

M. YULCHIBAYEV, K. MULLADJANOVA

**BOLALARDA
HAVO-TOMCHI YO‘LI
BILAN YUQUVCHI
YUQUMLI KASALLIKLAR**

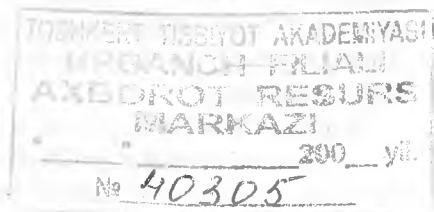
Toshkent — 2014

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI**

M. Yulchibayev, K.A. Mulladjanova

**BOLALARDA HAVO-TOMCHI
YO‘LI BILAN YUQUVCHI
YUQUMLI KASALLIKLAR**

*Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi tomonidan
5510200 – «Pediatriya ishi» ta‘lim yo‘nalishi talabalari
uchun o‘quv qo‘llanma sifatida tavsiya etilgan*



**O‘zbekiston faylasuflari milliy jamiyati nashriyoti
Toshkent – 2014**

UO'K: 616.9-053.2(075)

KBK: 55.1

Yu-39

Yulchibayev M.

Yu-39 Bolalarda havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi yuqumli kasalliklar: o'quv qo'llanma / M. Yulchibayev, K.A. Mulladjanova; O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. – Toshkent: O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati nashriyoti, 2014. – 168 b.

UO'K: 616.9-053.2(075)

KBK: 55.1

Taqrizchilar:

T.A. Daminov – t.f.d., professor, O'zFA akademigi,

F.Sh. Xamidov – t.f.n., dotsent.

Ma'lumki, bolalarda havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi kasalliklarning turlari ko'p bo'lib ular keng tarqalgan hisoblanadi. O'zbekiston Respublikasida qabul qilingan emlash jadvaliga asosan bo'g'ma, qizamiq infeksiyalari tugatilish arafasida. Qisman havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi poliomielit O'zbekiston hududida butunlay tugatiladi. Ushbu kasalliklar bo'yicha barqarorlikni ta'minlash uchun faol immunizatsiya doimo o'tkazilib turilishi shart.

Faol immunizatsiya o'tkaziladigan ko'kyo'tal, parotit infeksiyasi ancha kamayganligiga qaramay baribir uchrab turibdi. Ular ichida ko'kyo'tal kasalligi bir yoshgacha bo'lgan bolalarda og'ir o'tib, ayrim hollarda o'lim bilan tugashi mumkin. Parotit infeksiyasi o'g'il bolalarda orxit keltirib chiqarib, bepushtlikka sabab bo'lishi mumkin. Virusli gripp kasalligi ham bolalarda ko'p uchrab, og'ir kehishi, keng tarqalishi bilan izohlanadi.

Sog'lom bola yili munosabati bilan Tibbiyot institutlarining pediatriya fakulteti talabalariga Davlat tilida darsliklar yetarli bo'lmaganligi, uchun bolalardagi havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi kasalliklarni batafsil o'rganish uchun ushbu o'quv qo'llanma tayyorlanadi.

ISBN 978-9943-391-86-4

© O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati nashriyoti, 2014.

KIRISH

Yuqumli kasalliklar patogen va shartli patogen mikroorganizmlar tomonidan chaqiriluvchi, yuqumlillik xususiyatiga ega bo'luvchi, yashirin davri mavjudligi, klinik belgilari, siklik o'tib, maxsus immunitet shakllanuvchi kasalliklar guruhidir.

Tarixiy ma'lumotlar. Yuqumli kasalliklar qadim zamonlardan ma'lum. Qaytalanma tif, ichburug', qoqshol, yolin, kuydirgi, tepki va virusli hepatitlarning klinik manzarasini Gippokrat (e.a. 460–377-yy) asarlarida; o'lat, poliomiylit, bezgak kasalliklari qadimgi yunon qo'lyozmalarida (e.a. III–IV asrlar); chin chechakniki qadimgi xitoy qo'lyozmalarida (e.a. XII asr) o'z ifodasini topgan.

Dastavval yuqumli kasalliklarning sabablarini zaharli parlar – plazmalar bilan tushuntirishgan, ammo XVI asrning o'rtalarida kontagiyalar haqida ta'limot keng tarqaldi (D. Fracastro, 1546). Ushbu ta'limot bo'yicha yuqumli kasalliklarni tipik qo'zg'atuvchilar – kontagiyalar chaqiradi. XVII–XIX asrlarda bolalar yuqumli kasalliklari haqida tasavvurlar paydo bo'ldi. Qizamiq, skarlatina, suvchechak, poliomiylit, ko'kyo'tal, qizilcha alohida kasalliklar sifatida ajratildi.

Bu bosqichda N.F. Filatov, S.F. Xotovitskiy, S.P. Botkin, A.D. Romanovskiy, I.V. Traitskiy, D.S. Samaylovich, M.Ya. Mudrov, I.P. Vasilyev, G.I. Minx, O.O. Mogutkovskiy, F.A. Lesh va boshqalar yuqumli kasalliklarni o'rganishga katta hissa qo'shdilar.

O'zbekistonda bolalar yuqumli kasalliklari fanini taraqqiy etishida professor X.A. Yunusova maktabining xizmati katta bo'ldi. Bu maktabning vakillari professor T.S. Loginova, O.S. Mahmudov, K.M. Mirzayev, T.O. Daminovlar bolalar yuqumli kasalliklarini o'rganishda yaxshi natijalarga erishdilar.

Infeksiya va infeksion jarayon. Infeksiya yoki infeksion jarayon deyilganda, tashqi muhit ta'sirida makro- va mikroorganizmlarning o'zaro munosabati tushuniladi. Ammo har doim ham makro- va mikroorganizmning o'zaro ta'siri infeksion kasallik bilan tugallanmaydi.

Infeksiya va infeksiyon jarayon bo'lishi uchun makroorganizm funksiyasi buzilishi natijasida kasallikning morfologik substrakti shakllanadi va klinik simptomlari namoyon bo'ladi. Agar infeksiyon jarayon patologik substraktining shakllanishiga olib kelmasa, kasallikning klinik belgilari paydo bo'lmasa hamda qonda maxsus antitelalar titri ko'tarilmasa, u holda sog'lom tashuvchi deyiladi.

Makro- va mikroorganizmlarning bunday o'zaro ta'siri, qoldiq spetsifik immuniteti bor bolalarda yoki tug'ma tabiiy moyillik bo'lmagan shaxslarda uchraydi.

Mikro- va makroorganizm munosabatlarining alohida turi asta-sekin rivojlanuvchi infeksiya hisoblanib, kasallik asta-sekin (ko'p yillar davomida) taraqqiy qilib, ichki a'zolarining og'ir shikastlanishi va yomon oqibatlar bilan yakunlanishi bilan izohlanadi. Nim o'tkir sklerozlovchi panensefalit, limfotsitar xorio-meningit, krup singari kasalliklar asta-sekin rivojlanuvchi kasallik jumlasiga kiradi.

Infeksiyon jarayon soprofit simbnant flora faollanuvchi (endogen yoki autoinfeksiya) natijasida, ayniqsa nimjon, og'rigan bolalarda kelib chiqadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda autoinfeksiya kandidoz, stafilokokkli, proteyli, klebsellyozli, yashil yiringli tayoqchali infeksiyalar shaklida namoyon bo'ladi.

Har bir yuqumli kasallik makroorganizmga qo'zg'atuvchining kirishi bilan boshlanadi. Shuning uchun qo'zg'atuvchini patogenlik, virulentlik, invazivlik, toksigenlik singari sifat xususiyatlari katta ahamiyat kasb etadi.

Patogenlik — mikroorganizmlarning aniq kasallik chaqira olish xislati hisoblanadi. Patogenlik maxsus bo'ladi, ya'ni bir turdagi mikroorganizmlar va viruslar alohida klinik belgilar va morfologik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Virulentlik — patogenlikning darajasi. Klinik sharoitlarda mikroblar virulentligi ular chaqirgan kasallikning og'irligi va oqibatiga qarab aniqlanadi, laboratoriya sharoitida esa tajribadagi hayvonlarning 50% ida infeksiyon jarayon rivojlanishi yoki ularning halok bo'lishiga (DL 50) qarab aniqlanadi.

Invazivlik yoki aggressivlik — qo'zg'atuvchining teri kasalliklari, shilliq qavatlar orqali ichki a'zolar va hujayralarga kira olish xususiyati.

Toksigenlik — mikroorganizmlarning zaharli moddalar (ekzo- va endotoksigenlar) ishlab chiqara olish xususiyati.

Patogen, invaziv va boshqa xususiyatlarga ega bo'lgan mikroorganizmlar organizmga infeksiyaning kirish darvozasi orqali kiradi. Bu yuqori nafas yo'llari, oshqozon-ichak trakti, teri qoplamlari bo'lishi mumkin.

Kasallikka moyil organizmda himoya vositalarining kuchsizligi tufayli qo'zg'atuvchi yoki uning toksini kasallik o'chog'idan o'tadi va patogenezning 3 ta yo'nalishini (toksik, septik, allergik) rivojiga sabab bo'ladi.

Toksik yo'nalish. Patogenezning toksik yo'nalishini mahalliy yallig'lanish o'chog'idan ekzo- va endotoksigenlarni qonga tushuvi bilan bog'liq. Klinikada bu yo'nalish zaharlanish simptomlari (tana haroratining ko'tarilishi, qayt qilish, ishtahaning bo'g'ilishi va boshqalar), gipertermik, talvasa, meningial sindromlar bilan namoyon bo'luvchi neyrotoksikoz. Miyaning shishuvi bo'kish yoki infeksiyon toksik shok (buyrak usti bezi va vegetativ nerv sistemasi shikastlanishi hisobiga yurak qon tizimida o'tkir yetishmovchiligi) rivojlanishi bilan izohlanadi.

Allergik yo'nalish. Mikrob oqsiliga, makroorganizmning shikastlangan to'qimalari yemirilishi natijasida hosil bo'lgan moddalarga organizm sezgirligining o'zgarishi natijasida kelib chiqadi. Patogen mikroorganizmlar va ularning mahsulotlariga yuqori sezuvchanlik *infeksion allergiya* deb ataladi.

Toksik va allergik yo'nalishlar immunitetning hamma turlarini klinik pasayishiga, membranalar va tomirlar membranasining o'tkazuvchanligi ortishiga olib kelgani uchun mikroorganizmlar invaziyasi uchun qulay sharoit yuzaga kelib *septik yo'nalishning* rivojlanishi kuzatiladi.

BOLALARDA HAVO-TOMCHI YO'LI BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR

1-mavzu. SKARLATINA – QIZIL KO'YLAK

Skarlatina — o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, β -gemolitik streptokokkning A guruhi tomonidan chaqiriladi, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Klinikasi umumiy intoksikatsiya belgilari angina va terida mayda nuqtasimon toshmalarining toshuvi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik yaxshi davolanmasa yiringli-septik asoratlari berishi mumkin. Skarlatina italyanча «skarlatto» so'zidan olingan bo'lib, qizil yoki to'q qizil ma'nosini bildiradi.

XX asrda skarlatinani o'rganishdagi asosiy yutuq bu kasallikning og'ir turlari keskin kamayib, o'lim sonining yo'qolishidir. Asr boshida bu kasallikdagi o'lim soni, bir yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida 40% ni tashkil qilgan edi. Bundan tashqari antibiotiklarni qo'llash natijasida kasallikning og'ir septik asoratlari — flegmona, nefrit, osteomiyelit, zotiljam hozirda uchramayapti. Ammo skarlatina bilan kasallanishning ko'rsatkichlari hozir ham yuqori hisoblanib, Rossiyada, 100000 aholiga 200—250 taga to'g'ri keladi. O'zbekistonda skarlatina bunga nisbatan kam uchraydi. Skarlatina qadimdan aniq bo'lsada, uni boshqa toshmali kasalliklar bilan birgalikda o'rganilgan. 1554-yili shifokor Ingrasias skarlatinani qizamiq kasalligidan farqlab, uning klinik belgilarini rozaniya nomi bilan yozib qoldirdi. Kasallikni mufassalroq yoritgan ingliz shifokori Tomas Saydengem unga «qizil isitma» (krasnaya lixoradka) deb nom berdi. 1789—1824-yillari Bretanno skarlatinaning klinikasini, uning differensial diagnostikasini batafsil yoritib berdi.

