ko'ngil aynishi bilan birga keladi. Suvsizlanish hodisalarining tez o'sishi kuzatilmoqda. Bemorlar darmonsizlik, keskin holsizlik, bosh aylanishi, og'iz qurishi, chanqashdan shikoyat qiladilar. Teri quruq, odatda, rangpar bo'ladi. Ko'pincha beqaror sianoz, asosan lablar va qo'l barmoqlari, ovoz bo'g'ilishi, teri turgorining pasayishi kuzatilishi mumkin. Ayrim bemorlarda boldir, qo'l, oyoq mushaklarining qisqa muddatli tirishishi, chaynov mushaklarining tirishishi paydo bo'ladi. Taxikardiya ustunlik qiladi, ko'pincha gipotoniya va oliguriya kuzatiladi. Qon quyuqlashishi belgilari minimal darajada. Uning kompensator suyulishi mumkin. Qon elektrolit tarkibining buzilishi doimiy emas va tranzitor xarakterga ega, ko'pincha gipokaliyemiya va gipoxloremiya kuzatiladi. Kasallik o'rtacha 3-4 kun davom etadi. III darajali dehidratatsiya bilan og'rigan bemorlar tana vaznining 7-9% miqdorida suyuqlik yo'qotadilar. Vaboning bu shakli ikkita boshlang'ich darajasidan yaqqol suvsizlanish belgilari va beqaror kompensatsiya holati bilan farq qiladi, shu bilan birga IV darajadan farqli o'laroq, gomeostazning ikkilamchi buzilishlari yo'q va organ patologiyasi, eksikoz va elektrolitlar yetishmovchiligi rehidratatsion terapiya jarayonida tezroq yo'qoladi. Kasallikning dastlabki soatlaridanoq axlat va qusuq massalarining suvsimon xarakterda bo'lishi, tez-tez kelib turishi, ko'p-ko'p bo'lishi shu forma uchun xarakterlidir. Bemorlarni qondirib bo'lmaydigan tashnalik, doimiy qusish istagi, qo'l va oyoq mushaklarining tortishishi bezovta qiladi, og'riqli og'riqlar va bemorlarning vaqti-vaqti bilan qo'zg'alishi kuzatiladi. Eksikozning boshqa simptomlari ham ifodalangan: burun-lab uchburchagining sianosi, akrotsianoz, teri turgorining pasayishi (teri burmasi uzoq vaqt saqlanadi), ovozning bo'g'iqligi, hatto

afoniyagacha. Arterial bosimning pasayishi, kuchsiz tez puls, ko'pincha kolpatoid holat, tana haroratining 35,5-36⁰S gacha pasayishi kuzatiladi. Til quruq, qorinni paypaslaganda quldirash aniqlanadi, epigastral va kindik atrofida yengil og'riq bo'lishi mumkin. Qonning quyuqlashishi o'rtacha ifodalangan. IV darajali dehidratatsiya yoki dekompensatsiyalangan suvsizlanish (aldid) 8-15% hollarda uchraydi va kasallikning tez rivojlanishi bilan xarakterlanadi, dastlabki soatlardan to'xtovsiz defekatsiya va ko'p qusish bilan kechadi. Dastlabki 10-12 soat ichida tana vaznining 10 va undan ortiq foiziga yetadigan suvsizlanish rivojlanadi. Ba'zi bemorlarda shifoxonaga yotqizilganda oshqozon-ichak traktining paretik holati tufayli diareya va qusish to'xtab, rehidratatsiya jarayonida yoki u tugagandan so'ng yana paydo bo'lishi mumkin. Eksikozning barcha simptomlari to'liq ifodalangan bo'ladi: yuz tuzilishi o'tkirlashadi, qora dog'lar atrofida "qora ko'zoynaklar" simptomi paydo bo'ladi, teri qoplamlari paypaslaganda sovuq, yopishqoq bo'ladi, ularning umumiy ko'kimtiriligi kuzatiladi. Talvasali qisqarishlar skelet, ba'zan silliq mushaklarning asosiy guruhlariga tarqaladi, uzoq davom etadi, bo'shashish davrlari deyarli ifodalanmaydi, oyoq-qo'llarning majburiy holati kuzatiladi. Gipotermiya, afoniya, teri turgorining keskin pasayishi, uning "kir yuvuvchi qo'li" ko'rinishida o'z-o'zidan burishishi ham xarakterlidir. Bemorlar prostratsiya holatida. Soporoz holati yoki hatto koma faqat o'limdan biroz oldin rivojlanadi. Puls - tez-tez, kuchsiz to'liqlikda, ko'pincha sezilmaydi. Arterial bosim - keskin pasaygan yoki aniqlanmaydi, nafas olish yuzaki, daqiqasiga 50-60 gacha, gipovolemik shok, anuriya va o'lim oldi asfiksiyasi rivojlanadi.

3 yoshgacha bo'lgan bolalarda vabo hammadan ko'ra og'irroq o'tadi, bu suvsizlanish bilan bir qatorda markaziy nerv sistemasining zararlanishiga bog'liqdir: adinamiya, klonik talvasalar, talvasalar, es-hushning buzilishi kuzatiladi, qisman rivojlanib borayotgan gipoglikemiya bilan bog'liq bo'lgan koma boshlanishi mumkin. Erta yoshdagi bolalarda suv-tuz muvozanatining yuqori fiziologik o'zgaruvchanligi tufayli suvsizlanishning dastlabki darajalarida suyuqlikning kichik tanqisligini aniqlash ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, ayniqsa maxsus laboratoriya

tadqiqotlarini o'tkazish imkoni bo'lmaganda. Bunday hollarda amaliyotda klinik belgilar asosida aniqlanadigan degidratatsiyaning uchta darajasini ajratish mumkin.

Davolash: Vabo patogenezida suvsizlanish yetakchi ahamiyatga ega bo'lganligi sababli, davolash choralari birinchi navbatda suv-tuz muvozanatini tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak. To'g'ri o'tkazilgan regidratatsion terapiya qo'shimcha davolash usullarisiz ham vabodagi o'limni deyarli nolgacha kamaytirishi mumkin. Suv-tuz terapiyasini kasallikning boshlanishidan iloji boricha erta boshlash kerak. Bir necha soatga kechikish bemor uchun halokatli bo'lishi mumkin. Sh-1U darajali suvsizlanishda bemorni kasalxonaga olib borish paytidayoq vena ichiga yoki og'iz orqali suyuqlik yuborish boshlanishi kerak.

Suv-tuz terapiyasi ikki bosqichda amalga oshiriladi: birinchi bosqich - regidratatsiya - terapiya boshlanganidan keyingi dastlabki soatlarda suyuqlikning dastlabki yo'qotilishini tiklash, ikkinchi bosqich - davom etayotgan suv va tuz yo'qotilishini tuzatish, bu diareya to'xtamaguncha butun keyingi davr davomida amalga oshiriladi. Kattalarda regidratatsiya 1-3 soat davomida tana vaznining dastlabki tanqisligiga mos keladigan hajmda amalga oshirilishi kerak. Bunda terapevtik taktika butunlay bemorlarning ahvoli va birinchi navbatda suvsizlanish darajasi bilan belgilanadi. I va II darajali suvsizlanish bilan og'rigan bemorlarga regidratatsiya suyuqlikni og'iz orqali yuborish orqali amalga oshiriladi. Regidratatsion vositaning tayinlanishi ko'rsatilgan bo'lib, u ichimlik suvida T0 40-420S da bevosita qo'llashdan oldin eritiladi. Tayyorlangan eritma tarkibida 1 litr ichimlik suviga 2,6 g natriy xlorid, 2,9 g trinatriy sitrat, 1,5 g kaliy xlorid, 13,5 g glyukoza to'g'ri keladi.

Tayyorlangan eritma kattalarga ichish uchun preparatning optimal hajmiy tezligi - 1-1,5 l/soatdan kelib chiqib buyuriladi. Bemorlar odatda har 8-12 daqiqada 200 ml dan 2-3 soat davomida ichadilar. Qator hollarda regidratatsiyani nazogastral zond orqali glyukoza-elektrolit eritmasini yuborish yo'li bilan o'tkazish maqsadga muvofiq, takroriy qusishda, suyuqlik yo'qotilishi kuchayganda, shuningdek, qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda va keksalarda poliionli eritmalarini tomir ichiga quyishga o'tish kerak. Regidratatsiya davrida III-IV darajali suvsizlanish bo'lgan bemorlarga poliion eritmalarini tomir ichiga oqim bilan yuborish mutlaqo ko'rsatilgan. Bunda 36-38⁰S

gacha isitilgan eritma oqim bilan bir daqiqada 70-120 ml hajm tezligida (1-1,5 soatda 5-7 litrgacha) yuboriladi. Yo'qotilgan ionlarning eng adekvat o'rnini to'ldirish va gomeostaz buzilishlarini optimal korreksiyalashga 1 litr apirogen suvga natriy xlorid - 4,75 g, natriy atsetat - 2,5 g, natriy bikarbonat - 1,0 g, kaliy xlorid - 1,5 g ni o'z ichiga olgan "Kvartasol" eritmasini vena ichiga infuziya qilish orqali erishiladi. Tomir urishi me'yorlashgandan, arterial bosim tiklangandan, gipovolemiya, atsidoz va o'pka gipertenziyasi gemokonsentratsiyasi bartaraf etilgandan so'ng suyuqlikni oqim bilan yuborish to'xtatilishi kerak. Og'ir holatlarda davom etayotgan suv va tuz yo'qotishlarini tuzatish bir necha kun davomida amalga oshiriladi. Bunda yuboriladigan suyuqlik hajmi najas va qusuq massalari hajmiga to'g'ridan to'g'ri bog'liq bo'lib, ular 4-6 soat oralig'ida o'lchanadi va reanimatsiya kartasida qayd etiladi. Bu kartaga puls, arterial bosim, nafas olish tezligi, tana harorati to'g'risidagi ma'lumotlar, shuningdek, qonning fizik-kimyoviy ko'rsatkichlari: plazma zichligi, gematokrit indeksi, elektrolitlar konsentratsiyasi, kislota-ishqor muvozanati ko'rsatkichlari kiritiladi. O'rganilgan ko'rsatkichlarni hisobga olgan holda, suyuqlik yo'qotilishi va metabolik buzilishlarni individual tuzatish amalga oshiriladi. Korreksiyalovchi terapiya, odatda, ko'rsatilgan poliion eritmalarini vena ichiga tomchilab quyish yo'li bilan o'tkaziladi yoki bemorning ahvoli imkon bersa, yuqorida ko'rsatilgan glyukoza-elektrolit eritmalarini og'iz orqali yuborishga o'tiladi. Bolalarda vaboda suv-tuz terapiyasi "Kvartasol" eritmasini, boshlang'ich gipoglikemiya holatlarida esa "Kvartasol" eritmasini 1 litr eritmaga 15-20 g- glyukoza qo'shib tomir ichiga quyish yo'li bilan ham o'tkaziladi. Ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda regidratatsiya tomchili infuziya bilan amalga oshiriladi va 6-8 soat davom etadi, birinchi soatda regidratatsiya uchun zarur bo'lgan suyuqlik hajmining atigi 40 foizi yuboriladi. 1-P darajali regidratatsiyasi bo'lgan bolalarda yo'qotilgan suyuqlik o'rnini to'ldirishni ichish yoki nazogastral zond orqali glyukoza-elektrolit eritmasini quyish orqali amalga oshirish maqsadga muvofiqdir. Suv-tuz terapiyasi ich kelishi hajmining ancha kamayishi, qusish bo'lmaganda axlat xarakteridagi axlat kelishi va oxirgi 6-12 soat ichida siydik miqdori axlat miqdoridan ko'p bo'lganda to'xtatilishi kerak. Katta yoshdagi vabo bilan og'rigan bemorga davolashning 3-5 kunida yuboriladigan

eritmalarning umumiy hajmi 10-30 litr va undan ortiq bo'ladi. P-1U darajali regidratatsiyasi bo'lgan vabo bilan og'rigan bemorlarga rekonvalessensiya davrida tarkibida kaliy tuzlari bo'lgan mahsulotlar (turshak, qora smorodina, uzum, kartoshka va boshqalar) buyuriladi, shuningdek, kaliy aromati yoki panangin 1-2 tabletkadan kuniga 3 marta, sirka kislotasi yoki limon kislotasi kaliyning 10% li eritmaları 1 osh qoshiqdan kuniga 3 marta ichishga buyuriladi. Dekompensatsiyalangan suvsizlanishni davolashda yurak-qon tomir vositalarini buyurish ko'rsatilmagan. Pressor aminlar man etiladi. Ular mikrotsirkulyatsiya buzilishini kuchaytiradi va o'tkir buyrak yetishmovchiligi rivojlanishiga olib keladi. Vabo bilan og'rigan bemorlarga regidratatsion terapiyadan tashqari, davolashning birinchi kunida har 12 soatda 0,1 dan, keyingi kunlarda esa kuniga bir marta 0,1 dan doksitsiklin ichish buyuriladi. Doksitsiklin bo'lmasa, har 6 soatda 0,3-0,5 dan tetratsiklin yoki har 6 soatda 0,5 dan levomitsetin buyuriladi. Antibiotiklar buyurilganda diareya davomiyligi qisqaradi, suv-tuz yo'qotish hajmi kamayadi. Degidratatsiya darajasidan qat'i nazar, antibiotiklarni 5 kun davomida qabul qilish kerak.