Shunday qilib qadimda og'ir o'tib, ko'plab o'limga va og'ir asoratlarga sababchi bo'lgan skarlatina bugungi kunda o'ta yengil, asoratsiz kasallikka aylandi.

Skarlatinaning etiologiyasi. Skarlatinaning qo'zg'atuvchisi A guruhiga kiruvchi β -gemolitik streptokokk hisoblanadi. Skarla-

tina etiologiyasidagi virusli, dualistik va anafilaktik nazariyalar streptokokkli nazariya tasdiqlanganligi uchun o'z ahamiyatini yo'qotdi.

Skarlatinani qo'zg'ovchi gemolitik strentokokkning asosiy xususiyatlaridan biri uni toksin hosil qilish qobiliyatidir. Ko'plab izlanishlar natijasida A guruhiga kiruvchi streptokoklarning ekzotoksin ajratishi aniqlangan, ammo skarlatinaning kelib chiqishida asosiy rolni bola organizmining antitoksik immuniteti ko'lami o'ynaydi. Agar kasallik yuqish paytida antitoksik immunitet bo'lmasa, streptokokkli infeksiya skarlatina shaklida o'tadi. Antitoksin immuniteti bo'lganlarda esa skarlatina emas, balki angina, faringit, simptomsiz infeksiya rivojlanadi.

Ayrim streptokoklarning toksigenligini genomida eritrogen toksin genini mikroob tanasiga olib kiruvchi bakteriofag (virus) larning faolligi bilan bog'lasa bo'ladi.

Epidemiologiyasi. Skarlatina antropoz yuqumli kasallik hisoblanib, kasallik manbai aniq va yashirin turda skarlatina o'tkazayotgan bemor va boshqa streptokokkli kasallikni o'tkazayotgan bemorlar hisoblanadi.

Skarlatina yer yuzida notekis tarqalgan. Sovuq va o'rtacha haroratli mintaqalarda kasallik ko'p uchraydi, issiq iqlimlarda esa skarlatina kam uchraydi. Rossiyada o'rta hisobda 100000 aholiga 200–250 ta kasallik to'g'ri kelib, uning shimoliy rayonlarida ko'proq uchraydi. O'zbekistonda kasallik ko'rsatkichlari uncha yuqori emas.

Skarlatinada epidemik jarayon har 2–3 yil maboynida kasallikning davriy ko'tarilishi va kamayishi bilan izohlanib, 20–30 yil davomida ko'p yillik o'zgarishlarga duchor bo'ladi. Kasallik juda aniq mavsumiylikka ega: kuz-qish oylarida kasallikning ko'payishi kuzatiladi.

Asosan maktabgacha va maktab yoshidagi bolalar kasallanadilar. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar transplatsentar immunitet va streptokokk toksiniga fiziologik areaktivligi hisobiga skarlatina bilan kam og'riydi.

Kasallik asosan havo-tomchi yo'li bilan tarqaladi. Gigiyena qoidalariga amal qilinmaslik kasallikning tarqalishiga asosiy sabab bo'ladi. Bundan tashqari har xil darajadagi antitoksik immuniteti bor insonlarning hisobiga qo'zg'atuvchi shtammlarining almashinuvi ham katta ahamiyatga ega bo'ladi.

Kasallikning yuqumlilik darajasi (индекс контогиозности) 40% deb hisoblanadi.

Skarlatina bemor kasallik boshlanishi bilan atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikni o'ta yengil o'tkazayotganlar va boshqa streptokokkli kasalliklar (ayniqsa, nazofaringit) kasallikning keng tarqalishida katta rol o'ynaydi.

Oxirgi o'n yillarda skarlatina bilan kasallangan ko'rsatkichlarning pasayishi kuzatilmoqda, davriy ko'tarilishlarning ko'lami susayib, klinik belgilarining ham yengillashuvi qayd qilinayapti. 80% hollarda skarlatina yengil turda o'tayapti.

Patomorfologiyasi. Morfologik o'zgarishlar: streptokokk va uning toksinining ta'siri bilan belgilanadi. Streptokokk uchun kirish darvozasi bo'lib bodomcha bezlarining, halqumning shilliq qavatlari, kamdan kam hollarda jarohat va kuygan yuza hisoblanadi. Mahalliy o'zgarishlar shish, giperemiya, to'qimalarda leykotsitar infiltratsiyasi bilan namoyon bo'ladi. Kataral, fibrinoz va nekrotik yallig'lanish kuzatiladi.

Qo'zg'atuvchining to'qimaga boshlang'ich yopishuvi va bunda yallig'lanishi hamda limfadenit rivojlanishi birlamchi skarlatinoz kompleksi nomini olgan.

Birlamchi effektdan toksinning so'rilishi intoksikatsiya belgilari va mayda nuqtasimon toshmalarning toshuvi bilan namoyon bo'ladi.

Toshmalar mayda nuqtasimon xarakterda bo'lib, terining aniq giperemiya fonida bo'ladi. Mikroskopiyada perivaskulyar infiltratsiya va dermaning o'rtacha shish tipidagi mayda o'choqlar singari shikastlanishlar uchraydi. Epidermis suyuqlik bilan to'lishib, parakeratoz holati yuzaga keladi, keyinchalik shoxsimon qavat

yirik plastinka shaklida to'lad i (bu kaft, tovon sohalarida yaqqol namoyon bo'ladi).

Ichki a'zolar da skarlatinaga xos eozinofil mielotsitlar ishtirokida interstitsial limfogistiotsitar infiltratsiya shaklidagi nekrotik o'zgarishlar kuzatiladi. Mikrotsirkulyar buzilishlar, bosh miya va vegetativ qon aylanishining buzilishi, neyronlarda distrofik o'zgarishlar kuzatiladi. Morfologik o'zgarishlarning ko'lami kasallikning og'irligi va asoratlarning turiga muvofiq bo'ladi.

Eng jiddiy asorat bu streptokokkli glomerulonefrit bo'lib u nefrosklerozga olib kelishi mumkin.

Septik asoratlar rivojida nekrotik jarayon yiringli jarayondan ustun turadi. Bunda nekrotik o'rta otit, bo'yinning qattiq flegmonasi va boshqalar kelib chiqadi.

Patogene z. Skarlatinaga xos klinik manzara bilan kasallikning rivojlanishi streptokokkning organizmga toksik, septik va allergik ta'siri bilan bog'liq (A.A. Koltipin).

Streptokokklar shilliq qavatlari yoki jarohatlangan teriga tushgach kirish darvozasida yallig'lanish jarayonini chaqiradi. Limfa tomirlari va yuzaki qon-tomirlari orqali qo'zg'atuvchi limfa tugunlariga kirib boradi, qonda esa streptokokkning toksik substansiyalari paydo bo'lib, ular yurak qon-tomir, asab va endokrin sistemalariga ta'sir qiladi.

Toksik sindrom haroratning ko'tarilishi, toshma toshishi, bosh og'rishi, qayt qilish, tomirlarga simpatik ta'sirning ortishi singari umumiy intoksikatsiya simptomlari bilan namoyon bo'ladi. Og'ir holatlarda og'ir gemodinamik buzilishlar kelib chiqadi va u buyrak usti bezlarining qobig'iga qon quyilishi, bosh miya shishuvi, miokardda distrofik o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi.

Patogene zning septik ta'siri organizmga β -gemolitik streptokokk mikrobin ing ta'siri bilan izohlanadi. U kirish darvozasida yiringli nekrotik o'zgarishlar va asoratlar bilan namoyon bo'ladi. Septik o'zgarishlar kasallikning turli davrlarida namoyon bo'lishi

mumkin. Ayrim hollarda septik komponent kasallikning dastlabki kunlaridanoq yaqqol namoyon bo'ladi. Bu burun atrofi suyak bo'shliqlarining shikastlanishi, yiringli otit, limfadenit va adenoflegmona shaklida rivojlanadi. Septik yo'qolish klinikada limfadenit, otit, artrit kabi yiringli asoratlar bilan namoyon bo'lishi mumkin. Nekrotik otitda infeksiya suyak to'qimasini ham qamrab, miyaning qattiq pardasiga va venoz sindromlariga ham o'tishi mumkin.

Patogenezning allergik yo'nalishi. V gemolitik streptokokk va jarohatlangan to'qimalar antigenlari sensibilizatsiya hisobiga kelib chiqadi. Allergik holat kasallikning birinchi kunlarida namoyon bo'lishi mumkin, ammo 2–3 haftada yaqqolroq namoyon bo'ladi. Allergik sindrom klinikada turli toshmalar, o'tkir limfadenit, glomerulonefrit, miokardit, sinovit kabi ko'rinishda bo'ladi. Besabab harorat ko'tarilishi, turli toshmalar bilan namoyon bo'luvchi «allergik to'qimalar» ham allergiya natijasida kelib chiqadi.

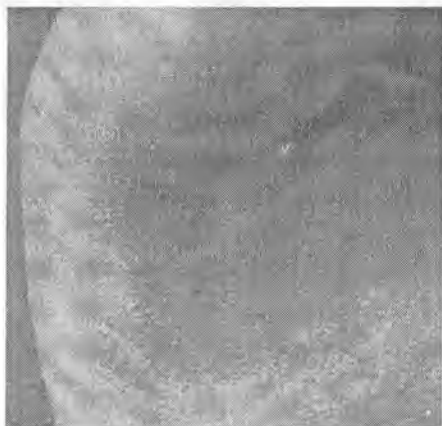
Skarlatina patogenezidagi bu 3 yo'nalish belgilari bir-biri bilan uzviy bog'liqlikda rivojlanadi.

Immunitet. Skarlatina o'tkazganlarda β -gemolitik streptokokkning A gruppasi uchun umumiy bo'lgan kuchli antitoksin immuniteti rivojlanadi. U bir umrga saqlanib qoladi. Antimikrob immunitet kuchsiz bo'lib, kasallikni chaqirgan serotipgagina qarshi bo'ladi, ya'ni tipospetsifik bo'ladi.

Dastlabki 6 oylikgacha bo'lgan bolalar skarlatina bilan og'rib o'tgan onalaridan o'tgan transplatsentar immunitet hisobiga skarlatina bilan og'rimaydilar. β -gemolitik streptokokka qarshi antitoksik immunitet streptokokkli boshqa kasalliklarni o'tkazishi oqibatida ham bo'lishi mumkin («passiv immunizatsiya»). Bola qonida antitoksik immunitetning yo'qligi streptokokkning xohlagan tipidagi skarlatinani chaqirish imkonini beradi. Bir paytning o'zida antitoksik immunitet borligi bolani skarlatinadan saqlaydi, ammo streptokokkli infeksiyaning boshqa turlari kelib chiqishi mumkin (angina, yolin va boshqalar).

Antibiotiklar, shu jumladan penitsillinning erta qo'llanishi streptokokkning organizmdan tezda yo'qolishiga va buning natijasida antitoksik immunitet shakllanishi susayishiga olib keladi, oqibatda kasallikning takrorlanish hollari uchrab turadi.

Klinik manzarasi. Skarlatinada yashirin davr o'rtacha 2–7 kunni tashkil qiladi. Bu davr bir necha soatgacha qisqarishi yoki 12 kungacha cho'zilishi mumkin. Kasallik haroratning ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Bola tomoq og'rig'i, bosh og'rig'idan shikoyat qiladi, odatda bir marta qayt qiladi. Kasallik boshlanganidan bir necha soat o'tgach bemorning yuzi, tanasi, oyoq-



1-rasm. Skarlatina.