Vibron tashuvchilarni bakteriologik tekshirish ularni antibiotiklar bilan davolashdan oldin o'tkaziladi. Qo'zg'atuvchini qisqa vaqt yoki bir marta ("tranzitor tashuvchilik") ajratib chiqaradigan vibron tashuvchilarning ko'pchiligi antibiotikoterapiyaga muhtoj emas. Bu vibron tashuvchilarning asosiy guruhidir. U izolyatsiya qilinishi va nazorat bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilishi kerak. Antibiotik terapiyaga vibrianni takroran ajratib chiqaradigan yoki aralash infeksiyalar, invazyalar yoki oshqozon-ichak traktining surunkali kasalliklaridan aziyat chekadigan vibron tashuvchilar muhtoj. Bunday hollarda yo'ldosh kasalliklarni majburiy davolash bilan bir qatorda yuqorida ko'rsatilgan dozada doksitsiklin yoki har 6 soatda 0,3 dan tetratsiklin tayinlanadi. Vibron tashuvchilarni antibiotiklar bilan davolash davomiyligi 3-5 kun. Vabo bilan og'rigan bemorlar tuzalgandan so'ng, regidratatsion va etiotrop terapiya tugagandan so'ng va bakteriologik tekshiruvning salbiy natijalari olingandan so'ng kasalxonadan chiqariladi. Bemorni kasalxonadan chiqarishdan oldin nazorat bakteriologik tekshiruvi antibiotiklar bilan davolash tugagandan so'ng 24-36 soat o'tgach amalga oshiriladi. Tekshirishga quyidagilar kiradi: axlat - uch marta,

dekretlangan kontingentlardan bo'lgan shaxslarda shuningdek V- va S-o't porsiyalari - bir marta. Kasalxona bosh vrachi kasallik tarixidan ko'chirmani kasalxonadan chiqarilayotgan shaxsning yashash joyidagi hududiy davolash muassasasi mudiriga belgilangan tartibda yuboradi. Kasallik tarixidan ko'chirmada quyidagilar ko'rsatiladi: o'tkazilgan asosiy va yo'ldosh kasalliklarning klinik va bakteriologik tashxisi; o'tkazilgan davolash to'g'risidagi ma'lumotlar, bemorni kasalxonadan chiqarishdan oldin o'tkazilgan barcha tekshiruvlar natijalari, kasalxonadan chiqarish paytidagi bemorning klinik tavsifi va dispanser kuzatuvi zarurligi to'g'risidagi ko'rsatmalar.

PROFILAKTIK TADBIRLAR

Tashkiliy tadbirlar. Vabo o'chog'i paydo bo'lgan taqdirda, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan epidemik vaziyatning turli variantlarini hisobga olgan holda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarning tezkor rejalari ishlab chiqiladi. Rejalar hududiy hokimliklar tomonidan tasdiqlanadi. Kompleks rejalar hokimliklarning sog'liqni saqlash bo'limlari mudirlari, ma'muriy hududlarning bosh sanitariya vrachlari, idoraviy xizmatlar rahbarlari bilan kelishiladi. Profilaktik va epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarning kompleks rejasini ishlab chiqishda quyidagilarni hisobga olish zarur: odamlarning vabo bilan kasallanishini tahlil qilish va atrof-muhit obyektlaridan vabo vibrionlarini ajratib olish ma'lumotlari; iqlimiy-geografik xususiyatlar; vabo bo'yicha noqulay mamlakatlar bilan chegaradosh bo'lgan, suv havzalari chet elda joylashgan hududlarga alohida e'tibor qaratish lozim; vabo bo'yicha endemik mamlakatlar bilan madaniy-iqtisodiy va transport aloqalari, migratsiya jarayonlari, hududlarning sanitariya-gigiyena holati (suv ta'minoti, kanalizatsiya, sanitariya tozalash) va tub aholining urf-odatlar.

Profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarning kompleks rejalarida quyidagilar ko'rsatilishi kerak:

-vabo bo'yicha epidemik asoratlar yuzaga kelganda davolash-profilaktika, sanitariya-epidemiologiya, idoraviy tibbiy xizmatlarning tayyorgarligi va o'zaro hamkorligini ta'minlash masalalari;

-vabo va boshqa ichak infeksiyalari yuqishining yetakchi yo'llari va omillarini amalga oshirishning potentsial xavflilik darajasini hisobga olgan holda vabo ustidan doimiy epidemiologik nazoratni ta'minlash;

- epidemiologik farovonlik va epidemik asoratlarda tibbiyot va tibbiy bo'lmagan kadrlarning ma'lumoti va ularga yuklatilgan vazifalarni hisobga olgan holda maxsus tabaqalashtirilgan tayyorgarlik;

-vabo o'chog'ini o'z vaqtida lokalizatsiya qilish va yo'q qilishga qaratilgan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar majmui, buning uchun zarur bo'lgan kuch va vositalarni hisobga olgan holda vaboning yakka va ommaviy holatlari yuzaga kelishi ehtimolini hisobga olgan holda;

-uy-joy kommunal xo'jaligi, go'sht, sut va oziq-ovqat sanoati, savdo va umumiy ovqatlanish, qishloq xo'jaligi muassasalari va korxonalari va boshqalar ustidan belgilangan tartibda davlat sanitariya nazoratini amalga oshirish;

-aholi o'rtasida sanitariya maorifi ishlarini olib borish.

Vabo o'chog'i paydo bo'lgan taqdirda epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarning **tezkor rejasi** ma'muriy hududning tibbiy xizmati tomonidan manfaatdor tashkilotlar, korxonalar va muassasalarni hisobga olgan holda ishlab chiqiladi hamda profilaktika, epidemiyaga qarshi, davolash, laboratoriya, ma'muriy-xo'jalik va o'choqni bartaraf etishga jalb qilinadigan boshqa xizmatlar faoliyatini ta'minlash bo'yicha aniq chora-tadbirlarni nazarda tutadi, xususan:

-epidemik vaziyat to'g'risidagi ma'lumotlarni uzatish tartibi, vaboning klinik va laboratoriya diagnostikasi, vaboga qarshi chora-tadbirlarni tashkil etish va o'tkazish bo'yicha maslahatchilar guruhlarini (bakteriolog, infeksiyachil, epidemiolog) aniqlash;

- yagona va ommaviy kasalliklar uchun hospital va laboratoriya bazalarining haqiqiy quvvatini pasportlashtirish va aniqlash, ularni 012-3/0193-sonli "Xavflilik guruhidagi patogen biologik agentlar bilan ishlashda biologik xavfsizlik" qoidalari talablariga rioya qilishni hisobga olgan holda joylashtirish tartibi, maxsus maqsadli statsionarlar sifatida faoliyat yuritish: vabo kasalxonasi, vaqtinchalik kasalxona, izolyator;

-davolash-profilaktika va sanitariya-epidemiya qarshi muassasalarni zarur asbob-uskunalar va mol-mulk, dori-darmonlar va dezinfeksiya vositalari, diagnostik preparatlar, reaktivlar va ozuqa muhitlari, tibbiyot va boshqa xizmat ko'rsatuvchi xodimlar bilan ta'minlash, dezinfeksiya tadbirlarini tashkil etish, qo'shimcha transport ajratish va aloqa vositalari bilan ta'minlash bo'yicha hisob-kitoblar va tartib.

Kadrlar tayyorlash O'zbekiston Respublikasi hududida umumiy tibbiyot tarmog'i, idoraviy tibbiyot va boshqa xizmatlar tibbiyot xodimlarining vabo bo'yicha nazariy va amaliy tayyorgarligi karantin va o'ta xavfli infeksiyalar bo'yicha ixtisoslashtirish va malaka oshirish kurslarida, seminarlarda, ilmiy-amaliy konferensiyalarda va ish joylarida o'tkaziladi:

davolash-profilaktika muassasalari bosh vrachlarining o'rinbosarlari, vrachlik uchastkalari mudirlari, emlash punktlarining tibbiyot xodimlari, yuqumli kasalliklar shifokorlari, terapevtlar va maxsus mo'ljallangan statsionarlarga (vabo, provizor statsionarlari, izolyator) birlashtirilgan boshqa mutaxassislar, viloyat SEOvaJSX alohida xavfli infeksiyalar bo'limlari laboratoriyalarining bakteriologlari va laborantlari, SEOvaJSX va dezinfeksiya stansiyalarining tibbiyot xodimlari (epidemiologlar, bakteriologlar, dezinfektsiyachilar va sanitariya yo'nalishi mutaxassislari), stansiyalar, tez yordam bo'limlarining tibbiyot xodimlari, provizorlar va patologoanatomlar, statsionarlar, idoraviy tibbiy xizmatlar, psixonevrologiya va narkologiya statsionarlari, davolash-mehnat profilaktoriylari o'likxonalarining sud-tibbiy ekspertlari. Karantin davolash muassasalarida, bakteriologiya laboratoriyalarida ishlashga jalb etiladigan fuqaro aviatsiyasi, temir yo'l transporti, daryo floti tibbiy bo'lmagan xodimlari (bortkuzatuvchilar, provodniklar, ekipaj komandirlari, kapitan yordamchilari va boshqalar). Vaboga shubha qilingan bemor aniqlangan taqdirda funksional vazifalar va amaliy ko'nikmalarni mashq qilish bilan o'quv mashg'ulotlari va amaliy mashg'ulotlar o'tkaziladi.

Maxsus profilaktika

Vaboga qarshi peroral vaksina (VPV) odamlarni vaboning og‘ir shakllarini yuqtirish va rivojlanishidan hamda vaboning boshqalar orasida tarqalishidan himoya qiladi.