40305-
qo'llarida mayda qizil nuqtasimon toshmalar toshadi. Toshmalar bola yuzining yanoq sohalariga toshib, og'iz-burun uchburchagi bundan mustasno bo'ladi. Bemorning tashqi ko'rinishi o'ziga xos: ko'zlari yaltiragan, ozgina shishgan, yanoqlari qip-qizil, bir paytda og'iz-burun uchburchagi oqargan va toshmasiz (N.F. Filatov simptomi). Terining tabiiy burmachalarida, tananing 2 yonboshidan, ayniqsa qorinning pastki qismlarida, qo'l va oyoqlarining bukiluvchan sathlarida, qo'ltiq ostida, chap sohasida toshmalar ko'proq toshadi. Bu sohalarda toshmalarining zichligi va gemorragik to'lishishi hisobiga to'q qizil (qora) chiziqlar hosil bo'ladi (pastia simptomi). Mayda nuqtasimon toshmalardan seroz yoki xira suyuqlik saqlovchi pufakchalarni ham kuzatish mumkin. Og'ir holatlarda toshmalar sianotik tus olib, dermografizm sust bo'ladi. Skarlatina uchun kapillyarlar o'tkazuvchanligining ortishi xos bo'lib, buni jgut qo'yib aniqlasa bo'ladi. Toshmalar 3–7 kun turgach hech qanday dog'siz yo'qolib



2-rasm. Skarlatina. Kaftdagi yirik-plastinkasimon po'st tashlash.

garishlar juda xarakterlidir. Bodomcha bezlari, uning ravoqlari va kichik tildan qattiq tanglaygacha o'tmaydigan, chegaralangan yorqin giperemiya juda xos. Kasallikning birinchi kunlari, ayrim bemorlarda, tomoqda nuqtasimon enantemani ko'rish mumkin. U gemorragik tus olishi mumkin. Halqumdagi o'zgarishlar shu qadar o'ziga xoski, ular hozirgi kunda ham



3-rasm. Skarlatina. Nekrotik angina.

ketadi. Toshmalaryo'qolgach, birinchi hafta oxiri ikkinchi hafta boshlarida teri po'st tashlay boshlaydi. Tanada, quloq suprasida, bo'yinda po'st tashlash kepaksimon bo'ladi. Miliar toshmalardan so'ng po'st tashlash ko'proq bo'ladi. Skarlatina uchun tovon va kaftda plastinkasimon bu holat po'st tashlash juda xos hisoblanadi.

Skarlatina uchun og'iz bo'shlig'i, tomoqdagi o'zgarishlar juda xarakterlidir. Bodomcha bezlari, uning ravoqlari va kichik tildan qattiq tanglaygacha o'tmaydigan, chegaralangan yorqin giperemiya juda xos. Kasallikning birinchi kunlari, ayrim bemorlarda, tomoqda nuqtasimon enantemani ko'rish mumkin. U gemorragik tus olishi mumkin. Halqumdagi o'zgarishlar shu qadar o'ziga xoski, ular hozirgi kunda ham N.F. Filatov iboralari bilan «tomoqdagi yong'in», «olovli angina» deb yuritiladi.

Angina skarlatinada kataral, lakunar, follikulyar bo'lishi mumkin, ammo eng xarakterlisi nekrotik angina bo'lishi mumkin. Og'irlik darajasiga qarab yuzaki orolchasimon, yoki chuqur ketib bodomcha bezlarini to'la qoplagan bo'lishi ham mumkin. Nekrozlar bodomcha bezlaridan tashqari oldingi ravoqlarga, tilchaga, burun va halqum shil-

liq qavatlariga tarqalishi mumkin. Nekrozlar xira kulrang yoki zangorisimon ranglarda bo'lishi mumkin. Ular sekinlik bilan 7–10 kun mobaynida yo'qoladi. Kataral yoki follikulyar angina esa 4–5 kun mobaynida o'tib ketadi.

Halqumni shikastlanishiga mutanosib ravishda bo'yin limfa tugunlari ham jarayonga qo'shiladi. Ular qattiqlashib, og'riqchan bo'lib qoladi. Dastavval bo'yin oldi tonzillar limfa tugunlari shikastlanadi. Nekrozlar bilan o'tadigan hollarda limfa tugunlari atrofidagi butun kletchatkasi ham qo'shilib periadenit va hattoki adenoflegmona belgilari kelib chiqadi.

Tilda xarakterli o'zgarishlar yuzaga keladi. Kasallik boshlanishda quruq, kulrang karash 2–3-kundan boshlab til tozalana boshlaydi va so'rg'ichlar shishgan qip-qizil holatga keladi va yaxshi yetilgan malina mevasini eslatadi («malinasimon», «so'rg'ichli», «skarlatinoz» til). Bu simptom 3–5-kunlari yaqqol namoyon bo'lib turadi. 2–3 hafta mobaynida qizilligi kamaysada, so'rg'ichlari bo'rtib turadi. Skarlatinada umumiy intoksikatsiya belgilarining ko'lamini kasallikning og'irligiga xos bo'ladi. Asosan u haroratning ko'tarilishi, holsizlik, bosh



4-rasm. Skaplatina.
Malinasimon til.

bilan to'la qoplangan bo'ladi,



5-rasm. Skaplatina. Teridagi oq derpografizm.

og'rig'i, qayt qilishning takrorlanishi bilan namoyon bo'ladi. Og'ir hollarda harorat 40°C ga yetadi, kuchli bosh og'rig'i, ko'p marta qayt qilish, bo'shashish, boshqa hollarda qo'zg'alish, alji-rash, tutqanoq tutish meningial simptomlar bilan o'tadi. Endi-likda skarlatina ko'p hollarda intoksikatsiya belgilarisiz, normal harorat bilan o'tmoqda.

Kasallikning boshlanishida qon-tomirlar sistemasidagi o'zgarishlar simptomatik innervatsiya tonusining oshishi bilan izohlanadi. U taxikardiya, qon bosimining oshishi bilan o'tib simpatikus deb baholanadi. 4–5 kun o'tgach parasimpatik asab sistemasining tonusi osha boradi va bradikardiya, qon bosimining pasayishi, yurak tonlarining bo'g'iqligi bilan namoyon bo'ladi (parasimpatikus faza). Bu davrda yurak nisbiy chegaralarining biroz kattalashuvi, 1-ton bo'g'ilishi, sistolik shovqin kuzatilishi mumkin. EKGda sinus aritmiyasi va bradikardiyasi kuzatiladi. Ushbu o'zgarishlar «infeksion yurak» deb iboralanadi, ularning negizida asosan ekstrakardial ta'sirlar yotadi (A.A. Koltipin, D. Lebedev).

Yurak qon-tomiri tomonidan o'zgarishlar 2–4 hafta saqlanib, asoratsiz yo'qolib ketadi.

Skarlatina uchun oq dermogrofizm xos bo'lib, kasallik boshida cho'zilgan, yashirin (10–12), qisqa (1–1,5) va aniq davri ko'riladi. Keyinchalik yashirin davr qisqarib, aniq davr yaqqol-lanadi. Periferik qonda neytrofil leykotsitoz va EChT ning ortishi kuzatiladi.

Klassifikatsiyasi. Skarlatina A.A. Koltipin bo'yicha klassifi-katsiya qilinadi. Kasallikning tipi og'irligi va kechishi bo'yicha ajratiladi. Tipi bo'yicha tipik va atipik skarlatina qayd qilinadi.

Tipik turlariga skarlatinaga xos xarakterli simptomlar: intok-sikatsiya, angina va o'ziga xos toshmalar bilan o'tadigan turi kiradi.

Atipik turlariga o'ta yengil (klinik belgilar juda sust rivojlan-gan) va ekstraparengial (eski nomi ekstrabukkal) turlari kiradi. Ekstraparengial skarlatinada toshmalar kirish darvozasi atrofida

zichlangan, intoksikatsiya belgilari (harorat ko'tarilishi, qayt qilish) mavjud. Odatda angina bo'lmaydi, lekin tomoq shilliq qavatlarida yengil giperemiya bo'lishi mumkin. Regionar limfadenit ham asosan kirish darvozasi atrofida bo'ladi, ammo uning ko'lami tipik turiga nisbatan yengilroq bo'ladi.

Atipik turlariga kasallikning eng og'ir turlari — gemorragik va gipertoksik turlari kiritiladi. Bu hollarda asosiy simptomlar rivojlanguncha bemor halok bo'ladi. Yiringli bu turlar aggraviroq (niqoblangan, aldovchi) turlar deb ham yuritiladi. Bu bemorlar odatda shifoxonaga meningoensefalit diagnozi bilan tushadilar. Asab, yurak qon-tomir, endokrin sistemalarida kuchli o'zgarishlar hisobiga o'lim kelib chiqadi. Hozirda ushbu turlar uchramaydi.

Kasallikning tipik turlari og'irlik bo'yicha: yengil, o'rta og'ir va og'ir turlarga bo'linadi. Kasallikning og'irlik mezonlari intoksikatsiya va halqumdagi yallig'lanish jarayonlarining ko'lami bilan o'lchanadi.

Yengil turlari ham skarlatinaga xos barcha simptomlar bilan namoyon bo'ladi. Ushbu tur hozirda 80–90% hollarda uchraydi. Kasallik tana haroratining 38–38,5°C gacha ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi, ammo ayrim hollarda harorat subfebril yoki normal bo'lishi ham mumkin. Intoksikatsiya belgilari holsizlik, bosh og'rig'i, bir marotaba qayt qilish bilan namoyon bo'ladi. Odatda kataral angina rivojlanib, bo'yin limfa tugunlarida o'zgarish kam bo'ladi. Toshmalar tipik bo'lib, ko'p miqdorda bo'lishi mumkin. Yengil turda simptomlar tezda yo'qolib, birinchi hafta oxirida bemorlar tuzaladilar.

Kasallikning o'rta og'irlikdagi turi 10–20% hollarda uchrab, tana haroratining 39–40° ga ko'tarilishi, takroriy qayt qilish, bezovtalik, uyquning buzilishi va ayrim hollarda alahsirash bilan, follikulyar yoki yiringli-nekrotik angina, regionar limfa bezlarining shishuvi bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning o'tkir davri belgilari 5–7 kundan so'ng yo'qola boradi, tuzalish 2–3 hafta mobaynida bo'ladi.

Kasallikning og'ir turlari toksik, septik, toksiko-septik turlarda o'tishi mumkin. Bu tur hozirda 0,5% dan ko'p uchramaydi.

Og'ir toksik turlarida tana haroratining doimiy 40°C dan yuqori bo'lishi, takroriy va ko'p marotaba qayt qilish, qattiq bosh og'rig'i, hushining yo'qolishi, tirishishi, aljirash, meningial belgilar ko'zga tashlanadi. Simpatikoparez simptomlari bo'lmish qon bosimining pastlashishi, sianoz, terlash kuzatilib kollaps holati kelib chiqadi. Toshmalar bu holda sianotik tusda va hatto gemorragik bo'lishi ham mumkin, angina esa kataral yoki biroz nekrotik yuzaki bo'lishi mumkin.

Og'ir septik turlarida kasallikning og'irligi asosan mahalliy o'zgarishlarga bog'liq bo'ladi. Bodomcha bezlarida, oldingi rovoqlar va tilchada tarqalgan chuqur nekrozlar kuzatiladi. Regional limfa tugunlari juda kattalashgan, qattiqlashgan va ularda kuchli og'riq kuzatiladi. Periadenit va adenoflegmona (bo'yin limfa tugunlarining atrofida to'qimalar nekrozi) kelib chiqishi mumkin.

Og'ir toksiko-septik turlarida kasallikning og'irligi ham umumiy, ham mahalliy belgilar hisobiga bo'ladi.

Oxirgi yillari skarlatina kasalligi ko'p hollarda yengil, kamroq hollarda esa o'rtacha og'irlikda o'tayapti. Og'ir turlari esa qariyb uchramayapti.

Kasallikning kechishi. Skarlatina tekis asoratsiz yoki allergoseptik asoratlar bilan o'tishi mumkin.

Kasallik tekis kechganida patologik jarayon 2–3 hafta davom etadi.

Skarlatina 2–3 haftalarda qaytalanishi (retsdiv) mumkin va bu asosan reinfeksiya va superinfeksiya bilan bog'liq bo'ladi.

Asoratlari: skarlatina asosan limfaadenit, otit, sinusit, nefrit, sinovit, yiringli artrit, mastoidit singari asoratlar beradi. Ular kasallikning boshlanishida yoki keyinroq paydo bo'lishi mumkin. Ularning negizida allergiya, reinfeksiya va superinfeksiya omillari yotadi.

Infeksion-allergik asoratlar (nefrit, sinovit, oddiy limfadenit) kasallikning ikkinchi davri, ya'ni 2–3 haftada kuzatiladi. Yiringli asoratlar esa kasallikning boshi va keyingi davrida uchrashi mumkin. Bu asoratlar asosan nimjon va bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchrashi mumkin.

Hozirgi paytda penitsillinning qo'llanishi va reinfeksiyaning oldini oluvchi shifoxonaga yotqizish qoidalari organizmning tezroq sanatsiyalanib, yuqoridagi asoratlarni keskin qisqarishiga sababchi bo'lyapti.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda skarlatinaning o'tishi xususiyatlari: Bir yoshgacha bo'lgan bolalar skarlatina bilan kamdan kam og'riydilar. Bu hol ularda o'ziga xos kechadi. Transplatsentar immuniteti bor bolalarda skarlatina rudimentar, o'ta yengil o'tishi mumkin. Bunda boshlang'ich simptomlar o'ta yengil bo'lib intoksikatsiya kuzatilmaydi. Toshmalar juda yengil, tezda yo'qolib ketadi. Terining po'st tashlashi sust yoki butunlay bo'lmasligi ham mumkin. Diagnoz qo'yishda qiyinchiliklar bo'lishi mumkin.

Skarlatina immuniteti yo'q eng yosh bolalarda skarlatina septik turda o'tib, og'ir nekrotik angina, faringit va ko'plab yiringli septik asoratlar bilan namoyon bo'ladi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda infeksiion-allergik asoratlar (nefrit, sinovit) kamdan kam uchraydi.

Diagnoz. Tipik hollarda kasallikka diagnoz qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Faqat kasallikning o'ta yengil turlarida yoki bemor shifoxonaga kech tushganida diagnostik qiyinchiliklar bo'lishi mumkin.

Laboratoriya diagnozi uchun halqumdan surtma olib, β -gemolitik streptokokkni topish, antistreptolizin O ning titrini aniqlash mumkin. Shuningdek, boshqa fermentlarni, streptokokk antitoksinini aniqlash ham ishlatilishi mumkin.

Skarlatinaga beriluvchilikni aniqlash uchun DIK sinamasidan foydalaniladi. Bunda bilak terisi orasiga (m/o) standartlashgan eritrogen toksidan 0,1 ml yuboriladi. 24 soat mobayinda inyeksiya o'rnida infiltrat yoki diametri 10 mm dan ortiq giperemiya

yuzaga kelsa sinama musbat hisoblanib, bolada antitoksin immunitet yo'qligi va u skarlatina bilan kasallanishi mumkinligidan dalolat beradi. Hozirda diagnostikada bu sinama qo'llanilmaydi, chunki uning natijasi sekinlashgan yuqori sezgirlik tipidagi fenomenga ham bog'liq bo'ladi.

Differensial diagnoz. Skarlatina psevdotuberkulyoz, iersinioz, stafilokokkli infeksiya, toksik-allergik holat, qizamiq, meningokokksemiya, enterovirusli ekzantema kasalliklari bilan differensial diagnoz qilinadi.

Skarlatinani davolash. Skarlatinaga chalingan bemorlar klinik-epidemiologik ko'rsatmalarga binoan shifoxonaga yotqiziladi. Yengil va o'rtacha og'irlikda skarlatina o'tkazayotganlarni uy sharoitida davolasa bo'ladi. Og'ir bemorlar yoki uy sharoitida alohidalab davolash imkoni bo'lmagan bemorlar shifoxonaga yotqizilib davolanadi. Skarlatina bilan kasallangan bemorlar bokslarga 1 yoki 2–4 kishilik palatalarga qo'yiladi. Palatalarga bemorlar bir paytning o'zida joylanadi, og'rib tuzalayotgan bemorlar bilan yangi kasallangan bemorlar bir-birlari bilan muloqotda bo'lmasliklari lozim.

Bemorlar shifoxonadan pensillin bilan davolash tugagach, kasallikning 7–10-kuni chiqariladi.

Uyda davolashni tashkil qilishda oiladagi boshqa bolalarga kasallik yuqmasligining oldini olish maqsadida bemorni alohida xonaga joylab, sanitariya-gigiyena qoidalariga amal qilishni ta'minlash zarur (doimiy dezinfeksiya, bemor uchun alohida idish, parvarish anjomlari).

Kasallikning o'tkir davrida bemor yotoq rejimida bo'lmog'i kerak. Kasallik jarayonida parhez to'laqonli, vitaminlarga boy va tomoqni mexanik himoyalovchi bo'lishi shart.

Skarlatina antibiotiklar bilan davolanadi. Qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa penitsillin buyurish maqsadga muvofiqdir. Antibiotiklar bilan davolash 5–7 kun davom etadi. Uy sharoitida davolangan-da fenoksimetil penitsillin berilgani ma'qul. U sutkada bolaning har kg vaziniga 50000 ME dan 4 ga bo'lib beriladi. Shifoxonada

sutkasiga 2 marta penitsillin muskul orasiga yuborilgani yaxshi. Odatda har kg vaznga qarab sutkasiga 50000 YD, og'ir hollarda 100000 YD penitsillin buyuriladi.

Penitsillinga allergiya bo'lgan hollarda boshqa antibiotiklar, ya'ni deratsef, amosiklav, rulid, sulfopreparatlar terapevtik dozalarda taklif qilinadi. Intoksikatsiya simptomlari yaqqol bo'lgan hollarda infeksiyon eritmalar — reopoliglyukin eritmasi, 10% li glyukoza 2—3 kun mobaynida buyuriladi. Bemorga yana askorbin kislotasi, sensibilizatsiyani kamaytiruvchi — suprastin, tavegil, tomoqni chayqash uchun moychechak (romashka), furatsilin eritmaları tavsiya qilinadi.

Asoratlar o'ziga xos xususiyatlariga qarab davolanadi. Yiringli asoratlar antibiotiklar bilan davolanadi. Bundan tashqari simptomatik davo, fizioterapiya (UVCh, UFO, quruq issiq) buyuriladi.

Profilaktika. Skarlatinada maxsus profilaktika ishlab chiqilmagan. Profilaktik chora-tadbirlar skarlatina va boshqa streptokokkli kasalliklarni erta aniqlash va alohidalashdan iborat. Maxsus ko'rsatmalar bo'yicha skarlatinaga uchragan bemorlar 7—10 kun alohidalanib, bolalar muassasalariga har xil asoratlarning oldini olish uchun kasallik boshlanganidan hisoblab, 22-kuni qatnashiga ruxsat beriladi. Bu holat boshqa streptokokkli kasalliklar (angina, faringit, streptodermiya) o'tkazganlarga ham taalluqlidir.

Ammo V.F. Uchaykinning fikricha (1995) hozirda skarlatina yengil o'tishi, antibiotiklar bilan davolash mumkinligi, asoratlari yo'qligini inobatga olib yuqoridagi muddatlarni qayta ko'rib chiqish lozim, ya'ni bemorlar kasallik boshlanganidan boshlab, 10—12-kunlari bolalar muassasalariga qatnashi mumkin.

2-mavzu. QIZAMIQ

Qizamiq — asosan bolalarning o'tkir yuqumli kasalligi bo'lib, uni viruslar chaqiradi, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi, nafas yo'li, og'iz, tomoq, ko'z shilliq qavatlarining yallig'lanishi, terida dog'li-tugunchali toshmalar toshishi, umumiy intoksikatsiya va

asosan nafas a'zolari, asab sistemasi va ovqat hazm qilish a'zolari tomonidan ikkilamchi asoratlar berishi bilan izohlanadi.

Tarixi. Qizamiq insoniyat tarixidagi eng qadimgi kasalliklardan biri bo'lib, eramizdan bir necha asrlar avval ham uni bilishgan, ammo alohida kasallik sifatida faqat XVII asrning ikkinchi yarmida tan olindi. Kasallikni birinchi bo'lib, IX asrda sharqning mashhur tabibi Abu Bakr Al-Roziy (Al-Razes) tomonidan haskbech nomi bilan yoritiladi. U chinchechak va qizamiq kasalliklari o'rtasida differensial diagnoz o'tkazdi. Hozirda ushbu buyuk olimning «kasalliklar tarixi» risolasi e'lon qilindi. XVII asrda qizamiq va skarlatina kichik kasallik — morbilli nomi bilan ma'lum edi. XVII asrning ikkinchi yarmida (1754-y) Saydengem va Morton qizamiqning klinik manzarasini mufassal yoritib berdilar.

1911-yili Andersen va Goldberger qizamiqning qo'zg'atuvchisini, ya'ni virusini aniqladilar va filtrlanish xususiyati borligini topdilar.

O'sha, 1911-yili Nikol va Konseyl muloqotda bo'lganlarga og'rib o'tganlarning qon zardobini yuborib, seroprofilaktika usulini ishlab chiqdilar. Keyincha bu maqsadlar uchun immunoglobulin ishlatiladigan bo'ldi.

Qizamiq qadimda juda keng tarqalgan, o'ta og'ir kasallik bo'lib, uni «bolalarning o'lati» («детская чума») deb atashgan.

O'sha paytlarda har yili butun dunyo bo'yicha 60 mln bola qizamiqqa duchor bo'lib, ulardan 3 mln halok bo'lar edi. Rivojlanayotgan mamlakatlarda hozir ham o'lim soni 10–32% ga yetadi.

Sobiq SSSRda emlash joriy qilingunicha har yili 1,5–2,0 mln bolalar qizamiq bilan og'rib o'tardi.

1954-yili D. Enders (AQSH) birinchi bo'lib qizamiq virusini hujayrali muhitda rivojlantirishni ishlab chiqdi. Bu kashfiyot asosida tirik qizamiq vaksinasini yaratish imkoni tug'ildi. 1959-yili D. Enders o'zi ishlab chiqqan usul asosida viruslarni atenuatsiyasiga eritib, vaksina shtammlarini yaratdi, ular negizida yuqori immunogen qizamiq vaksinasi yaratildi.

Akademik A.A. Smorodinsev rahbarligida Leningraddagi Paster nomli ilmiy-tadqiqot ilmgohida vaksina shtammining yuqori sifatli Leningrad-16 (L-16) vaksinasi ishlab chiqildi.

L-16 vaksinasi yordamida aholi o'rtasida ommaviy emlashning joriy qilinishi va o'tkazilishi qizamiq bilan kasallanishni va undagi o'lim sonini 1967-yildan boshlab keskin kamaytirdi. 1974-yilga kelib, sobiq SSSRda kasallik 6-7 marta, O'zbekistonda esa 30 marta kamaydi.

Hozirda O'zbekiston Respublikasi Butun Dunyo Sog'liqni Saqlash Jamiyati (BDSSJ) va uning bolalar uchun bo'limi (YuNISEF) taklifi bilan ayrim regionlarda bir qator yuqumli kasalliklarni 2000-yilgacha tugatish harakatiga qo'shilib, qizamiq kasalligini tugatish borasida ham katta ishlar olib bormoqda.

Etiologiyasi. Qizamiqni filtrlanuvchi virus chaqiradi. U kasallik yuqqan organizmda rivojlanib uzoq muddat saqlanmaydi. Virusni qondan, yuqori nafas yo'llarining shilliq suyuqligidan, ko'z yoshidan yashirin davr, prodromal davr va toshмали davrning dastlabki kunlarida ajratish mumkin. Bu qo'zg'atuvchi tarkibida RNK bo'lib, paramiksoviruslar turkumiga kiradi. Qizamiq virusining organizmda patogen xususiyati pasayib attenuatsiyalanish xossasiga ega. Xuddi shu xususiyati, tipik qizamiqning tirik vaksinasini yaratish uchun asos bo'lib xizmat qildi. Bu borada P.G.Sergeyev, E.V.Smirnov, V.I.Ioffe, V.M.Jdanov, M.P.Chumakov, D.Enders va S.S.Maxsumovlarning ilmiy izlanishlarini eslash mumkin. Tirik vaksinani virusli leykotsitlarda, achitqida, urug'langan tuxum, tovuq homilasi singari faqat tirik to'qimalarda o'stirish mumkin.

Virus tashqi muhitga o'ta chidamsiz bo'lib, tezda halok bo'ladi.

Virusning bir qancha xususiyatlari bor.

1. Virus uchuvchanlik xususiyatiga ega bo'lib, kasallikning keng tarqalishiga olib keladi.

2. Virus doimiy antigenlik xususiyatiga ega bo'lib, universal vaksinani uning xohlagan shtammidan, dunyoning har nuqtasida vaksina tayyorlash imkonini beradi.

3. Virus kontrol xususiyatiga ega, lekin limfoid to'qima, RES hujayralari, nafas yo'llari va asab sistemasi hujayralarini ko'proq shikastlaydi.

4. Shikastlangan to'qimalarda 5—7 kun mobaynida virusni sitopatojen ta'siri kuzatilib proleferativ jarayonlar kechadi va ko'p yadroli gigant (Uortin—Finkeldey hujayralari) paydo bo'ladi. Bu hujayralar qizamiqqa xos maxsus patomorfologik belgi bo'lib hisoblanadi.

5. Qizamiq virusi o'zgaruvchanlik xususiyatiga ega. Uning termosezgir mutanti (t/s) va interferensialanuvchi defektli bo'lakchalari hosil bo'lib, ular persistirlanuvchi infeksiya rivojlanishiga sababchi bo'ladilar. Hozirda virus ta'sirida sust o'tkir sklerozga olib keluvchi panensefalit panensefalit yoki chalg'ituvchi sklerozning ayrim turlariga o'xshash sust, o'tkir yoki surunkali jarayonlarni keltirib chiqishi aniqlangan. Qizamiqning viruslarini boshqa sistemali kasallarga aloqasi borligi hozir ham o'rganilmoqda.