1. VPV odamlarni vabo yuqishidan himoya qila oladigan vaksinadir.
2. Vaboga qarshi vaksina og‘iz orqali yuboriladi va ikki doza talab qilinadi.
3. U vabo tarqalishini kamaytirishga yordam beradi va jamoalarimizni vabodan himoya qiladi.
4. U xavfsiz va juda kam (asosan ahamiyatsiz) nojo‘ya ta’sirlarga ega. Juda kam uchraydigan nojo‘ya ta’sirlar qorin bo‘shlig‘ida noqulaylik yoki diareya hisoblanadi, ammo bu uzoq davom etmaydi.
5. U emlangan odamlarning uchdan ikki qismigacha vabodan yaxshi himoya qiladi. Agar siz vabo bilan kasallansangiz, sizda kasallikning og‘ir shakli rivojlanmaydi.
6. Agar siz ikkita dozani qabul qilsangiz, u kamida uch yil davomida himoya qiladi. U mukammal emas va boshqa sabablarga ko‘ra kelib chiqadigan diareyaning oldini olmaydi. Odamlar hali ham gigiyena qoidalariga rioya qilishlari, suvni tozalashlari, sanitariyaga rioya qilishlari va kasal bo‘lib qolsalar, davolanishlari kerak.
7. Polivinilxlorid (PVX) vabo kasalligini to‘xtatishning yagona chorasi emas, uni toza suv, tegishli sanitariya sharoitlari va shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish bilan birga ishlatish kerak. Bularning barchasi kasallikning oldini olish uchun zarur. Bundan tashqari, vabo bilan kasallanish va o‘limni kamaytirish uchun erta va tegishli davolash zarur.
8. Xavfsiz suv ta’minoti tizimlari va sanitariya inshootlarini yaratish vaboning (va suv orqali yuqadigan boshqa kasalliklarning) oldini olish va unga qarshi kurashish uchun muhim ahamiyatga ega; ammo bu o‘zgarishlar vaqt va qo‘shimcha resurslarni talab qiladi, vabo esa hozirgi vaqtda muammo hisoblanadi. Shunday qilib, PVX infratuzilmani yaxshilash ustida ish olib borilayotgan bir paytda oilangiz, hamjamiyatingiz va o‘zingizni himoya qilishning yaxshi usulidir.

Vabo bivalent kimyoviy vaksinasi (Vaccinum cholericum bivalentum) ichakda eriydigan qobiq bilan qoplangan tabletkalar, *V. Cholerae O1*;

Kattalar, o'smirlar va bolalarda vaboning 2 yoshdan boshlab profilaktikasi. Quyidagilar emlanishi kerak: vabo bo'yicha noqulay mamlakatlarga ketayotgan shaxslar, chegaradosh hududda vabo bo'yicha noqulay vaziyat yuzaga kelgan taqdirda O'zbekiston Respublikasining chegaradosh tumanlari aholisi. Qarshi ko'rsatmalar - o'tkir yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklar, shu jumladan ichak disfunktsiyasi, qo'zish bosqichidagi surunkali kasalliklar; emlashlar sog'aygandan keyin kamida 1 oy o'tgach, xavfli o'smalar va qonning xavfli kasalliklari, immunitet tanqisligi holatlari.

Ehtiyot choralari: vaboga qarshi bivalent kimyoviy vakcina tabletkalarini antirabik vaksinalar va BSJ vaksinasi bilan birga qo'llash tavsiya etilmaydi. Homiladorlik va emizikli davrda qo'llash mumkin emas.

Vaksinatsiya paytida preparatning bir emlash dozasi kattalar uchun - 3 tabletkalar, 11-17 yoshli o'smirlar uchun - 2 tabletkalar, 2-10 yoshli bolalar uchun - 1 tabletkani tashkil qiladi. Vabo bivalent kimyoviy vaksinasi tabletkalari ovqatdan 1 soat oldin ichiladi, chaynamay, butunlay yutib yuboriladi, 1/8-1/4 stakan qaynagan suv ichiladi. Revaksinatsiya emlangandan 6-7 oy o'tgach o'tkaziladi; kattalar va o'smirlar uchun dozasi 2 tabletkalar, 2-10 yoshli bolalar uchun 1 tabletkalar. Preparatni Milliy profilaktik emlash kalendari va epidemik ko'rsatmalar bo'yicha profilaktik emlash kalendari (antirabik vaksinalar va BSJ vaksinalaridan tashqari) ning faolsizlantirilgan vaksinalarini yuborish bilan bir vaqtda qabul qilish mumkin.

Nojo'ya ta'sirlari: vabo bivalent kimyoviy vaksinasini qabul qilgandan 1-2 soat o'tgach, ayrim emlanganlarda epigastral sohada kuchsiz noxush sezgilar, qorin quldirashi, bo'tqasimon najas paydo bo'lishi mumkin.

Qadog'ining butunligi buzilgan yoki yorliqlarida ma'lumotlar yetishmaydigan, tashqi ko'rinishi o'zgargan, butunligi buzilgan, rangi o'zgargan, yaroqlilik muddati o'tgan vabo vaksinasi qo'llanilmaydi.

Chet eldan vabo kirib kelishining oldini olish tadbirlari.

Tadbirlar Xalqaro tibbiy-sanitariya qoidolari (XTMSQ2005) va amaldagi "O'zbekiston Respublikasi hududini karantinli va inson uchun xavfli bo'lgan boshqa infeksiyalarning kirib kelishi va tarqalishidan muhofaza qilish bo'yicha sanitariya qoidolari"ga muvofiq o'tkaziladi. Ularga mulkchilik shakllaridan qat'i nazar, barcha davlat organlari va korxonalari, shuningdek, barcha mansabdor shaxslar rioya etishlari shart. O'zbekiston Respublikasiga vabo bo'yicha nosog'lom xorijiy davlatlardan kelgan transport vositalari (havo, daryo kemalari, poyezdlar, avtotransport), yuklar, ekipajlar (brigadalar) va yo'lovchilar, ularning davlatga tegishliligidan qat'i nazar, "O'zbekiston Respublikasining Davlat chegarasi orqali o'tkazish punktlarida tibbiy (sanitariya) ko'rikdan o'tkazish to'g'risidagi Nizom"ga muvofiq tibbiy (sanitariya) ko'rikdan o'tkaziladi.

Xorijdan respublikaga kelayotgan havo kemalari, yo'lovchi va yuk tashuvchi temir yo'l tarkiblari, daryo kemalari va boshqa suzish vositalari, avtotransport vositalarini, ularning davlat yoki idoraviy mansubligidan qat'i nazar, tibbiy (sanitariya) tekshiruvini xalqaro aeroportlarning sanitariya-nazorat punktlari (SNP) "O'zbekiston Respublikasi Davlat chegarasi orqali o'tkazish punktlarida tibbiy (sanitariya) tekshiruv o'tkazish to'g'risidagi Nizom"ga muvofiq, bortda vabo alomatlari bo'lgan bemor borligi to'g'risida ma'lumot olinganda o'tkazadi.

Chet eldan keltirilgan vositada vabo bilan kasallangan (vaboga shubhali) bemor aniqlanganda quyidagilar o'tkaziladi:

Bemorni zudlik bilan kasalxonaga yotqizish. Yo'lovchilar va ekipaj a'zolarini 5 kun davomida yakkalab qo'yish yoki tibbiy kuzatuvga olish. Epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha fuqarolarni bakteriologik tekshirish va profilaktik davolash. Suv, oziq-ovqat mahsulotlari, axlat va oqova suvlarni, shu jumladan ballast suvlarni, chiqindilarni va zararlangan deb hisoblanadigan har qanday boshqa moddalarni zararsizlantirish. Suv va baliq mahsulotlari idishlarini, shuningdek, oziq-ovqat mahsulotlarini qayta ishlash va saqlash uskunalari dezinfeksiya qilish. Tekshiriluvchining roziligi bilan vabo bilan kasallanish ehtimolidan dalolat beruvchi alomatlar mavjud bo'lgan taqdirdagina

chet el fuqarolaridan vaboga bakteriologik tekshirish uchun material (najas, qusuq massasi) majburiy tartibda olinadi. Vabo bilan og‘rigan mamlakatlardan kelganidan keyin besh kun ichida o‘tkir ichak infeksiyalari bilan kasallangan va statsionar sharoitda davolanayotgan chet el fuqarolari uch marta bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi. Reys davomida vabo bilan kasallangan transport vositasining yuki bo‘lgan oziq-ovqat mahsulotlari faqat ushbu yuk respublika uchun mo‘ljallangan bo‘lsagina vaboga bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi.

Aholi va atrof-muhit ustidan epidemiologik nazorat.

Epidemiologik nazoratning maqsadi - respublika yer usti suv havzalarida vabo vibriionlarining aylanishi davom etayotgan sharoitda aholi o‘rtasida vabo bo‘yicha epidemik asoratlari paydo bo‘lishining oldini olish. Vabo bo‘yicha epidemiologik nazorat vabo bilan og‘rigan bemorlarni va vibriion tashuvchilarni o‘z vaqtida aniqlashni, atrof-muhit obyektlarida vabo vibriionlarini aniqlashni, axborot bilan ta‘minlashni, epidemik jarayonning rivojlanishini belgilovchi omillarni aniqlashni, profilaktika va epidemiyaga qarshi tadbirlarni rejalashtirish hamda o‘tkazishga doir asoslangan tavsiyalarni ishlab chiqish va ularning samaradorligini baholashni o‘z ichiga oladigan chora-tadbirlar tizimini nazarda tutadi. Vabo ustidan epidemiologik nazorat butun respublika hududida vaboning epidemik ko‘rinishlarining o‘ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda tabaqalashtirilgan holda, SSEB va davolash-profilaktika muassasalari mutaxassislari tomonidan amalga oshiriladi. Odamlardan (murdalardan) va atrof-muhitdan olingan materiallarni vaboga bakteriologik tekshirishlar O‘ta xavfli infeksiyalar markazlari va uning bo‘linmalari laboratoriyalari, respublika va viloyatlar O‘ta xavfli infeksiyalar laboratoriyalari, shuningdek O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan ushbu maqsadlar uchun belgilanadigan bakteriologik va tumanlararo laboratoriyalar tomonidan o‘tkaziladi. Tadqiqotlar vaboning bakteriologik diagnostikasi bo‘yicha amaldagi yo‘riqnomalar va uslubiy ko‘rsatmalarga muvofiq o‘tkaziladi.

Butun respublika hududida epidemiologik nazorat quyidagilarni nazarda tutadi:

- o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanishni retrospektiv va tezkor epidemiologik tahlil qilish, sanitariya foni, rekreatsion suvdan foydalanish sharoitlari bilan o'zaro bog'liqlikda aniqlanmagan etiologiyali kasalliklarga alohida e'tibor qaratish, o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish darajasi bo'yicha barqaror noqulay va ularning o'sish tendensiyasiga ega bo'lgan hududlarni aniqlash; yuqori kasallanish sabablarini aniqlash, epidemiologik nazorat tizimida nazarda tutilgan chora-tadbirlarni amalga oshirishni asoslash uchun o'tkir ichak infeksiyalari va vaboning tarqalishida ahamiyatga ega bo'lishi mumkin bo'lgan yetakchi omillar va yuqish yo'llarini aniqlash;

-vaboda ajratib olingan kulturalarning virulentligini hisobga olgan holda retrospektiv va operativ tahlil qilish, bunda infeksiya bilan zararlanish darajasi (100 ming aholiga to'g'ri keladigan bemorlar va vibrion tashuvchilar soni), atrof-muhit obyektlaridan vabo vibrionlarining ajralib chiqish intensivligi va davri, ularni saqlab qolish sharoitlari aniqlanadi; kasallik o'choqlarining paydo bo'lish sabablari, yetakchi yuqish yo'llari va omillari, vaboning tarqalishiga yordam beradigan sharoitlar (iqlim-geografik, ekologik-gigiyenik, ijtimoiy va boshqalar) aniqlanadi va Respublikaning eng noqulay hududlari belgilanadi.

- o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallangan bemorlarni klinik va epidemiologik ko'rsatkichlar bo'yicha bakteriologik tekshirish;

-ichak infeksiyalarining oldini olish maqsadida me'yoriy hujjatlarga muvofiq O'zbekiston Respublikasi aholi punktlarining sanitariya-gigiyena sharoitlarini kompleks epidemiologik baholash;

-vabo bo'yicha nosog'lom mamlakatlar bilan madaniy-iqtisodiy va transport aloqalarini tahlil qilish va respublika hududiga xorijdan vabo kirib kelishining oldini olish bo'yicha profilaktik tadbirlar majmuini o'tkazish.

O'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemorlar antibakterial terapiya boshlanishidan oldin vaboga bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilishi kerak.

Respublika hududida quyidagilar uch marta bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi:

- yer usti suv havzalaridan vabo vibrionlarining virulent (toksogen) shtammlari ajratilganda o'tkir diareya bilan og'rigan bemorlar;
- vabo (vibrion tashuvchilik) o'chog'ida o'tkir diareya bilan og'rigan bemorlar o'choq bartaraf etilgunga qadar;
- vabo bilan og'rigan mamlakatlardan kelganidan keyin besh kun ichida o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallangan O'zbekiston Respublikasi fuqarolari.

Quyidagilar vaboga qarshi bir marta bakteriologik tekshiruvdan o'tkaziladi:

- tashqi muhit obyektlaridan vabo vibrionlarining avirulent shtammlari ajratilganda o'tkir diareya bilan og'rigan bemorlar;
- guruhli kasalliklar va oziq-ovqat toksikoinfeksiyalari paydo bo'lganda o'tkir diareya bilan og'rigan bemorlar;

Etiologiyasi aniqlanmagan vabo va ichak infeksiyalariga gumon qilingan murdalarni yorib ko'rish va vaboga bakteriologik tekshirish o'tkaziladi. Vodoprovod suvining bakteriologik tekshiruvi sanitariya-gigiyena va epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha o'tkaziladi. Ochiq suv havzalaridan vabo kasalligini tekshirish uchun suv namunasini olishning statsionar va vaqtinchalik nuqtalarini aniqlash shahar va tuman SEOvaJSXlari tomonidan epidemik vaziyatni hisobga olgan holda, suv namunasini olish nuqtalarini pasportlashtirish ma'lumotlarini hisobga olgan holda amalga oshiriladi. Yuza suv havzalari suvini vaboga bakteriologik tekshirish muddatlari va soni O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining amaldagi buyruqlari bilan belgilanadi, qoida tariqasida, ular aprel-oktyabr oylariga to'g'ri keladi, bunda yuza suv havzalari suvining harorati 16⁰C dan past bo'lmasligi kerak. Markazlashtirilgan xo'jalik-ichimlik suvi ta'minoti uchun suv, xo'jalik-maishiy oqova suvlar, yuqumli kasalliklar shifoxonalari, hammomlarning oqova suvlari epid ko'rsatkichlar bo'yicha tekshiriladi (vabo bilan kasallangan bemorlar, vibrion

tashuvchilar paydo bo'lishi yoki atrof-muhit obyektlaridan 01 guruh vabo vibriionlarining ajralib chiqishi).

Obyektlardan vabo vibriionlarini ajratib olishdagi tadbirlar tashqi muhit.

Yuza suv havzalaridan vabo vibriionlarining virulent shtammlarini ajratib olishda, shuningdek ajratib olingan kulturalarning virulentligi aniqlangunga qadar:

- sanitariya nazorati organlari tomonidan belgilanadigan joylarda yer usti suv havzalaridan foydalanishga cheklovchi chora-tadbirlar joriy etiladi;
- yer usti suv havzalaridan suv namunalarini olish nuqtalari soni ko'paytiriladi va vaboga tekshirish har kuni o'tkaziladi;
- yer usti suv havzalarining ifloslanish manbalarini aniqlash maqsadida epidemiologik tekshiruv o'tkaziladi;
- statsionarga kelgan o'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarni vaboga bakteriologik tekshirish uch marta o'tkaziladi.

Xo'jalik-oqava suvlardan vabo vibriionlarining virulent shtammlarini ajratib olishda:

- vabo vibriionlari ajratib olingan yer usti suv havzalariga oqova suvlar tashlanadigan joylarda suvdan foydalanishga cheklovchi chora-tadbirlar joriy etiladi;
- oqava suvlarni tashlashdan pastda joylashgan yer usti suv havzalaridan suv namunalarini olish nuqtalari soni ko'paytiriladi va har kuni tadqiqotlar o'tkaziladi;
- oqova suvlarni ifloslantiruvchi manbalarni aniqlash maqsadida epidemiologik tekshiruv o'tkaziladi;
- uch marta statsionarga tushgan o'tkir ichak infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarni vaboga bakteriologik tekshirish o'tkaziladi.
- sanitariya-oqartuv ishlari epidemiya mavsumida uning hajmini oshirish va aholining bilimni oshirish uchun barcha turdagi ommaviy axborot vositalaridan foydalangan holda yil davomida amalga oshiriladi.

Epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar

Tashkiliy chora-tadbirlar: vabo bilan kasallanishning birinchi holati aniqlanganda vabo o'chog'i hududiy FVV taqdimnomasiga ko'ra hokimliklar qarori bilan e'lon qilinadi. Vabo o'choqlarida epidemiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazishga umumiy rahbarlik va nazorat qilish Favqulodda epidemiyaga qarshi komissiya (FEQK) tomonidan amalga oshiriladi. SNP tibbiy shtabi bevosita vaboga qarshi tadbirlarning butun kompleksini davolash, profilaktika, epidemiyaga qarshi, laboratoriya, ma'muriy-xo'jalik va shtab qoshida tuziladigan boshqa xizmatlar orqali tashkil etadi. O'choqni lokalizatsiya qilish va tugatish FVV tibbiy shtabi tomonidan ishlab chiqilgan epidemiyaga qarshi tadbirlarning tezkor rejasi bo'yicha amalga oshiriladi. Vabo o'chog'ining chegaralari epidemiologik tekshiruv natijalari asosida, infeksiyaning amaldagi tarqalish yo'llari va yuqish omillarini hisobga olgan holda aniqlanadi.

Vabo vibrionlarining ajratilgan kulturalari virulentligiga nisbatan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar kompleksi:

-vabo bilan og'rigan bemorlarni, shu jumladan vaboga shubha qilinganlarni, shuningdek vibrion tashuvchilarni vabo kasalxonasiga yotqizish. Vabo va vibrion tashuvchanlikning har bir holatini epidemiologik tekshirish. Vabo kasalligini aniqlash, ajratib qo'yish va tibbiy kuzatuvda bo'lish, vaboga uch marta bakteriologik tekshiruvdan o'tkazish va kontaktda bo'lganlarni infeksiya yuqish xavfi bo'yicha profilaktik davolash. Diareya va qusish bilan og'rigan barcha bemorlarni faol aniqlash, vaqtinchalik kasalxonaga vaboga uch marta bakteriologik tekshiruv bilan yotqizish. Suvdan foydalanish xususiyatlarini aniqlash bilan vabo bilan kasallanishning tezkor epidemiologik tahlili. Profilaktik va yakunlovchi dezinfeksiya. Atrof-muhit obyektlarining vaboga qarshi bakteriologik tadqiqotlarni o'tkazish nuqtalari va hajmini ko'paytirish. Muayyan epidemik vaziyat va sanitariya-gigiyena sharoitlariga bog'liq holda yer usti suv havzalari suvlaridan foydalanishni cheklash tadbirlarini joriy etish. Umumiy ovqatlanish, oziq-ovqat sanoati va oziq-ovqat mahsulotlari savdosi

korxonalari, vodoprovod va kanalizatsiya inshootlari va shu kabilar tomonidan rekreatsion suvdan foydalanish joylari ustidan sanitariya nazoratini kuchaytirish.

Vabo bilan og‘rigan bemorlardan va vibrion tashuvchilardan kuchsiz va avirulent (atoksigen) shtammlarni ajratishda quyidagilar amalga oshiriladi: vabo bilan og‘rigan bemorlarni va vibrion tashuvchilarni vabo kasalxonasiga yotqizish; vabo va vibrion tashuvchanlikning har bir holatini epidemiologik tekshirish; muloqotda bo‘lganlarni yashash, ish yoki o‘qish joyida aniqlash, bir marta bakteriologik tekshirish va tibbiy kuzatuv; umumiy ovqatlanish, oziq-ovqat sanoati, oziq-ovqat mahsulotlari savdosi korxonalarida ishlaydigan bemorlar yoki vibrion tashuvchilar bilan muloqotda bo‘lgan shaxslarni izolyatsiya qilish, uch marta vaboga bakteriologik tekshirish va profilaktik davolash; kasalxonalarga yotqizilgan o‘tkir diareya bilan og‘rigan bemorlarni vaboga bir marta bakteriologik tekshirish; joriy va yakuniy dezinfeksiya; boshqa profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlar hududiy FVV qaroriga ko‘ra mahalliy sharoitlarga qarab amalga oshiriladi. Ajratib olingan vabo vibrionlari kulturalarining virulentligi (toksogenligi) dan qat’i nazar, vabo kasalligi yoki vibrion tashuvchanlikning barcha holatlari to‘g‘risidagi ma’lumotlar darhol hududiy SEOvaJSXga, shuningdek tibbiyot birlashmalariga, respublika Sog‘liqni saqlash vazirligiga, O‘ta xavfli infeksiyalar bo‘yicha markazlarga taqdim etiladi.

VABO BILAN OG‘RIGAN BEMORLARNI, VIBRIOTASHUVCHILARNI SHIFOXONAGA YOTQIZISH VA ULAR BILAN ALOQADA BO‘LGANLARNI AJRATISH.

Vabo bilan og‘rigan va vibrion tashuvchi bemorlarni statsionarga yotqizishni tez tibbiy yordam xizmati shu muassasalarning avtotransportida vrach yoki o‘rta tibbiyot xodimi va sanitar tarkibidagi evakuatorlar brigadasi ta’minlaydi. III va IV darajali suvsizlangan vabo bilan og‘rigan bemorlar maxsus jihozlangan transportda reanimatsiya brigadalari tomonidan vabo kasalxonasiga yotqiziladi.

Vabo bilan og‘rigan bemorlarni kasalxonaga yotqizish uchun mo‘ljallangan transport regidratatsion sistemalar, bemorning ajratmalarini yig‘ish uchun idishlar,

dezinfeksiyalovchi vositalar, dezinfeksiyalovchi vositalar uchun idishlar, latta-puttalar, gidropult, taglik kleyonka bilan jihozlanadi. Bemorlarni transportirovka qilish vaqtida zarurat tugʻilganda mashinalar joriy dezinfeksiya qilinadi. Vabo bilan kasallangan bemor (vibrion tashuvchi) bilan muloqotda boʻlgan shaxslar izolyatorga oʻrta tibbiyot xodimi hamrohligida tez tibbiy yordam yoki epid tashuvchi stansiya tomonidan ajratilgan maxsus transportda yuboriladi. Evakuatsiya brigadalarining shaxsiy tarkibi pijama, jarrohlik xalati, qalpoqcha yoki roʻmol (4-turdagi oʻlatga qarshi kostyum) kiygan boʻlishi kerak. Evakuatsiya transportiga xizmat koʻrsatuvchi xodimlar smena tugagandan soʻng sanitariya ishlovidan oʻtkaziladi. Bemorlar yoki vibrion tashuvchilar kasalxonaga yotqizilgandan va aloqada boʻlganlar izolyatsiya qilingandan soʻng, transport davolash muassasasi yoki evakuatsiya brigadasi kuchi bilan kasalxona hududida sanitariya shlyuzida yoki maxsus ajratilgan maydonda yakuniy dezinfeksiya qilinishi kerak. Transportga ishlov berish uchun inventar (gidropult yoki avtomaks, shuningdek pol, devorlar, zambillar, parvarish buyumlariga alohida ishlov berish uchun latta va idishlar) ajratiladi.