Epidemiologiyasi. Qizamiq epidemiologik tarqaluvchi o'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, shuning uchun ham u dunyo bo'yicha keng tarqalgan edi. Qizamiq bilan faqat insonlar og'riydi. Shuning uchun, infeksiya manbai bo'lib inson hisoblanadi. Qizamiqda virus tashuvchilik bo'lmaydi. Bemor boshlang'ich kataral davrda va toshmali davrning dastlabki kunlarida atrofdagilar uchun juda xavfli bo'ladi: toshmali davrning uchunchi kundan boshlab yuquvchanlikning darajasi pasayib, to'rtinchi kundan yuqtirish xavfi tugaydi. Kasallik asoratli o'tganida (M: zotiljam) yuqtiruvchanlik uzoqroq, o'n kungacha davom etadi.

Qizamiqda umumiy yuqtiruvchanlik davri 8—10 kunga to'g'ri keladi. Mitigirlangan qizamiq bilan og'riqlarning yuqtiruvchanligi nisbatan past bo'ladi.

Infeksiyaning yuqish yo'li qizamiqda havo-tomchi yo'li bilan bo'ladi. Virus bemor organizmidan yuqori nafas yo'llarining sekretlari bilan ajraladi. Yo'tal va akse urish kasallikni yanada ko'proq tarqalishiga olib keladi. Yuqori nafas yo'llarining yengil

sekretlari bilan virus yopiq xonalarda uchib yuradi va katta masofalarga karidorlar, etajlarga, tirqishlar orqali tarqaladi.

Qizamiqqa beriluvchanlik yoki moyillik juda yuqori. Yuquvchanlik indeksi 96–100% ga teng. Qizamiq bilan ilgari og‘rimaganlar va emlanmaganlar, bemorlar bilan muloqotda bo‘lganlarning qariyb hammalari, yoshlaridan qat’i nazar, kasallikka chalinganlar (Masalan: Panum 1846-yili yozib qoldirgan Farer orollaridagi epidemiya). O‘ta yuquvchanligi va yuqori moyilligi hisobiga qizamiq bilan asosan insonlar yosh bolaligida og‘rib o‘tganlar. Bolaligida og‘rimaganlar esa katta yoshda kasallikka chalinganlar.

Qizamiq bilan asosan bir yoshdan besh yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadilar. 5–9 yoshgacha kasallanish ancha kamayadi, 10 yoshdan kattalar kamdan kam hollarda og‘riydilar. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalar qizamiq bilan kamdan kam hollarda og‘riydilar. Uch oylikkacha bo‘lgan bolalar qizamiq bilan mutlaq og‘rimaydilar (onasidan o‘tgan tug‘ma transplatsentar immunitet hisobiga). 3–6 oygacha bo‘lgan bolalar qizamiq bilan nisbatan og‘rimaydilar. Olti oydan katta yoshdagi bolalar ayrim hollarda kasallikka chalinishi mumkin.

Qizamiqqa epidemiyalarning davriyligi ham kasallikning har 2–4 yilda ko‘payishiga olib keladi.

Mavsumiylik. Qizamiq bilan yilning hamma faslida kasallanish mumkin. Ammo eng ko‘p kasallanish qish-bahor oylariga to‘g‘ri keladi, yoz-kuz fasllarida kasallanish past darajada bo‘ladi.

Immunitet. Qizamiq o‘tkazganlarda bir umrga yetadigan kuchli immunitet hosil bo‘ladi. Kasallikning mitigirlangan turini o‘tkazganlarda ham xuddi shunday bo‘ladi. Faqat 0,5–1% hollarda qizamiq takrorlanishi mumkin.

Ommaviy vaktsinatsiya qilinishi munosabati bilan, qizamiqning epidemiologiyasida quyidagi o‘zgarishlar ro‘y beradi:

a) vaktsinatsiya to‘g‘ri tashkil qilinganda 95–100% bolalarda immunitet hosil bo‘ladi:

b) kasallik ko'rsatkichlari keskin kamayadi, bemorning yoshi o'zgaradi, kasallanish ko'proq kattalarda uchraydi;

d) uyushgan jamoalarda qizamiq keskin kamayadi davriylilik o'zgaradi, emlanganlar o'rta hisobda 5—8% kasallanishi mumkin, bu vaksinaning sifatiga, vaksinatsiya muddatlariga bog'liq bo'ladi, emlanganlarning 10% ida immun javob kelib chiqmasligini ham inobatga olmoq kerak.

Qizamiqdagi o'lim ko'rsatkichlari. Asrimizning boshida qizamiq bilan kasallanganlar o'lim soni 20% ni tashkil qilgan. 1947-yildan passiv immunizatsiya o'tkazilishi bilan o'lim soni 5% ga kamayadi, 1967-yildan aktiv immunizatsiya o'tkazilishi natijasida, bu kasallik bilan og'riganlarda umuman o'lim qayd etilmadi. Qizamiqdagi o'lim asosan bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchrab, uning asoratlari bilan bog'liq edi.

Patogenez. Patogenezda 3 ta komponent ishtirok etadi: virusmik, immunologik va allergik. Ushbu komponentlarning o'zaro munosabatiga qarab kasallik har xil og'irlikda va davomiylikda o'tishi mumkin. Patogenezning negizini limforetikulyar sistemaning viruslar tomonidan shikastlanishi tashkil qiladi.

Qizamiqning patogenezi 5 ta fazadan iborat:

1. *Virusning yuqishi va limfoid to'qimalariga moslanishi fazasi.* Virus birinchi navbatda epitelial, limfoid, retikulyar va gistotsitar hujayralarga kirib, so'ngra regional limfatik tugunlarni shikastlaydi.

2. *Regionar infeksiya fazasi.* Regionar limfa tugunlarida virus shiddat bilan ko'payib hujayra elementlarining giperplaziyasini va proliferatsiyasini keltirib chiqaradi, natijada limfa tugunlarining shishuvi kuzatiladi. Maxsus immunitet yo'q hollarda viruslar juda erta (yashirin davrning uchinchi kuni) limfa tugunlaridan qonga o'tadi va birlamchi virusemiya kelib chiqadi.

3. *Birlamchi virusemiya va limfogistotsitar sistemaning tarqalgan shikastlanish fazasi.* Virus qon bilan organizmga tarqalib limfoid va retikulogistotsitar to'qimalarni shikastlaydi. Hujayra immunitetiga javobgar T-limfotsitlar turlari va antitelagenezga javobgar

V-limfotsitlar va plazmatik hujayralar turlari paydo bo'ladi. Jg M, Y, A sinfiga mansub antitelalar hosil bo'ladi. Bu faza kasallikning yashirin davriga to'g'ri keladi. Shu fursat mobaynida organizm virusga qarshi kurashga tayyorgarlik ko'radi va immunologik jarayonlar boshlanadi.

4. *Ikkilamchi o'sib boruvchi virusemiya va allergik reaksiyalar fazasi.* Immunotsitlar va maxsus antitelalar ta'sirida tarkibida virus saqlovchi hujayralar sitolizga duchor bo'ladilar. Hujayradan chiqqan viruslar shilliq qavatlar epiteliyasini shikastlaydi va yana qonga o'tadi. Bir paytning o'zida allergik jarayonlar rivojlanadi:

- 1) virusning oqsil komponentlari;
- 2) endoallergenlar;
- 3) biologik aktiv moddalar allergiyaga sabab bo'ladilar.

To'qimalar sensibilizatsiyasi kuchayib boradi, natijada mayda qon-tomirlarining devorlari shikastlanib, ularning o'tkazuvchanligi ortib boradi. Pirovardida ichki a'zolar va to'qimalarda shish va kuchli eksudatsiya yuzaga keladi. Bu holat yuqori nafas yo'llari va oshqozon-ichak trakti shilliq qavatlarida juda kuchli rivojlanadi. Bu faza rivojida viruslar qon orqali sensibilizatsiyalangan to'qimalarga takroran kirib, ularda giperergik jarayonlarni keltirib chiqaradi. Bu holat klinikada intoksikatsiya va kataral belgilarining kuchayishiga va toshmalarning toshishiga olib keladi. Toshmalarning har bir elementi tomir atrofidagi yallig'lanish o'chog'i hisoblanadi.

Toshmalarning bosqichma-bosqich toshuvi, viruslarning kirish darvozasida maksimal konsentratsiyada bo'lishiga bog'liq bo'ladi.

Toshma elementlarida doimo viruslar bo'ladi. Retikulyar formatsiyaning shikastlanishi regenerativ o'zgarishlarga olib keladi. Vagotrop ta'siri kuchayadi. Asab sistemasining shikastlanishi hisobiga buyrak usti bezlari faoliyati kuchayadi, ko'p miqdorda glyukokortikoidlar ishlab chiqariladi, ular esa immunodepressiv xususiyatga ega. Qizamiq allergiyasining mexanizmini shu bilan tushuntirsa bo'ladi. Qizamiq virusi immun hujayraga ta'sir



6-rasm. Qizamiq.
Konyunktivit.

qiladi: toshмали davrning 1–3 kunlari T-limfotsitlar keskin kamayadi va bir yoshgacha boʻlgan bolalarda bu holat chuqurroq boʻladi va 25–30 kungacha davom etadi.

5. *Mstahkam immunitetning rivojlanishi va patologik jarayonlarining tugatilishi fazasi.* Qizamiqdan keyingi immunitet antitelalar bilan emas, balki immun limfotsitlarga bogʻliq boʻlib qoladi. Ularda xotira bir umr saqlanib qolib, qizamiq virusi bilan takror uchrashganda

sensibilizatsiyalashgan T–limfotsitlarning proliferatsiyasi yuzaga kelib, ular shikastlangan hujayralarga hujum qiladi. T sistemada defitsit boʻlsa, quyidagi asoratlar kelib chiqadi:

1. Gextning gigant hujayrali zotiljami, oʻlim bilan tugaydi.
2. Meningial ensefalitlar.
3. Sust oʻtkir sklerozlovchi panensefalit.
4. Tarqoq skleroz.

Ular sekin-asta yillar mobaynida rivojlanib oʻlimga olib keladi.

Klinikasi.

Qizamiq klinikasi siklik, yaʼni davriy oʻtish bilan ajralib turadi. Kasallikning quyidagi 5 ta davri bor:

1. Yashirin davr.
2. Boshlangʻich — kataral davr.
3. Toshma toshish davri.
4. Toshmalarning qaytish yoki pigmentatsiya davri.
5. Rekonvalessensiya — tuzalish davri.

1. Qizamiqning yashirin — inkubatsion davri 7–17 kun davom etib, oʻrtacha 9–11 kunni tashkil qiladi. Qizamiq boshqa biror kasallik bilan birga oʻtsa yashirin davr 17 kunga choʻziladi. Muloqotda boʻlganlar gammaglobulin olsa yoki tezroq vaksina bilan emlansa, yashirin davr 21 kunni tashkil qiladi.

2. Prodromal yoki kataral davr — kasallik belgilari boshlanib, to toshma toshgungacha bo'lgan davr 3–4 kun davom etadi. Ayrim hollarda bu davr 7 kunga cho'zilishi mumkin. Kataral davrning cho'zilishi ko'proq nimjon, kasalmand bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi.

Bu davrda tana harorati $38-39^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilishi kuzatiladi, ammo subfebril bo'lishi ham mumkin. Harorat bu davrning oxirida 37°C ga tushadi va toshma toshishi yanada kuchayadi. Bemor bolalar injiq, bezovta bo'ladilar. Ko'z, burun shilliq qavatlarining yallig'lanishi hisobiga bemorning yuzi dimiqqan bo'ladi. Yuqori nafas yo'llarida, oshqozon-ichak trakti shilliq qavatlarida kataral yallig'lanish kuzatiladi. Bu belgilar borgan sari kuchayib, kataral davrida maromiga yetadi. Konyunktivit kuchli bo'ladi: qovoqlar shishgan, qizargan, ko'zdan yosh oqishi, yorug'likdan qo'rqish, yiringli ajratmalar kuzatiladi. Burundan shilliq-yiringli suyuqlik oqadi, yo'tal, aksa urish kuzatiladi, yo'tal dag'al do'rillagan (laringit, traxeit) yoki big'illagan bo'ladi. Ko'pincha burun qonaydi, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlari qizargan, tomoqda diffuz giperemiya bo'ladi. Bodomcha bezlar kattalashgan, qizargan bolatda bo'lib, ayrim hollarda karash qoplaydi.