EPIDEMIOLOGIK TEKSHIRUV

Bemorning (vibrion tashuvchining) yashash, ish va oʻqish joyida vabo bilan kasallanish yoki vibrion tashuvchanlikning har bir holati epidemiologik tekshiruvdan oʻtkazilishi lozim. Uni SEOvaJS xizmati tashkil etadi va epidemiolog shifokor va uning yordamchisidan iborat oʻchoqni epidemiologik tekshirish guruhi bevosita amalga oshiradi. Tekshirish infeksiya manbaini, bemor yoki vibrion tashuvchining aniq zararlanish joylari va sharoitlarini, ular bilan muloqotda boʻlgan shaxslarni aniqlash, shuningdek, har bir oʻchoqda aniq chora-tadbirlar hajmini belgilash maqsadida oʻtkaziladi. Epidemiologik tekshiruv quyidagilarni oʻz ichiga oladi: vabo va boshqa ichak infeksiyalari ustidan rejali epidemiologik nazorat materiallari boʻyicha epidemiologik vaziyatni dastlabki baholash; xoʻjalik-ichimlik va madaniy-maishiy suvdan foydalanishning sanitariya-gigiyena sharoitlarini epidemiologik baholash; aholining urf-odatlarini aniqlash. Ushbu maʼlumotlar asosida quyidagilar aniqlanadi: oʻchoq chegaralari, epidemik jihatdan eng xavfli uchastkalar va oʻchoq ichidagi

zararlanish xavfi bo'lgan guruhlar (vabo vibriionlari bilan zararlangan suv havzalari yaqinida yashovchilar, anatsid va gipotsid gastritlar, gepatobilliar tizimning surunkali kasalliklari bilan og'riganlar va oshqozon rezeksiyasini boshdan kechirganlar, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiluvchilar, muayyan mashg'uloti bo'lmagan shaxslar), ular tibbiy kuzatuvga, ko'rsatmalarga ko'ra esa bakteriologik tekshiruvga olinadi.

Epidemiologik tekshiruv o'tkazishda shifokor-epidemiolog:

-epidemiologik anamnezni to'playdi; bakteriologik tekshiruv uchun zarur bo'lgan namunalar (bemorlardan olingan materiallar, suv, uy-ro'zg'or buyumlaridan yuvindilar, kanalizatsiya qilinmagan hojatxonalarning tarkibi va boshqalar) olinishini tashkil etadi; bemor yoki vibriion tashuvchi bilan aloqada bo'lgan va infeksiya yuqtirish xavfi bo'yicha bir xil sharoitda bo'lgan shaxslar ro'yxatini tuzadi;

tibbiyot xodimlariga tibbiy kuzatuv tartibi to'g'risida ko'rsatma beradi; infeksiya tarqalishining oldini olish bo'yicha dezinfeksiya va boshqa tadbirlar hajmi va ketma-ketligini belgilaydi; vabo yoki vibriion tashuvchi bemor bilan muloqotda bo'lgan, epidtekshiruv boshlanishidan oldin ushbu shaxslar ketgan hududiy SSEBga shoshilinch xabar yuborish maqsadida o'choqdan chiqib ketgan shaxslarni aniqlaydi; epidtekshiruv ma'lumotlarini kasalxonaga yotqizilgan bemordan, kasallik tarixidan, ambulatoriya kartalaridan va boshqa birlamchi tibbiy hujjatlardan olingan ma'lumotlar bilan to'ldiradi; epidemiyaga qarshi tadbirlar hajmini aniqlash uchun o'choqda ajratib olingan vabo vibriionlari kulturalarining virulentligini aniqlash natijalarini tahlil qiladi.

Epidemiologik tekshiruv natijalariga ko'ra yuqumli kasallik o'chog'ining epidemiologik tekshiruv xaritasi to'ldiriladi, unga quyidagi ma'lumotlar qo'shiladi: kasallikning klinik shakli; vaboga bakteriologik tekshiruv natijalari (material olingan sana va soat, axlat, qusuq massalari, o't suyuqligi natijalari); bemor oxirgi 5 kun ichida tashqariga chiqqan-chiqmaganligi; oxirgi 5 kun ichida bemorga kim, qachon, qayerdan kelganligi; atrof-muhit obyektlaridan vabo vibriionlari

kulturalarining ajratib olinishi: kulturalar qachon va qayerda ajratib olinganligi, ularning serovari, fagovari, virulentligi; kasalxonaga yotqizilgunga qadar antibiotiklar va boshqa kimyoterapevtik preparatlarni qabul qilish (qachon, qaysilari, qabul qilish davomiyligi); vodoprovod tarmog'ida avariya, suv ta'minotida uzilishlar, nostandart suv namunalari holatlari bo'lgan-bo'lmaganligi, qaysi aniq uchastkada va qachon; bemor oxirgi 5 kun davomida yer

VABOGA SHUBHA QILINGAN BEMORLARNI ANIQLASH

Ichak disfunktsiyasi va qusish bilan og'rigan bemorlar tibbiy yordam ko'rsatishning barcha bosqichlarida, uyushgan jamoalarda, har bir korxona va muassasada, o'tkir diareya bilan kasallanish darajasi yuqori bo'lgan va sanitariya-gigiyena ta'minoti qoniqarsiz bo'lgan hududlarda esa uyma-uy yurish orqali faol aniqlanadi. Tahdid va epidemik asoratlar davrida uyma-uy yurishlar umumiy tibbiyot tarmog'i tomonidan amalga oshiriladi, zarur hollarda tibbiyot institutlari va kollejlarning yuqori kurs talabalari jalb qilinadi. Diareya va qusish bilan kasallangan har bir aniqlangan bemor to'g'risida belgilangan tartibda tez tibbiy yordam stansiyasiga gosptalizatsiya qilish uchun xabar beriladi va shoshilinch xabarnoma hududiy SEOvaJSXga yuboriladi. Bemorlarni faol aniqlash natijalari to'g'risidagi ma'lumotlar har kuni hududiy poliklinikaga taqdim etiladi, u xizmat ko'rsatish uchastkalari bo'yicha bir kunlik yig'ma ma'lumotlarni hududiy SEOvaJSXga, uchastkalarda bir kun davomida o'tkazilgan tadbirlar to'g'risidagi ma'lumotlarni esa tibbiy shtabga yuboradi.

VIBRIOTASHUVCHILARNI ANIQLASH

Vibrion tashuvchilikka tekshiriladigan aholi guruhlari har bir muayyan holatda SEOvaJSX xizmati tomonidan belgilanadi va tibbiy shtab tomonidan tasdiqlanadi.

Vabo o'choqlarida vibrion tashuvchilikka majburiy tekshiruvdan vabo bilan og'rigan bemorlar va vibrion tashuvchilar bilan muloqotda bo'lgan shaxslar, ular alohidalashtirilganligi yoki tibbiy kuzatuv uchun uyda qoldirilganligidan qat'i nazar, shuningdek, ular bilan infeksiya yuqish xavfi bo'yicha bir xil sharoitda bo'lgan shaxslar o'tkaziladi. Tibbiy shtabning qaroriga ko'ra aholining ayrim kasbiy guruhlarini tekshirish bir marta o'tkazilishi mumkin. Vabo kasalligiga bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilishi lozim bo'lgan aholining dikretlangan guruhlar (suv inshootlari, tozalash inshootlari va sanitariya tozalash xodimlari) epidemiologik tahlil natijalari asosida aniqlanadi, bu tahlil jarayonida o'choq hududida doimiy yoki vaqtincha yashovchi aholining muayyan guruhlariga infeksiya yuqishi uchun alohida xavf tug'diruvchi infeksiya tarqalishining asosiy yo'llari va omillari aniqlanadi. Sanab o'tilgan kontingentlarni bakteriologik tekshirishni tashkil etish va o'tkazish tibbiy shtabning epidemiyaga qarshi va laboratoriya xizmatiga yuklatiladi.

MULOQOTDA BO'LGAN SHAXSLARGA NISBATAN TADBIRLAR VABO BILAN KASALLANGAN VA VIBRION TASHUVCHILAR BILAN.

Muloqotda bo'lganlarni alohidalashga ko'rsatmalar epidemiolog tomonidan bemor bilan muloqot darajasi, umumiy foydalanish joylarining sanitariya obodonchiligi darajasi, kasbiy faoliyat xususiyatlari va ular bilan bog'liq epidemiologik xavfni hisobga olgan holda belgilanadi. Vabo bilan og'rigan bemorlar va vibrion tashuvchilar bilan muloqotda bo'lgan shaxslarga ularning manzili, ish joyi, faoliyati, o'qishi, vaqti, muloqot darajasi va xususiyati ko'rsatilgan ro'yxatlar tuziladi. Maishiy sharoitlarda vabo bilan og'rigan bemorlar bilan muloqotda bo'lgan shaxslar: bemorning oila a'zolari, shuningdek, bitta kommunal kvartirada yashovchi, umumiy hojatxona, oshxonadan foydalanuvchi va bevosita doimiy aloqaning boshqa shakllariga ega bo'lgan shaxslar, shuningdek, bemor bilan bir xil infeksiya xavfiga duchor bo'lgan muloqotda bo'lgan shaxslar izolyatsiya qilinishi kerak. Dekretlangan kontingentlar orasidan bemor yoki vibrion tashuvchi bilan aloqada bo'lganlar majburiy izolyatsiya qilinishi kerak. Ajratib qo'yilishi lozim bo'lgan oilaning mehnatga layoqatli a'zolaridan birini uy xo'jaligini yuritish uchun uyda qoldirishga yo'l

qo'yiladi. Izolyatorga joylashtirilmagan muloqotda bo'lganlarga yashash joyida, ishlab chiqarish, o'qish va shu kabi sharoitlarda 5 sutka davomida tibbiy kuzatuv o'rnatiladi, bunda bemorlardan vabo vibriionlarining virulent shtammlari ajratilganda vabo kasalligiga bakteriologik tekshiruv uch marta (kuzatuvning birinchi sutkasi davomida) va vibriionlarning avirulent shtammlari ajratilganda va antibiotiklar bilan profilaktik davolashda (epidko'rsatmalarga ko'ra) bir marta o'tkaziladi.

DEZINFEKSIYA TADBIRLARI

Bemor aniqlangan joyda yakuniy dezinfeksiyani dezinfeksiya stansiyasi yoki SEOvaJSX markazlarining dezinfeksiya bo'limi ta'minlaydi. Yakuniy dezinfeksiya yashash joyida bemor kasalxonaga yotqizilgan (vafot etgan) vaqtdan boshlab 3 soatdan kechiktirmay, ish yoki o'qish joyida esa - aniqlangandan keyin birinchi sutkadan kechiktirmay o'tkaziladi. O'choqqa yetib kelgach, dezinfeksiya qiluvchi xodimlar kleyonkali yengliklar va fartuk bilan to'ldirilgan II turdagi o'latga qarshi kostyumni, shuningdek, A markali patronli respiratorni kiyadilar va quyidagi ketma-ketlikda ishlov beradilar: kirish joyidan boshlab polni dezinfeksiyalovchi eritma bilan mo'l-ko'l sug'oradi; bemorning ajralmalari va ovqat qoldiqlarini zararsizlantiradi; barcha idish-tovoqlarni yig'ib, ularni zararsizlantiradi; dezinfeksiya kamerasida zararsizlantirish uchun yumshoq narsalarni (ichki kiyimlar, ko'rpa-to'shaklar, gilamlar, yo'laklar, ustki kiyimlar va boshqalar) tanlaydi, ularni dezinfeksiyalovchi eritma bilan namlangan qoplarga joylashtiradi, hujjatlarni rasmiylashtiradi, narsalarni mashinaga o'tkazadi; jihozlarni zararsizlantiradi va devorlarni 2 metrgacha balandlikda sug'oradi; bemor va aloqada bo'lganlar xonasini ishlov berish tugagandan so'ng oshxona, hammom, hojatxona, yo'lak

O'choqqa ishlov berish tugagach, dezinfeksiya brigadasi maxsus kiyimlarini (poyabzal, qo'lqop, rezina fartuk) zararsizlantiradi va xalatlarini almashtiradi.

Bemor uning ish (o'qish) joyida aniqlanganda, u bevosita ish joyida bo'lgan xonada, shuningdek umumiy foydalanish joylarida - bufetlar (ishchi oshxonalar), dushxonalar va hojatxonalarda majburiy tartibda zararsizlantiriladi. Poliklinikalar, ambulatoriyalar

va boshqa davolash-profilaktika muassasalarida vabo bilan kasallangan yoki unga shubha qilingan bemor aniqlangan taqdirda, ushbu muassasalar xodimlari tomonidan bemorning axlati va qusuq massasi, shifokorlar xonasi va bemor bo'lgan boshqa xonalar, umumiy foydalaniladigan joylar, bemorni qabul qilish va ko'rikdan o'tkazishda ishtirok etgan xodimlarning maxsus kiyim-boshlari, bemorni qabul qilish vaqtida foydalanilgan asbob-uskunalar dezinfeksiya qilinadi. Statsionarlar va izolyatorlarni joylashtirishdan oldin binolar va hududlarda profilaktik dezinfeksiya va dezinseksiya o'tkaziladi. Statsionarlarda (bo'limlarda) joriy dezinfeksiyani kichik tibbiyot xodimi bevosita bo'lim katta tibbiyot hamshirasi rahbarligida o'tkazadi. Dezinfeksiyalovchi vositalarning bachadon eritmalarini markazlashgan holda maxsus xonada statsionar dezinfektorlari tayyorlaydi. Vabo bilan og'rigan yoki unga shubha qilingan bemorlar uchun mo'ljallangan statsionarda (bo'limda): qabul bo'limining sanitariya o'tkazgichida I-II darajali dehidratatsiya bo'lgan bemorga sanitariya ishlovi beriladi (bunda dushdan foydalanilmaydi), keyinchalik yuvindi suvlar va xona zararsizlantiriladi; bemorning buyumlari kleyonka qopga yig'iladi va zararsizlantirish uchun dezinfeksiya kamerasiga yuboriladi; qabul bo'limining xonasi bemor qabul qilingandan so'ng dezinfeksiya qilinadi; bemorlar individual tuvaklar yoki taglik kemalar bilan ta'minlanadi; bemorlarning ajratmalari idishlarda zararsizlantiriladi. Zararsizlantirilgan ajratmalar kanalizatsiyaga to'kiladi yoki maxsus tayyorlangan suv o'tkazmaydigan chuqurga olib chiqiladi, idish va tuvaklar esa maxsus ajratilgan xonada dezinfeksiyalovchi eritmaga botirib qo'shimcha zararsizlantiriladi; yumshoq inventarlar (bemorlarning ichki kiyimlari va choyshablari) kleyonkali qoplariga (qopqoqli bakka) yig'iladi va maxsus ajratilgan xonada qaynatish yoki dezinfeksiyalovchi eritmada ivitish yo'li bilan zararsizlantiriladi; yotoq anjomlari (ko'rpa, to'shak, yostiqlar) bemor kasalxonadan chiqqandan yoki vafot etgandan keyin dezinfeksiya kamerasida zararsizlantiriladi; oshxona idishlari bemor foydalangandan keyin ovqat qoldiqlaridan bo'shatiladi, qaynatish yo'li bilan zararsizlantiriladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmaga botiriladi. Idish-tovoqlar zararsizlantirilgandan so'ng yuviladi, quritiladi va bo'limdan tashqariga chiqarmasdan yana ishlatiladi; palatalar, koridorlar, ovqat bloklarida kun davomida kamida 2 marta dezinfeksiyalovchi

eritmalaridan foydalangan holda nam tozalash o'tkaziladi; yuqumli kasalliklar shifoxonasining barcha xonalari va hududida mashinalarga qarshi tadbirlar o'tkaziladi; tozalash anjomlari markirovka qilinadi, qat'iy belgilangan maqsadda ishlatiladi va har bir foydalanishdan so'ng zararsizlantiriladi; shifoxona yopilganda, uning sifatini majburiy bakteriologik nazorat qilish bilan yakuniy dezinfeksiya o'tkaziladi. Murdalarni ochish, tashish va ko'mish amaldagi **"I-II xavfli guruh patogen biologik agentlar bilan ishlashda biologik xavfsizlik qoidalari"**ga muvofiq amalga oshiriladi. Dezinfeksiya tadbirlarini tashkil etish va o'tkazishga uslubiy rahbarlik, shuningdek, dezinfeksiya sifati ustidan vizual, bakteriologik va kimyoviy nazoratni davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati markazlarining dezinfeksiya bo'limlari mutaxassisleri amalga oshiradi. Vabo avj olgan davrda aholi punktlarida ko'rsatmalar bo'yicha profilaktik dezinfeksiya tadbirlari (sanitar-hovli qurilmalarini zararsizlantirish) va pashshalarga qarshi qirish tadbirlari dezinfeksiya xizmatining tegishli bo'linmalari tomonidan o'tkaziladi. G'ildiraklarga qarshi tadbirlarni o'tkazish uchun veterinariya xizmati ham jalb qilinadi.

BAKTERIOLOGIK TEKSHIRISH O'CHOQDAGI ATROF-MUHIT OBYEKTлари

Xo'jalik-maishiy oqova suvlar tashlanadigan joylardagi, ommaviy tashkil etilgan rekreatsion suvdan foydalanish joylaridagi va epid ko'rsatkichlar bo'yicha belgilanadigan boshqa vaqtinchalik nuqtalardagi yer usti suv havzalarining suvlari majburiy bakteriologik tekshiruvdan o'tkazilishi lozim. Xo'jalik-maishiy oqova suvlar epid ko'rsatkichlar bo'yicha tekshiriladi. Tadqiqot obyektlari, atrof-muhit obyektlaridan namunalar olish nuqtalari soni va bakteriologik tekshirish karraligi o'choqda ajralib chiqadigan vabo vibriionlari kulturalarining virulentligini hisobga olgan holda tibbiyot shtabi qarori bilan belgilanadi.

VABO O'CHOQLARI PAYDO BO'LGANDA CHEKLOVCHI CHORALAR

Cheklovchi choralarga quyidagilar kiradi: ajratilgan vabo vibriionlari kulturalarining virulentligidan qat'i nazar, davlat sanitariya nazorati organlari

tomonidan belgilanadigan joylarda yer usti suv havzalaridan foydalanishni taqiqlash; uyushgan jamoalarda vabo bilan kasallangan bemor aniqlangan taqdirda aholi punktidan tashqariga chiqishni taqiqlash. U yoki bu cheklov choralari joriy etilayotgan hududning chegaralari aniq epidemik vaziyatdan, infeksiya yuqishining mumkin bo'lgan omillaridan, sanitariya-gigiyena sharoitlaridan, aholi migratsiyasining jadalligidan va boshqa hududlar bilan transport aloqalaridan kelib chiqqan holda belgilanadi.

SHOSHILINCH PROFILAKTIKA

Shoshilinch profilaktikaga oilada, kvartirada, ish, dam olish, davolanish joyida vabo bilan kasallangan bemor (vibrion tashuvchi) bilan muloqotda bo'lganlar, shuningdek, infeksiya yuqtirish xavfi bo'yicha bir xil sharoitda bo'lgan shaxslar (epidko'rsatkichlar bo'yicha) jalb etiladi. Shoshilinch profilaktika uchun tetratsiklin, sifloks yoki Tarevid buyuriladi. Vabo o'choqlarida ko'rsatib o'tilgan preparatlarga chidamli bo'lgan vabo vibrionlari shtammlari ajratilganda, har bir konkret holda shtammlarning antibiotikogrammasini hisobga olgan holda shtab a'zolari tomonidan preparatni almashtirish masalasi ko'rib chiqiladi.

VABO O'CHOG'IDA SANITARIYA-GIGIYENA TADBIRLARI

Vabo o'chog'ida o'tkaziladigan sanitariya-gigiyena tadbirlari aniqlangan va taxmin qilinayotgan yuqish omillarini va infeksiyaning yanada tarqalishiga imkon beradigan sharoitlarni bartaraf etishga qaratilgan. Sanitariya-bakteriologik tekshirish (koli-indeksni aniqlash) markazlashtirilgan xo'jalik-ichimlik suv ta'minoti uchun suv olish inshootlarining sanitariya-muhofaza zonasida har kuni, tarqatuvchi tarmoqda esa avariya holatlarida va sanitariya-epidemiya ko'rsatkichlari bo'yicha o'tkaziladi. Ko'rsatib o'tilgan obyektlardagi suvning fizik-kimyoviy ko'rsatkichlari bir oyda kamida 2 marta aniqlanadi. Rekreatsiya zonalarida sanitariya-bakteriologik tekshirishlar cho'milish mavsumida haftada kamida bir marta o'tkaziladi.

Tibbiyot shtabining profilaktika xizmati tegishli idoralarning tibbiyot xodimlarini jalb etgan holda quyidagilar ustidan kundalik nazoratni ta'minlaydi: xo'jalik-maishiy oqova suvlarni tozalash va zararsizlantirish hamda hududni sanitariya jihatidan tozalash sifati; bolalar maktabgacha tarbiya muassasalari, maktablar, bolalar va o'smirlar uchun yozgi sog'lomlashtirish muassasalari, dam olish uylari, sanatoriylar, pansionatlar, kempinglar, qariyalar va nogironlar uylari, bozorlar va kommunal xo'jalik korxonalarining sanitariya-gigiyena holati, talabalar qurilish otryadlarining mehnat va turmush sharoitlari; go'sht-sut va oziq-ovqat sanoati korxonalari, umumiy ovqatlanish va oziq-ovqat mahsulotlari savdosi korxonalarida texnologik va sanitariya normalari hamda qoidalariga, shu jumladan profilaktik dezinfeksiyaga rioya etilishi; temir yo'l vokzallari, yo'lovchi tashish poyezdlari, turistik poyezdlar to'xtash joylari, aeroportlar va aerovokzallar, daryo, dengiz va avtomobil yo'llari vokzallari, shuningdek transportdagi umumiy ovqatlanish obyektlarining sanit

Aholi o'rtasida vabo va boshqa o'tkir ichak infeksiyalarining oldini olish bo'yicha sanitariya maorifining barcha shakllari va usullaridan foydalangan holda aniq maqsadga qaratilgan sanitariya-maorifi ishlari olib borilmoqda.

OQAVA SUVLARNI ZARARSIZLANTIRISH

Vabo o'choqlarida yoki uning tarqalish xavfi tug'ilganda barcha xo'jalik-maishiy oqova suvlar, shuningdek ayrim korxonalar va muassasalarning oqova suvlari, shu jumladan vabo kasalliklari shifoxonalarining oqova suvlari zararsizlantirilishi lozim. Oqava suvlari tashqi kanalizatsiyaga chiqarilishidan oldin zararsizlantirilishi lozim bo'lgan obyektlar ro'yxati yuzaga kelgan epidemik vaziyatni hisobga olgan holda davlat sanitariya nazorati va obodonlashtirish boshqarmasi organlari tomonidan belgilanadi. Oqava suvlarni zararsizlantirish uchun kimyoviy (xlorlash, nordonlashtirish, nordonlashtirish bilan xlorlash) dezinfeksiya usullari qo'llaniladi. Dezinfeksiyalovchi vositalardan xloraktiv preparatlar: natriy gipoxlorit, 5-10% li xlorli ohak eritmalari, kalsiy gipoxlorit asosiy tuzining uchdan ikki qismi va ishlatishga

ruxsat etilgan boshqa dezinfeksiyalovchi vositalardan foydalaniladi. Oqava suvlar kontakt rezervuarlarda (tindirgichlarda), ular bo'lmaganda esa bevosita kanalizatsiya kollektorlarida zararsizlantiriladi. Zararsizlantirish rejimi oqova suvlarning kelib chiqishi, ularning tozalanish darajasi va dezinfeksiyalovchi moddalar bilan mumkin bo'lgan aloqa davomiyligiga qarab belgilanadi. Chiqarib tashlanadigan suvlarda to'liq biologik tozalanadigan shahar kanalizatsiya-tozalash inshootlarining koli-indeksi rekreatsiya uchun foydalaniladigan suv havzalari uchun 1000 dan va xo'jalik-ichimlik suv ta'minoti manbai sifatida 10000 dan oshmasligi kerak. Shahar oqava suvlari va faqat mexanik tozalashdan o'tgan yuqumli kasalliklar shifoxonalari, shu jumladan vabo kasalliklari shifoxonalari oqova suvlaridagi koli-indeks rekreatsion maqsadlarda foydalaniladigan suv havzalari uchun 3000 dan va xo'jalik-ichimlik suv ta'minoti manbai sifatida 10000 dan oshmasligi kerak. Tozalanmagan shahar oqova suvlari (vabo kasalxonalari oqava suvlaridan tashqari ayrim korxona va muassasalarning avariya va xo'jalik-fekal oqova suvlari) uchun chiqarilayotgan suvdagi koli-indeks 10000 dan oshmasligi kerak.