Qizamiqning bu davrdagi erta va maxsus simptomi bu Belskiy–Filatov–Koplik (B.F.K.) simptomidir. Bu qizil rangli, o'rtasida oq nuqtasi bor dog'lar bo'lib, kepakni eslatadi. Ular bir-birlari bilan qo'shilib ketmaydi va artganda ko'chmaydi. Shu xususiyatlari bilan go'dak bolalardagi «molochnitsa»dan farq qiladi. Bu dog'lar epiteliy deskvamatsiyasi natijasida kelib chiqadi. B.F.K. dog'lari kataral davrning 2–3-kuni paydo bo'lib, toshmali davrning 2-kunigacha saqlanadi. Bu simptomning patognomonik diagnostika ahamiyati juda katta. Yumshoq va qattiq tanglayda yana bir belgi — dog'li enantemani ko'rish mumkin.

Bu simptom tayanch simptom bo'lib, B.F.K. simptomi bilan bir paytda paydo bo'ladi va yo'qoladi. Bu davrda prodromal toshmalar ham kuzatilishi mumkin. Ular mayda, papulyoz xarakterda bo'lib, och qizil rangda bo'ladi. Bu davrda oshqozon-



7-rasm. Qizamiq. Belskiy — Filatov
— Koplik simptomi.

ichak trakti tomonidan ishtahaning keskin pasayishi (hatto anoreksiya), qayt qilish, qorinda og'riq singari simptomlar ham kuzatiladi. Pereferik qonda leykopeniyani ko'rish mumkin.

Toshma toshish davri.

Bu davr 3—4 kun davom etadi. Qizamiqda toshmalar bosqichma-bosqich toshadi.

Toshmalar dastavval yuz sohasida, quloq suprasi ortida, bo'yinda; ikkinchi sutkada tanaga va qo'llarga toshib, 3-sutkada ostga ham toshadi.

Toshmalar toshuvidagi bu qonuniyat kamdan kam buziladi, ya'ni ular tezroq yoki sekinroq toshadi, toshmalar qorindan boshlab toshishi ham mumkin.

Toshmalar dastavval mayda dog'chalardan iborat bo'lib, asta-sekin kattalashib teri sohasida bo'rtib chiqqa boshlaydi va dog'litugunchali toshma bo'lib qoladi.

Toshmalar turli xilda bo'lishi mumkin:

1. Toshmalar ko'p-ozligi bo'yicha siyrak, yakka-dukka elementlardan tortib bir-biri bilan qo'shilgan, zich, katta miqdordagi toshmalardan iborat bo'lishi mumkin.

2. Ranglari bo'yicha och pushtidan tortib qip-qizil sianotik ranggacha bo'lishi mumkin. Toshmalar gemorragik ham bo'lishi mumkin.

3. Papulalarning hajmiga qarab juda yengil teri sathidan ko'tarilishidan boshlab to aniq bo'linuvchi papulalargacha.

Qizamiq toshmasi terining oddiy oq fonida toshadi. Bir-biriga yaqin turgan makula-papulalar bir-birlariga qo'shilib, har xil shakldagi katta-katta dog'larni hosil qiladi. Ayrim hollarda terining normal yuzasida ko'rinmaydigan yirik eritmalar yuzaga keladi.

Qizamiq toshmali ko'proq qo'l va oyoqlarning yoziluvchan sathlarida bo'ladi.

Toshmali davrning 2–4-kunlari toshmalar qanday tarkibda toshgan bo'lsa, shu tartibda qayta boshlaydi. Toshmalar asta-sekin oqarib, papulyoz xususiyati yo'qola boradi va qora dog'li holatga aylanadi. Pigmentatsiya 1–2 hafta, ayrim hollarda 3 haftagacha turishi mumkin. Pigmentatsiya bilan bir qatorda tangasimon turlash ham bo'ladi.



8-rasm. Qizamiq. Bemorni yuzidagi va tanasidagi toshmalar.



9-rasm. Qizamiq. Dogli-tugunchakli toshmalar.

Toshmali davrda tana harorati prodromal davrga nisbatan yuqori bo'ladi va $39-40^{\circ}\text{C}$ ga yetadi va toshma tosha boshlaydi, 3 kun mabaynida yuqori darajada bo'ladi va faqat 6–7-kunga borib tusha boshlaydi va normallashadi. Og'ir hollarda harorat uzoqroq davom etadi va faqatgina 8–9-kunlari me'yorlashadi. Agar harorat tushmasa, asorat kelib chiqqanligini bildiradi. Bu davrda bemorning umumiy ahvoli nihoyatda og'ir, uyqusiragan, bo'shashgan

bo'lib ishtahasi mutlaqo yo'q bo'ladi. Yuzi shishib, kataral belgi kuchayadi.

Periferik qonda bu davrda leykopeniya kuzatiladi.

Bu davrda o'pka sistemasida kataral belgilar kuchayib, quruq va ho'l xirillashlarni eshitish mumkin. Yurak qon-tomir, ovqat hazm qilish va asab sistemasida har xil o'zgarishlar kelib chiqadi.

Rekonvalessensiya davrida klinik tuzalish kelib chiqsada tiklanish jarayoni uzoq davom etadi. Bolalarda holsizlik, injiqlik va xotira pasayishi singari belgilar uchrab turadi. Bu davr qizamiq allergiyasi holati bilan o'tadi.

Qizamiqning klinik turlari. Qizamiqni A.A. Koltipinning klinik patogenetik prinsiplari bo'yicha klassifikatsiya qilish mumkin. Tipik turlaridan tashqari atipik turlari kuzatiladi. Ularga yomon sifatli o'tuvchi, abortiv yoki o'ta yengil turini va mitigirlangan turini kiritish mumkin. Yomon sifatli turi toksik, gemorragik, bronxial yoki dispnoe variantlarida o'tishi mumkin. Tipik turlari yengil, o'rta og'ir va og'ir turda o'tishi mumkin.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda qizamiqning tashqi belgilari, bolaga bilinmasada, umuman, og'ir o'tadi. Asorat beradi va o'limga olib borishi mumkin.

Asoratlari. Qizamiqning og'irligi uning o'zidan ko'ra asoratlari ko'proq bog'liq bo'ladi. Ular ko'proq ikkilamchi mikroblar tomonidan chiqariladi. Ammo, birlamchi virusli asoratlar ham uchraydi, ularni kasallikning belgilari desak ham bo'ladi.

Nafas yo'llari tomonidan asoratlar:

- ertangi qizamiq krupi;
- kechki qizamiq krupi;
- ertangi zotiljam;
- kechki zotiljam.

Asab sistemi tomonidan asoratlar:

- birlamchi seroz ensefalitlar va meningit;
- ikkilamchi yiringli meningitlar va ensefalitlar.

Oshqozon-ichak sistemi tomonidan asoratlar:

- stomatitlar, gingivit, kataral kolitlar.

Boshqa asoratlar kataral va yiringli otit, limfadenitlar va terining yiringli kasalliklari.

Davolash. Qizamiqni davolash uchun maxsus dorilar yo'q, qizamiq bilan kasallangan bemorlarni uyda davolash mumkin. Quyidagi bemorlar esa shifoxonaga yotqizilishi zarur:

1. Og'ir asoratlari bo'lsa.
2. Uyda parvarishning iloji bo'lmasa.
3. Epid ko'rsatmalariga binoan.

Qizamiqni davolashda parvarish, rejim va parhezning ahamiyati katta. Ikkilamchi asoratlarni davolashda antibiotiklar qo'llaniladi.

Qizamiqning profilaktikasi. Qizamiq kasalligi ustidan to'la g'alaba qilishning birdan-bir chorasi unga qarshi faol immunizatsiya o'tkazishdir. Kasallik manbasiga qarshi chora-tadbirlar unga yaxshi natija bermaydi, passiv immunizatsiya esa o'lim sonini kamaytirsada, kasallik ko'rsatkichlariga ta'sir qilmaydi.

O'zbekiston Respublikasida qabul qilingan emlash jadvaliga ko'ra qizamiq bilan og'rimagan bolalar 12 oyda tirik qizamiq vaksinasi bilan emlanadi, 6 yoshda esa revaksinatsiya qilinadi. Vak-sina bolaning yoshidan qat'i nazar 0,5 ml miqdorda yelka yoki ko'krak terisi ostiga yuboriladi.

Tirik qizamiq vaksinasi bolalar jamoasida qizamiq tarqalsa tezkor profilaktika uchun ishlatilishi mumkin. Bu holda vaksinatsiya ilgari qizamiq bilan og'rimagan va emlanmagan, hamda qarshi ko'rsatmalari yo'q 2 yoshdan katta bolalarda o'tkaziladi. Muloqotdan boshlab 5 kun mobaynida emlash yaxshi natija beradi. 95—98% emlanganlarda turg'un immunitet hosil bo'ladi. Rossiyada vaksinatsiya 6 yoshda o'tkaziladi.

Qizamiq o'chog'ida emlanganlarga 21 kun, emlanmaganlarga 17 kun karantin e'lon qilinadi.

Vaksinatsiya tarixi. Birinchi bo'lib, amerikalik olimlar Enders va Pibll qizamiq virusini to'qimalarda o'stirib, virulentligini su-saytirdilar (attenuatsiya). Ushbu shtammlardan tayyorlangan vaksina yuqori reaktogen bo'lib, 40—60% emlanganlarda turli xil

reaksiyalar berar edi. Lekin baribir dastlabki vaksinaning yaratilishi tarixiy kashfiyot edi.

Rossiyalik olim, akademik A.A.Smorodinsev, Enders va Pibllslar vaksinasini attenuatsiyasini kuchaytirib, yangi reaktogenligi oz L-4 vaksinasini keyinchalik undan ham sifatli L-16 vaksinasini yaratdi. Bu vaksinaning ishlatilishi katta yutuqlarga olib keldi.

Amerikalik olim Shvarts Endres vaksinasining maymunlar buyrak to'qimalarida o'stirib yaxshi attenuatsiyaga erishdi. Yirik olim A.P.Chumakov Enders va Shvars vaksinalari asosida, ulardan ham susaytirilgan E.Sh.Ch deb nomlangan vaksinani yaratdi. Ushbu yuqori effektli vaksina o'z paytida Andijon viloyatida ham katta muvaffaqiyat bilan ishlatildi. Ammo bu vaksina o'ta qimmat edi.

Boshqa vaksinalar ham yaratildi, masalan, Rukovs (Firma Paster, Mere, Fransiya).

Qizamiq, tepki, qizilchaga qarshi qo'shma vaksina (MMK-2) va boshqalar. Ular O'zbekistonda ham muvaffaqiyat bilan ishlatildi.

3-mavzu. QIZILCHA

Qizilcha — o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarining biroz kataral yallig'lanishi, qizamiqqa o'xshash toshmalar toshishi, periferik limfa tugunlari (ayniqsa, ensa tugunlari) ning kattalashuvi bilan izohlanadi.

Ayrim tadqiqotchilarning (B.A.Libod, 1902; X.S. Martinson; S.L.Shapiro, 1963) fikricha, qizilcha o'rta asrlarda arab shifokori Ali Abbosga ma'lum bo'lgan.

XIX asrning birinchi yarmida Vagner o'sha paytdagi qizilcha qizamiqning bir turi degan fikrga qarshi bo'lgan, uning mustaqil kasalligini e'tirof etgan.

Qizilcha ko'plab yillar o'ta yengil kasallik deb qarab kelin-di. Ammo 1941-yili Gregg (Uchedd) qizilchani kasallik sifatida e'lon qilgan. Bu kasallik natijasida tug'ma nuqsonlar

kelib chiqishi haqidagi xabardan so'ng kasallikka qiziqish ancha kuchaydi.

1981-yili Londonda bo'lib o'tgan Xalqaro Kongressda qizilchani mustaqil nozoologik birlik deb e'lon qilindi.

Etiologiya. Qizilchaning qo'zg'atuvchisi virus bo'lib, uni 1938-yili Hiro va Tasakalar ochgan. 1961-yili u alohida o'stirib olindi (Valler, Veva tomonidan Bostonda, Parpman, Busher tomonidan Vashingtonda, bir paytning o'zida). Bu virus 100–300 nm razmga ega holatda bo'lib, mikoviruslarga o'xshash tarkibida RNK bor. Virus tashqi ta'surotlarga sezgir. U maymunlar va ayrim sichqonsimonlarda infeksiyasini o'zgartiradi.