EPIDEMIOLOGIK TAHLIL

Vabo o'chog'ida epidemiologik tahlil uning paydo bo'lgan vaqtdan boshlab, to batamom yo'qotilguncha o'tkaziladi. Epidemiologik tahlil o'choqning paydo bo'lish sabablari va shart-sharoitlarini aniqlash, yuqish yo'li bilan ta'sir ko'rsatuvchi va infeksiyaning tarqalish shart-sharoitlarini belgilash, shuningdek, muayyan sharoitlarda epidemiyaga qarshi tadbirlar taktikasi va hajmini asoslash hamda ularning samaradorligini baholash maqsadida o'tkaziladi. Epidemiologik tahlil tibbiyot shtabi qoshidagi maxsus guruh tomonidan amalga oshiriladi. Epidemiologik tahlil uchun quyidagi ma'lumotlar zarur: aholi punktining demografik tavsifi, aholi migratsiyasi va transport aloqalari to'g'risidagi ma'lumotlar; xo'jalik-ichimlik suvi ta'minoti, madaniy-maishiy suvdan foydalanish, kanalizatsiya va sanitariya tozalash sharoitlari; avj olish davrlari, kasblar, yosh va jins bo'yicha kasallanish, vabo va vibriyon

tashuvchanlik kasalliklarining hududiy tarqalishi, o'choqliligi, bemorlar va vibrion tashuvchilarning zararlanish sabablari va sharoitlari, kasallik kechishining klinik shakllari, qo'zg'atuvchining tavsifi - serovar, fagovar va virulentlik; boshqa o'tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish; atrof-muhit obyektlarida vabo vibrionlarining mavjudligini o'rganish natijalari va bu obyektlardan ajratilgan kulturalarning odamlardan ajratilganlari bilan qiyosiy tavsifi; atrof-muhit obyektlarining vabo vibrionlari bilan zararlanish manbalari. Epidemiologik tahlil uchun vabo bilan kasallanishning har bir holatini epidemiologik tekshirish kartalari, kasallik tarixi, shuningdek, suv, yer usti suv havzalari, vodoprovodlar va oqova suvlarni sanitariya-bakteriologik va fizik-kimyoviy tekshirish natijalari, oziq-ovqat mahsulotlari, suv zaxiralari va bemor atrofida uy-ro'zg'or buyumlaridan yuvindilarni vaboga bakteriologik tekshirish natijalari, oziq-ovqat sanoati korxonalari, umumiy ovqatlanish, oziq-ovqat mahsulotlari savdosi, ommaviy dam olish joylari, bolalar muassasalari va boshqalarning sanitariya-gigiyena holatini tekshirish ma'lumotlaridan foydalaniladi. Bemorlarni faol aniqlash, kasalxonaga yotqizishning to'liqligi va muddatlari, o'choqli dezinfeksiya, oqava suvlarni zararsizlantirish, maxsus va shoshilinch profilaktika bo'yicha ma'lumotlar umumlashtiriladi. Epidemiologik tahlil natijalari tushuntirish xati ko'rinishida rasmiylashtiriladi, har kuni tibbiy shtabga ma'lum qilinadi va epidemiyaga qarshi tadbirlarning yo'nalishi, hajmi va tashkil etilishiga tegishli tuzatishlar kiritish uchun asos bo'ladi. Oxirgi bemor kasalxonaga yotqizilgandan so'ng o'n kun o'tgach, ajratilgan vabo vibrionlari shtammlarining virulentligi va yakuniy dezinfeksiya o'tkazilishidan qat'i nazar, o'choq yo'q qilingan deb hisoblanadi. Vabo bilan og'rigan bemorlar uchun mo'ljallangan statsionarlar va ulardan olingan materiallar tekshiriladigan bakteriologik laboratoriyalar oxirgi bemorni chiqarish bo'yicha ishlarni davom ettirmoqdalar. Vabo o'chog'i bartaraf etilgandan so'ng tibbiyot shtabi tomonidan O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligiga belgilangan tartibda yakuniy hisobot taqdim etiladi.

VABO O'CHOG'I TUGATILGANDAN KEYINGI TADBIRLAR

Vabo yoki vibrion tashuvchilikni boshdan kechirgan shaxslarga nisbatan chora-tadbirlar

Vabo yoki vibrion tashuvchilikni boshdan kechirgan shaxslar statsionarlardan chiqarilgandan so'ng, kasbidan qat'i nazar, darhol ishga (o'qishga) qo'yiladi va yashash joyi bo'yicha hududiy SEOvaJSX va poliklinikalarning yuqumli kasalliklar kabinetlarida hisobga qo'yiladi; ularning har biriga karta (30a-shakl) tuziladi va 3 oy muddatga dispanser kuzatuv o'rnatiladi. Dispanser kuzatuv yuqumli kasalliklar xonasi tomonidan olib boriladi. Kabinet bo'lmaganda kuzatuv uchastka shifokori (terapevt, pediatr) tomonidan terapiya (pediatriya) bo'limi mudiri nazorati ostida amalga oshiriladi. Birinchi oyda 10 kunda bir marta najasni bakteriologik tekshirish o'tkaziladi. Keyinchalik axlat 30 kunda bir marta tekshiriladi. Rekonvalessentlarda vibrion tashuvchilik aniqlangan taqdirda ular vabo statsionariga davolanish uchun yotqiziladi, shundan so'ng ularni dispanser kuzatuv davom ettiriladi. Vabo yoki vibrion tashuvchilikni boshidan kechirgan shaxslar to'liq sog'ayib ketgandan va dispanser kuzatuv muddati davomida vabo vibrionlari ajralib chiqmaganidan keyin dispanser hisobidan chiqariladi. Hisobdan chiqarish poliklinika bosh shifokori, infeksiyalar va epidemiolog tomonidan komissiya asosida amalga oshiriladi.

Aholi punktlarida profilaktika tadbirlari

Tibbiyot shtabi vabo o'chog'ida o'tkazilgan epidemiologik tahlil asosida epidemik asoratlar yuzaga kelishi mumkin bo'lgan sabablarni bartaraf etishga qaratilgan aniq takliflar ishlab chiqadi va vaboda profilaktika tadbirlarining kompleks rejasiga tegishli tuzatishlar kiritadi. Davlat sanitariya nazorati organlari tomonidan aholining xo'jalik-ichimlik suv ta'minoti holati, aholi punktining kanalizatsiya sharoitlari va holati, xo'jalik-maishiy oqova suvlarni tozalash va zararsizlantirish samaradorligi, rekreatsion suvdan foydalanish sharoitlari, bolalar maktabgacha tarbiya va sog'lomlashtirish muassasalarining, ruhiy-asab kasalliklari shifoxonalarining sanitariya-gigiyena holati, talabalar qurilish otryadlarini joylashtirish sharoitlari, oziq-ovqat sanoati, umumiy ovqatlanish va oziq-ovqat mahsulotlari savdosi korxonalarida

texnologik sanitariya normalari va qoidalariga rioya etilishi ustidan kuchaytirilgan nazorat ta'minlanadi. Vabo va o'tkir ichak infeksiyalari profilaktikasi bo'yicha aniq maqsadga yo'naltirilgan sanitariya-oqartuv ishlarini tizimli ravishda olib borish davom ettirilmoqda.

VABO VA PROVIZOR STATSIONARLARINING, IZOLYATORNING TUZILISHI VA REJIMI

Karantin infeksiyalari (o'lat, vabo, sariq isitma,), maymun chechagi, legionerlar kasalligi, virusli yuqori kontagiozli gemorragik isitmalar, shuningdek, markazlashtirilgan suv ta'minoti manbalaridan 01 seroguruhli vabo vibrioni ajralib chiqqanda gumon qilingan odamlarning kasallanishi (vafot etishi) bilan bog'liq barcha holatlar to'g'risida navbatdan tashqari xabarlar (058-x shoshilinch xabarnoma) darhol, har qanday mavjud usullar bilan bunday holatlarni aniqlagan muassasalar tomonidan O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining buyrug'iga muvofiq tegishli instansiyalarga taqdim etiladi.

Ma'lumotlar: aniqlangan joy, bemorning F.I.O., yoshi, fuqaroligi, yashash manzili yoki O'zbekistonga kelish vaqti, kasallik sanasi, aniqlangan sana, dastlabki tashxis, asosiy alomatlar, muloqotda bo'lganlar soni, o'tkazilgan birlamchi epidemiyaga qarshi tadbirlar, tibbiyot muassasasining mutaxassislar, mol-mulk, dori-darmonlar bilan jihozlanganligi. Suv tarmog'idan vabo vibrioni ajratib olinganda tarmoqning manzili, nimaga mo'ljallanganligi, ajratib olingan kulturalarning sanasi va miqdori, ularning asosiy xarakteristikasi, ko'rilayotgan chora-tadbirlar ma'lum qilinadi.

O'tkir diareya bilan kasallangan bemorlarni vaboga tekshirish uchun klinik va epidemiologik ko'rsatmalar

Klinik ko'rsatmalar:

- najasning guruch qaynatmasi ko'rinishidagi hidsiz, suvli (mo'l) xarakteri;
- ovqatlanish bilan bog'liq bo'lmagan ko'p martalik suvli qusish

- og'ir suvsizlanish belgilari (qon bosimining pasayishi, taxikardiya, nafas qisilishi, oliguriya, tutqanoqlar)
- qorinda og'riq yo'qligi
- harorat me'yor atrofida yoki undan past

Epidemiologik ko'rsatmalar: tashqi muhit obyektlaridan O1 va O139 Bengal vabo vibriionlarining toksigen (virulent) va avirulent kulturalari ajratilgan hududda o'tkir diareya bilan kasallangan bemorlarni tekshirish; o'tkir diareya bilan guruhli (5 va undan ortiq) kasallanish holatlari; vabo o'choqlarida o'tkir diareya bilan kasallangan bemorlar; so'nggi 5 kun ichida vabo bo'yicha noqulay mamlakatlardan kelgan o'tkir diareya bilan kasallangan bemorlar.

**Vabo kasalligiga shubha qilingan bemordan nativ material olish uchun
to'shama (DPM uchun)**

Yo'q p/p	Nomi	O'lchov birligi	Miqdor
1.	Sig'imi 100 ml dan kam bo'lmagan (steril) qopqoqli yoki silliqlangan tiqinli keng bo'g'izli bankalar	dona.	2.
2.	Kichik kalibrli rezina nokli shisha naycha yoki qoshiq (steril)	dona.	2.
3.	Alyuminiy sirtmoqlar (steril)	dona.	2.
4.	Bakteriologik probirkalar (steril)	dona.	5.
5.	Paxtali tamponlar (steril)	dona.	20.
6.	Yog'och (metall) shpatel (steril.)	dona.	1.
7.	6 uyali yig'ma shtativ	dona.	1.
8.	50 ml li flakonlarda 1 foizli peptonli suv (steril)	dona.	2.
9.	Spirt-rektifikat 96 grad.	ml	250.
10.	Doka salfetkalar	dona.	5.
11.	Spirt lampa	dona.	1.
12.	Anatomik pinset	dona.	1.

13.	Shpagat	m	2.
14.	Gugurt	kor.	1.
15.	Taglik tibbiyot kleyonkasi	m	1.
16.	Polietilen paketlar	dona.	5.
17.	Yozuv qog'osi	varaq	2.
18.	Nusxa ko'chirish qog'osi	varaq	2.
19.	Tahlil uchun yo'llanma (blank)	dona.	3.
20.	Leykoplastir	upak.	1.
21.	Oddiy qalam	dona.	1.
22.	Shisha ustidagi qalam yoki marker	dona.	1.
23.	Namunalarni yetkazib berish uchun biks (metall konteyner)	dona.	1.
24.	Material olish bo'yicha yo'riqnoma	dona.	1.
25.	30 g dan bo'lgan xaltalarda xloramin 1 l 3 protsentli eritma tayyorlash	dona.	10.
26.	3% li xloramin tayyorlash uchun 1 litrli idish	dona.	1.
27.	1 kg ajratmaga 200 g hisobidan paketdagi quruq xlorli ohak	dona.	1.
28.	Rezina qo'lqoplar	juftliklar	2.

Tibbiyot xodimlarining shaxsiy shoshilinch profilaktikasi uchun to'shama, karantinli va o'ta xavfli infeksiyalar qo'zg'atuvchilari bilan aloqada bo'lganlar

Yo'q	Nomi	Miqdor
1.	Teri va og'iz bo'shlig'ini tozalash uchun 70 ⁰ spirt	200ml
2.	Tetratsiklin tabletkalari	1 qadoq
3.	Flakondagi tetratsiklin	2 flakon
4.	Flakondagi streptomitsin	1 flakon
5.	Albutsid 30%	1 flakon

6.	5 ml dan distillangan suv	2 ampula
7.	Paxtali tamponlar	10 dona
8.	Tetratsiklin tabletkalari	1 qadoq
9.	5 ml shprislar	2dona

Shaxsiy himoya kiyimlarini tarkibi

Yo‘q	Nomi
1.	Atlas pijama
2.	Paypoq p/m
3.	O‘latga qarshi xalat (jarrohlik)
4.	Tibbiy xalat
5.	Keng (ikki o‘lchamli) ro‘mol
6.	Tibbiy qalpoq
7.	Rezina etiklar (chuqur kalishlar)
8.	Shippak
9.	Jarrohlik qo‘lqoplari
10.	Paxta-dokali niqoblar
11.	Ko‘zoynak
12.	Sochig‘
13.	Kleyonka fartuk
14.	Kleyonkali yengliklar
15.	Talk
16.	Ko‘zoynak sovuni
17.	Joylash uchun kleyonkali (brezentli) qop

Vabo kasalligida dezinfeksiya tadbirlari SanQvaM 0342-17 "Shifoxona ichi infeksiyalari profilaktikasi" ga muvofiq amalga oshiriladi.

N	Zararsizlantirish obyektining nomi	Joriy dezinfeksiyada	Yakunlovchi dezinfeksiyada
1.	Ajralmalar (najas, qusuq massalari, siydik)	Ajralmalar solingan taglik idish, bak, tuvak yoki boshqa idishga quyidagilar solinadi: Xlorli ohak quruq holda 200 g/kg hisobida (1:5), ekspozitsiya 1 soat. ve treti osnovnoy soli gipoxlorita kalsiya (DTS GK) iz rascheta 100 g/kg (1:10), ekspozitsiya 2 ch. Dixlorizotsianur kislotasining natriyli (kaliyli) tuzining 4% li eritmasi 1:2 nisbatda, ekspozitsiya 2 soat; 5% li lizol A eritmasi (sanitariya lizoli); 10% li lizol B (naftalizol) eritmasi; natriy gipoxloritning suyultirilmagan eritmasi; 1 qism najasga 3 qism qaynoq suv hisobidan qaynoq suv quyiladi.	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
2.	Siydik	Eritmalardan birining teng miqdori qo‘shiladi: 2% li lizol eritmasi; 1% li xlorli ohak eritmasi; 2% li xloramin eritmasi; 1% li DTSGK eritmasi; 1% natriy gipoxlorit eritmasi;	

		dixlorizotsianur kislotaning kaliyli (natriyli) tuzining 0,1% li eritmasi; Ekspozitsiya 1 soat.	
3.	Ajralmalar saqlanadigan idishlar (tuvak, idish va boshqalar)	Ajralmalardan ozod qilinadi va dezinfeksiyalovchi eritmalardan biriga 15 daqiqaga botiriladi; 5% li lizol eritmasi; 1% li xloramin eritmasi; 1% li tindirilgan xlorli ohak eritmasi; 0,5% li DTS GK eritmasi; 1% natriy gipoxlorit eritmasi; Dixlorizotsianur kislotaning kaliy (natriy) tuzining 0,2% li eritmasi.	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
4.	Idishlar (choyxona) va oshxona.	Ovqat qoldiqlari bilan birga 2% li soda eritmasida 15 daqiqa qaynatiladi. Qaynash paytidan boshlab yoki vertikal holatda 30 daqiqaga cho'ktiriladi. Eritmalardan biriga; 1% li xloramin eritmasi; 1% li tindirilgan xlorli ohak eritmasi; 0,5% li DTS GK eritmasi; 1% natriy gipoxlorit eritmasi; 0,5% li yuvish vositasi bilan 3% li vodorod peroksid eritmasi; yoki 2 soatga; Dixlorizotsianur kislotaning kaliyli (natriyli)	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.

		tuzining 0,2% li eritmasi. Idishlar zararsizlantiriladi va keyin oqar suv bilan yuviladi.	
6.	Mato, cho‘tkalar, mochalkalar, idish-tovoq yuvish uchun.	2% li soda eritmasida, har qanday yuvish vositasida qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalardan biriga 2 soatga botiriladi: 1% li xloramin eritmasi; 3% li lizol eritmasi; 0,5% li yuvish vositasi qo‘shilgan 3% li vodorod peroksid eritmasi. Ekspozitsiya 30 min.	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
7.	Ichki kiyim	Har qanday yuvish vositasining 2% li soda eritmasida 15 minut qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalardan biriga (0,1% li xloramin eritmasi) botirib qo‘yiladi; dixlorizotsianur kislotasining natriyli (kaliyli) tuzining 0,2% li eritmasi; 3% li lizol eritmasi; Vodorod peroksidning 3% li eritmasi 0,5% li yuvish vositasi eritmasi bilan 30 daqiqaga. Zararsizlantirish muddati tugagandan so‘ng, kiyimlar yuviladi.	Ko‘rsatilgan dezinfeksiyalovchi eritmalardan biri bilan namlangan qoplarga yig‘iladi, dezinfeksiya kamerasida ishlov berish uchun yuboriladi.

8.	Koʻrpa-toʻshaklar.	Ustiga astarlik kleyonka yopiladi.	Kamerada dezinfeksiya qilish uchun yuboriladi.
9.	Taglik kleyonka.	10-bandda koʻrsatilgan eritmalardan biri bilan namlangan latta bilan artiladi.	Joriy dezinfeksiyadagi kabi yoki 10-bandda koʻrsatilgan eritmalardan birida 30 daqiqa davomida namlanadi.
10.	Bemorlarni parvarish qilish buyumlari (grelkalar, taglik doiralar va shu kabilar).	15 minut qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalardan biri bilan yaxshilab hoʻllangan latta bilan artiladi; 1% li xloramin eritmasi; 1% li tindirilgan xlorli ohak eritmasi; 0,5% li DTS GK eritmasi; dixlorizotsianur kislotaning kaliyli (natriyli) tuzining 0,2% li eritmasi; 1% natriy gipoxlorit eritmasi; 3% li lizol A eritmasi; 0,5% li yuvish vositasi bilan 3% li vodorod peroksid eritmasi; Termometrlar koʻrsatilgan eritmalardan birida saqlanadi.	

11.	Sintetik matodan tayyorlangan buyumlar.	1% li sovun-soda eritmasida 15 minut qaynatiladi yoki dezinfeksiyalovchi eritmalardan biriga botirib qo'yiladi. 1% li xloramin eritmasi 4 soatga; 0,2% li formaldegid eritmasi 1 soatga 70°S haroratda.	Kamerali usulda bug'-formalinli kamerada bug'-havo usuli bo'yicha 80-90°S haroratda 30 daqiqa davomida yoki bug'li kameralarda 110°S haroratda 30 daqiqa davomida.
12.	Xonalar, jihozlar.	10-bandda ko'rsatilgan eritmalardan biri bilan namlangan latta bilan artiladi. Agar pol bemorning ajralmalari bilan ifloslangan bo'lsa, pol 10-bandda ko'rsatilgan eritmalardan biri bilan to'ldiriladi, 30 daqiqadan so'ng xonalar tozalanadi.	Pol, devorlar, mebellar 10-bandda ko'rsatilgan dezinfeksiyalovchi eritmalardan biri bilan sug'oriladi. Eritma sarfi me'yori 0,3 l/m. Ekspozitsiya 1 soat.
13.	Sayqallangan mebel	Tozalash vositalaridan biri ("Polirol," "Glyanes" va boshqalar) yoki kerosin bilan ho'llangan latta bilan artiladi.	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.

14.	Plastmassa qoplamalar, buyumlar.	Ko'rsatilgan eritmalardan biri bilan yaxshilab ho'llangan latta bilan artiladi: 3% li lizol eritmasi; 1% xloramin eritmasi	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
15.	Hojatxonalar .	Pol, 2 metr balandlikdagi devorlar, stulchalar, rakovinalar, pissuarlar, unitazlar kuniga kamida ikki marta 10-bandda ko'rsatilgan eritmalardan biri bilan mo'l-ko'l sug'oriladi.	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
16.	Vannaxonalar	Bemorni yuvintirish tugagandan so'ng vanna tarkibiga aralashtirib turgan holda 0,5% li eritma olish hisobidan quruq xlorli ohak qo'shiladi (1 chelak yuvindi suvga 50 g preparat yoki 500 ml 10% li tindirilgan xlorli ohak eritmasi), 30 daqiqadan so'ng vanna bo'shatiladi va issiq suv bilan yuviladi. Pol va devorlar 10-bandda ko'rsatilgan eritmalardan biri bilan yuviladi.	
17.	Yig'ish materiallari.	Soda yoki har qanday yuvish vositasining 2% li eritmasida 15 minut qaynatiladi. Eslatma. Barcha tozalash materiallari yorliqlanadi va ulardan boshqa maqsadlarda foydalanish qat'iyan taqiqlanadi.	

18.	Ustki kiyim		Kamerali dezinfeksiyaga yuboriladi.
19.	Poyabzal	Artib tashlanadi yoki 15 daqiqaga 10-bandda ko'rsatilgan dezinfeksiyalovchi eritmalardan biriga botiriladi.	Hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
20.	Bemor va xizmat ko'rsatuvchi xodimlarning qo'llari.	Xloraminning 1% li eritmasida, lizolning 2% li eritmasida zararsizlantiriladi, so'ngra suv bilan sovunlab yuviladi.	Xuddi hozirgi dezinfeksiyadagi kabi.
21.	Hovlidagi hojatxonalar, yuvindi va axlat qutilari.	Zich yopilgan holda, to'lib ketishiga yo'l qo'ymasdan saqlanadi, har kuni quyidagilarga ishlov beriladi: 10% li xlorli ohak suti bilan; yoki natriy gipoxloritning suyultirilmagan eritmasi bilan; 5% li lizol A eritmasi bilan; 10% li lizol B eritmasi (naftalizol); Sarflash me'yori 1,% l/kv. m yoki tarkibida kamida 3% fenol yoki krezol bo'lgan mahalliy sanoat chiqindilaridan foydalaniladi; faol xlor 1% dan kam emas, kislotalar 4% dan kam emas, sarflash me'yori - 1 l/m.	