Epidemiologiya:

1. Kasallik manbai bemor odam. Kasallikni serologik aniqlanadigan inaparant turini o'tkazayotganlar ham kasallik manbai hisoblanadilar. Bolalarda inaparant turi ko'p uchraydi, kattalarda esa asosan shu tur qayd qilinadi.

Kasallikni aniq va inaparant turlarini o'tkazayotgan homilador ayollar embrionga yuqtirishlari mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda virus siydikda, to'qimalarda, orqa miya suyuqligida bo'ladi, u organizmda tug'ilgandan so'ng 12–19 oylikkacha, ayrim ma'lumotlarga ko'ra 30 oygacha ham saqlanishi mumkin. Demak, chaqaloqlarda surunkali persistent infeksiya rivojlanishi mumkin.

Kasallanganlarda virus 7 kun avval, ayrimlarda (Sever va boshqalar, 1967) 13 kun avval ham aniqlanishi mumkin. U intensiv holda 2 haftagacha ajralib turishi mumkin (Ingalsset; 1967). Bundan tashqari virusni yashirin davrning oxirgi kunlarida toshma toshgandan so'ng 7 kungacha siydik va axlatdan ajratib olish mumkin.

2. Qizilcha asosan havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Kasallik qizamiq va suvchechakka nisbatan sekinroq tarqaladi. Moyil insonlar nisbatan uzoqroq va yaqinroq muloqotda bo'lganda yuqadi.

3. Ko-infeksiyaga beriluvchanlik yuqori. Asosan 1 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar og'riydilar.

Uyushgan bolalar jamoalari (bog'cha)da kasallikning yuqishi uyushmaganiga nisbatan 2—5 marta yuqori. O'zbekistonda qizilcha kasalligi ancha keng tarqalgan, olti guruhli kasallik ham kelib chiqadi.

4. Immunitet: kasallik o'tkazganlarda turg'un immunitet hosil bo'ladi. Hosil bo'lgan antitelalar Jg va Jg M sinfiga mansub bo'ladi.

Qizilchaga qarshi immunitetni aniqlash uchun serologik rejim ishlatiladi.

AQSH va Kanadada 15—20% tug'ish yoshidagi ayollarda qizilchaga immunitet aniqlanadi. Qizilcha kichik guruhli kasallik yoki epidemiya shaklida uchrashi mumkin. AQSHda 1964-yili epidemiya paytida 1800000 ta bemor qayd qilindi, o'shanda 20000 bola tug'ma nuqsonlar bilan tug'ilganligi aniqlandi.

Kasallik qish va bahorda ko'payadi. Har 3—5—7 yilda kasallik ko'rsatkichlari ko'tarilib turadi.

Patogenez. Qizilcha viruslari organizmga yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatlari orqali kiradi. Viruslar qonga o'tadi, bunga javoban gematologik o'zgarishlar va limfoid to'qimalarning shikastlanishi kuzatiladi. Virusning embrional to'qimalariga moyillik ehtimoli bor. Bu tug'ma nuqsonlar bilan tasdiqlanadi (katarakta, mikrotsefaliya, yurak tug'ma nuqsonlari va boshq.).

Klinikasi. Yashirin davr 15—24 kun davom etadi. Toshmalardan 1 hafta burun virusemiya kelib chiqadi.

Qizilchani juda ertangi tipik, patognomonik simptomi: bu bo'yinning orqa, ensa, quloq orti va boshqa limfa tugunlarining kattalashishi hisoblanadi. Bu belgi toshmalardan 1—3 kun avval paydo bo'ladi va toshma yo'qolgach bir necha kundan so'ng yo'qoladi. Shishgan limfa tugunlari yirik no'xat yoki loviyadek bo'lib qattiqlashadi va og'riqli bo'ladi. Ayrim hollarda limfa tugunlari ko'zga tashlanarli darajada shishgan bo'ladi.

Ayrim hollarda toshmadan 1—2 sutka avval tumov, biroq yo'tal, ko'z konyuktivasi giperemiyasi, bosh og'rig'i, holsizlik kuzatiladi.

Toshmalar yuz, bo'yin sohasidan boshlanib, bir necha soat ichida butun tanaga tarqaladi. Toshmalar ko'proq qo'l-oyoqlarning yoziluvchan sathlarida, yelka, bel, dumba sohasida bo'ladi; qorin, ko'krak va ayniqsa yuz sohalarida toshmalar kam bo'ladi. Toshmalar och qizil yumaloq yoki oval shakldagi dog'lar bo'lib, ayrim hollarda teri sathidan biroz ko'tarilishi mumkin. Ularning hajmi to'g'nog'ich boshiday yoki undan katta bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda mayda, ayrimlarida katta dog'lar ko'p bo'ladi. Toshmalar bir-biriga qo'shilish xususiyatiga ega. Toshmalar 2–3 kun ko'zga tashlanib, pigmentatsiyasiz yoki to'la yo'qolib ketadi.

Ayrim bemorlarda ekzantemalardan tashqari tanglay shilliq qavatlarida dog'li enantemalar bo'lishi mumkin. Belskiy–Filatov–Koplik dog'lari hech qachon bo'lmaydi.

Toshmalar haroratning 38°C ga ko'tarilishi bilan o'tadi. Ammo ko'pincha harorat ko'tarilmaydi. Prodromal davrda paydo bo'lgan kataral belgilar, toshma paytida kuchaymaydi. Umumiy holat odatda buzilmaydi.

Kattalarda qizilcha og'irroq o'tib, umumiy reaksiya, nafas yo'llari qatori, konyunktivit va mushak og'rig'i kuchli bo'ladi. Toshmalar mo'lroq bo'lib, bir-biri bilan qo'shilib ketishi mumkin.

Inkubatsion davrda periferik qonda leykotsitoz va neytrofilyoz, toshma paytida yengil leykopeniya, limfotsitoz, plazmatik hujayralarning 10–30% ga ko'payishi kuzatiladi.

Inaparant turida serologik reaksiya antitelalarining 4 baravar ortishi kuzatiladi.

Asoratlari. Entsefalitlar, meningoensefalitlar, ensefaliomiyelitlar 5000–6000 bemorning bittasida uchraydi. Ular ko'proq kattalarda uchrab 15–20% gacha o'lim bilan yakunlanadi.

3–5 kun uchrovchi ensefalopatiya qizilcha virusi bilan bog'liq. Boshqa asoratlar qizilchada kamdan kam uchraydi.

Tug'ma qizilcha. Homilador ayollar qizilcha bilan og'rib qolsalar (ayniqsa homiladorlikning 1–3 oylarida) homila halok

bo'lishi, bola tashlash sodir bo'lishi va 10–50% hollarda embri-onda surunkali qizilcha infeksiyasi rivojlanib ichki a'zolar jiddiy shikastlanadi: tug'ma nuqsonlar — mikrotsefaliya, gidrotsefaliya, karquloqlik, katarakta, retinopatiya, glaukoma, yurak poroki, skelet buzilishlari sodir bo'ladi. Tug'ma qizilcha natijasida bolalarda qandli diabet ham rivojlanishi mumkin.

Qizilcha bilan kasallangan homilador ayollarda homila mudatiga qarab turli embriopatiyalar rivojlanishi mumkin. 5 haftada karlik, 5–10 haftada kardiopatiyalar, organogenez tugagach har xil fermentopatiyalar, anemiya, trombotsitopenik purpura, gepatit, suyaklar shikastlanishi mumkin.

Bu bolalarda virus uzoq muddat saqlanishi mumkin. Ularda maxsus antitelalarning yuqori titri kuzatiladi. Tug'ma qizilcha sindromi bilan tug'ilgan bolalarning bir qismi tug'ilishi bilan halok bo'ladi.

Diagnoz:

1. Klinik-epidemiologik usul.
2. Serologik usul RPGA, neytralizatsiya hammasi juft zardob bilan RSK.

Differensial diagnoz:

1. Qizamiq bilan.
2. Yuqumli mononukleoz.
3. Skarlatina.
4. Zardob kasalligi.
5. Enterovirus ekzantemasi.
6. Dori-darmon toshmalari.

Davolash — simptomatik profilaktika:

Bemorlar toshmaning 5-kunigacha izolyatsiya qilinadilar.

Homiladorlar qizilcha bilan og'risalar yoki shunday xavf tug'ilsa 10–30 ml gammaglobulin tavsiya qilinadi. Ammo uning foydasi oz, homiladorlikning dastlabki oylarida homiladorlikni abort yo'li bilan to'xtatish tavsiya qilinadi.

Aktiv immunizatsiya bor. Tirik qizilcha vaksinasi ham ishlatiladi.

Test savollari

1. Skarlatina patogenezidagi omillar.

- A. Toksik, septik, allergik.
- B. Kataral, toshma toshishi, sog'ayish.
- C. Fibrinoz plyonka hosil bo'lishi.
- D. Kataral yallig'lanish.

2. Qizamiq qo'zg'atuvchisini aniqlang.

- A. Miksoviruslar.
- B. Bakteriya.
- C. Meningokokk.
- D. Streptokokk.

3. Mayda nuqtasimon toshmali kasalliklar.

- A. Skarlatina.
- B. Qizamiq.
- C. Suvchechak.
- D. Soxta sil.

4. Dog'li-tugunchakli toshmali kasalliklar.

- A. Qizamiq.
- B. Skarlatina.
- C. Qizilcha.
- D. Suvchechak.

5. Qizamiqdagi ekzantemalar xarakteri.

A. Bosqichma-bosqich toshuvchi, dog'li-tugunchakli toshmalar.

- B. Giperemiya.
- C. Polimorf, dog'li-vezikulyoz toshmalar.
- D. Monomorf pustulyoz toshmalar.

6. Qizamiqning patognomonik belgisi.

- A. Mursu belgisi.
- B. Filatov belgisi.
- C. Pastiya simptomi.
- D. Belskiy-Filatov-Koplik dog'i.

7. Qizamiqning asoratlari.

- A. Gepatit, gepatoxoletsistit.
- B. Gastrit, o't yo'llari diskineziyasi.
- C. Laringit, enterokolit.
- D. Kolit, enterokolit.

8. Skarlatinaga xos yurakdagi o'zgarishlar.

- A. Yurak chegeralarining kengayishi.
- B. Gipertoniya.
- C. Bradikardiya.
- D. Aritmiya.

9. Skarlatina o'tkazgan rekonvalessentlar bolalar jamoasiga necha kunda qo'yiladi.

- A. 5 kun.
- B. 7 kun.
- C. 12 kun.
- D. 15 kun.

10. Qizamiqda yashirin davrning davomiyligi.

- A. 17–21.
- B. 5–10.
- C. 14–22.
- D. 7–28.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. 1 yosh-u 4 oylik bola somatik bo'limda pnevmoniya tashxisi bilan davolanmoqda, to'rtinchi kunda isitma, yuqori nafas yo'llarida kataral yallig'lanish, quruq dag'al yo'tal, ko'z yoshlanishi, yorug'likdan qo'rqish kabi simptomlar paydo bo'ldi. Bemor ko'zdan kechirilganda tomoqda tarqoq giperemiya, og'izning shilliq qavatida enantema, yuzda va quloq orqasida dog'li-tugunchali toshma. Tashxis. Bo'limda qanday epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazish kerak?

2-masala. 3 yoshli bola bo'limga O'RVİ tashxisi bilan tushdi, qabulxonada ko'zdan kechirish paytida Belskiy–Filatov–Koplik simptomi aniqlandi. Nima qilish kerak?

3-masala. 2 yoshli bolada qizamiq asoratsiz, o'rta og'ir turi bilan kechmoqda, toshma toshish davrini birinchi kuni. Bemorning umumiy ko'rinishini tasvirlab bering va davo choralarini tayinlang.

4-masala. 2 yoshli bola o'tkir kasallandi, tana harorati $37,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarildi, bemor ko'zdan kechirilganda tomoqda biroz tarqoq giperemiya, yengil tumov, ensa va orqa bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi, terining o'zgarmagan fonida mayda dog'li toshma (ko'proq orqada, dumbada, egiluvchan teri sathida) lar kuzatiladi. Tashxis qo'yib, davolash rejasini tuzing.

5 masala. Tursun 5 yoshda, bolalar bog'chasiga boradi. Kasallik o'tkir boshlanib, harorat $38,5^{\circ}\text{C}$ ga ko'tarilgan, boshi og'rigan, qusgan, tomoqda og'riq paydo bo'lgan. Kelganda ahvoli o'rta og'irlikda, bola injiq, behol, yanoqlari qizargan, burun-lab ucburchagi oqargan, teri va shilliq qavatlari quruq. Tana va oyoq-qo'llariga mayda nuqtali och-qizil rangdagi toshma toshgan, ayniqsa oyoq-qo'llarining bukuvchi sohalariga. Tomog'i qizargan, murtak bezlari, lakunalari kulrang karash bilan qoplangan. Regionar limfa tugunlari kattalashgan, qattiq og'riqli. Boshqa a'zolarida o'zgarishlar kuzatilmadi.

1. Sizning klinik tashxisingiz.

2. Qanday klinik simptomlar tashxis qo'yishga asos bo'la oladi?

3. Kasallikning og'irlik darajasini ko'rsating.

4. Davo tayinlang.

6-masala. 10 yoshli bolada skarlatina kasalligi aniqlandi, kasallikning 1-kuni, toksik turi. Kasallikning klinik kechishini ta'riflab, davolashni tayinlang.

7-masala. Qizilcha bilan og'riyotgan bola kasalligining 6-kunida bosh og'rishi, hushini yo'qotishi kabi simptomlar kuzatildi. Bemor tekshirilganda tana haroratining ko'tarilishi, meningial simptomlarning musbat bo'lishi, o'choqli simptomlar aniqlandi. Qanday asorat haqida o'ylash kerak? Bemorni tekshirish va davolash rejasini tuzing.

Nazorat savollari:

1. Skarlatina kasalligi qo'zg'atuvchisining asosiy tarkibini aytib.
2. Qizamiq va qizilcha qo'zg'atuvchisiga xarakteristika bering.
3. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning yuqish yo'llari.
4. Skarlatinada, qizamiqda va qizilchada nerv sistemasida kuzatiladigan o'zgarishlar.
5. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning klinikasi.
6. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning klinik tasnifi.
7. Kasalliklar davrlari va uning davomiyligi.
8. Kasalliklarda laborator tekshiruv usullari.
9. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning differensial diagnostikasi.
10. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning oqibati va asoratlari.
11. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning davolash tamoyillari
12. Skarlatina, qizamiq va qizilchaning profilaktikasi va epidemiyaga qarshi kurash usullari.

4-mavzu. MENINGOKOKKLI INFEKSIYA

1. Kasallikka ifoda. Meningokokkli infeksiya o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, meningokokklar tomonidan chaqiriladi, havotomchi yo'li bilan yuqadi, klinikasi halqum shilliq qavatlarini (nazorafaringit), keng tarqalgan spetsifik septitsemiya (meningokokksemiya) va miya yumshoq pardalarining yallig'lanishi (meningit) bilan namoyon bo'ladi.

2. Kasallikni o'rganish tarixi. Kasallikning klinik belgilariga dastlab XVII asrda e'tibor berilgan. Kasallikning belgilari 1806-yilda Viesee tomonidan Jenevadagi epidemiya paytida yoritilgan. Rossiyada birinchi bo'lib, bu kasallik Kaluga guberniyasida 1863-yili, Moskvada 1886-yili qayd qilindi. Bir paytning o'zida kasallik Osiyo, Afrika va Avstraliyada ham ma'lum bo'ldi.

1887-yili Vekselbaum diplokokkni kashf qilgach, epidemik serebrospinal meningit alohida mustaqil kasallik sifatida to'la

tan olindi. Vekselbaum orqa miya suyuqligi hujayralaridagi qo'zg'atuvchini — «diplokokkus intrasellularis meningitidis» deb nomladi.

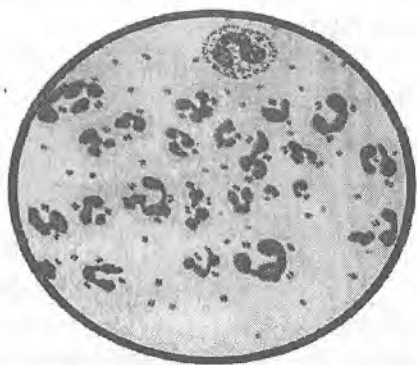
O'tgan asr oxirida meningokokksemiya, ushbu asr boshida meningokokkli nazofaringit singari kasallikning turlari aniqlandi. Shu munosabat bilan butun dunyo Sog'liqni Saqlash Assambleyasi Xalqaro kasalliklarni sinflarga bo'lish bo'yicha 8-qayta ko'rish yig'inida (1965-y) «epidemic serebrospinal meningitis» iborasining o'rniga «meningokokkli infeksiya» degan yangi iborani qabul qildi.

3. Kasallikning etiologiyasi. Meningokokklarning bir necha xil serologik guruhlari ma'lum:

A, V, S, D, X, I, Y. Ularning serologik tiplari xilma-xil. Masalan V guruhida 11 ta, S guruhida 7 ta serologik tiplari mavjud. Kasallikning epidemik ko'tarilishi A guruhi bilan bog'liq sporadik turlari V, S va boshqa guruhlariga mansub mikroblar bilan bog'liq.

Meningokokklar yangi tayyorlangan qonli muhitlarda va 2% li agar agarda yaxshi o'sadi. Surtmalar anilin bo'yoqlari bilan bo'yaladi. Meningokokklar grammanfiy bo'lib, juft holda hujayra ichida va tashqarisida ko'rinadi.

4. Kasallik epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor va mikroob tashuvchi hisoblanadi. Meningokokkli infeksiya bilan kasallanganlar, uning turlaridan qat'i nazar kasallik manbai hisoblanadi. Meningokokklar yuqori nafas yo'llarida 15–20 kun mobaynida saqlanadi, keyinchalik ularning miqdori asta-sekin kamayadi. Shu muddatda ular xavfli hisoblanadi.



10-rasm. Meningokokkli infeksiya. Meningokokklar.

Sog'lom tashuvchilik odatda 2–3 hafta, ba'zida uzoqroq, hatto bir necha oygacha cho'zilishi mumkin. Mikroob tashuvchilik yilning mavsumiga ham bog'liq bo'ladi. Tashuvchilik ko'proq qishning oxiri bahorning boshida aniqlanadi, yoz-kuzda kam uchraydi. Asosiy va yagona yuqish yo'li havo-tomchi hisoblanadi. Yuqish jarayoni asosan yaqin masofada ro'y beradi. Kasallikka moyillik yuqori emas tarqalgan turlari uchun 0,5% ni tashkil qiladi.

Immunitet. Meningokokkli infeksiyada asosan 3 xil immunitet rivojlanadi:

1. Tug'ma passiv immunitet.
2. Kasallikning aniq turini o'tkazgandan keyingi orttirilgan immunitet.
3. Kasallikning simptomsiz turini (tashuvchilik) o'tkazgandan keyingi orttirilgan immunitet.

Meningokokkli infeksiya yangi tug'ilgan chaqaloqlarda juda kam uchraydi. Odatda 3 oygacha uchrovchi yiringli meningitlar ikkilamchi asoratlarda bo'ladi.

Mavsumiylik. Meningokokkli infeksiyada mavsumiylik bor. Kasallik sentabrdan ko'tarila borib, bahorning dastlabki oylarida yuqori pog'onaga chiqadi. Bu asosan martga to'g'ri keladi. Apreldan kasallik asta-sekin kamayadi, avgust-sentabrda juda kam uchraydi.

Yoshga bog'liqlik. Kasallik eng ko'p 6 oydan 1 yoshgacha, hamda 1 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi (70%). Katta yoshlilardan asosan 15–30 yoshlilar kasallanadilar. O'lim soni 1 yoshgacha bolalarda – 55%, 1–4 yoshda – 36%, 5–9 yoshda – 19%, 10–14 yoshda – 20%, 15–19 yoshda – 23%. Ayrim mualliflar o'lim sonini 70–80% gacha berganlar.

Etiotrop davo usuli kiritilgach, o'lim soni ancha kamaydi, ammo mavjud o'lim soni bir yoshgacha bo'lgan bolalarda bo'lishi saqlanib qoldi. Kasallanish bemorning jinsiga bog'liq emas.

Davriylilik, har 10–15 yilda kasallik ko'rsatkichlari yuqorilab turadi.

Patogenez. Meningokokkli infeksiyaning patogenezida 3 ta omil katta ahamiyatga ega: qo'zg'atuvchi, uning toksini va allergik substansiya.

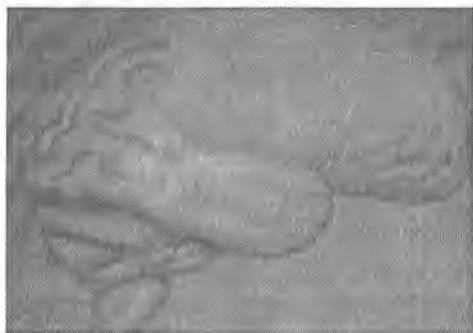
Meningokokklar uchun og'iz-burun bo'shliqlari kirish darvozasi bo'lib xizmat qiladi. Ko'p hollarda meningokokklar tushgan joyda hech qanday patologik o'zgarishlar bo'lmaydi, bu holda «sog'lom tashuvchilik» rivojlanadi. 10–15% hollarda qo'zg'atuvchilar kirish darvozasida yallig'lanish jarayonini chaqiradi va meningokokkli nazofaringit rivojlanadi. Kamdan kam hollarda (1–2%) meningokokklar mahalliy himoya to'siqlaridan limfogen yo'l bilan qonga o'tadi. Bu holda klinik belgilarsiz tranzitor bakteriemiya yoki meningokokksemiya (meningokokkli sepsis) kelib chiqadi. Bu holda meningokokklar turli to'qimalarga teri, bo'g'imlar, buyrak usti bezlari, buyraklar, o'pka, ko'zning tomirli pardasiga yetib boradi. Bir qism bemorlarda meningokokk gemotoentsefalik to'siqdan o'tib, yiringli meningit yoki meningoentsefalitni keltirib chiqaradi.

Meningokokklarni keng tarqalib ketishining sabablari to'la aniqlangan emas. Ammo generalizatsiya jarayoni organizmning immunologik reaktivligi pasayishi hisobiga bo'lishi mumkin. Ko'p bemorlar anamnezida travma, profilaktik emlashlar, sovuq o'tish haqida ma'lumotlarni topish mumkin. Takroriy O'RVI lar o'tkazishning ham katta roli bor.

O'ta o'tkir meningokokkli sepsis infeksiyon toksik shok bilan o'tishining asosiy sababi kuchli bakteriemiya va toksinemiya hisoblanadi.

Meningokokklarning yoppasiga halokati natijasida hosil bo'lgan endotoksinlar, qon-tomirlarining epiteliysi va qon hujayralari membranalariga ta'sir qilib, gemodinamikaning buzilishiga, ayniqsa mikrotsirkulyatsiyaning buzilishiga olib keladi. Bu holda katexolamin, serotonin, gistamin singari biologik aktiv moddalar hosil bo'ladi: xamegan faktorlari, kallekrein-klinik, qonning ivishi, keyinchalik fibrinolitik sistemalari faollashadi. Jigardan yuqoridagi sistemaning to'ng'ich vakillari (prekallekrein,

protrombin)ning katta miqdorda otilib chiqishi, katta miqdorda kallekrein, protrombin hosil bo'lishi pirovardida keng tarqalgan tomirlararo qon quyilishiga (giperkoagulyatsiya), mayda qon-tomirlarida katta miqdorda bakterial tromblar hosil bo'lishiga (trombogemorragik sindrom) olib keladi. Qonning ivishi sistema faktorlarining utilizatsiyasi (yo'q bo'lishi) natijasida gipokoagulyatsiya jarayoni ketib, u o'z navbatida teri, ichki a'zolar — buyraklar, buyrak usti bezlari, bosh miya moddasi, miokard, ichaklarga qon quyilishiga olib keladi. Kallekreinning katta miqdori plazmin sistemasini faollashtirib, uning vazifasi bo'lmish tromblarni lizis (eritish) qilishni kuchaytiradi. Bu sistemaning o'ta faolligi gipokoagulyatsiyani shunday kuchaytirib yuboradiki, natijada qon mutlaqo ivimay qo'yadi (inyeksiya joylaridan oqib turadi, «qonli yosh» simptomi). O'ta o'tkir meningokokkli sepsisda giperkoagulyatsiyani gipokoagulyatsiyaga almashuvi bir necha soat ichida ro'y beradi. Kallekrein sistemasining yuqori faolligi yuqori miqdorda bradikininning hosil bo'lishi, tomirlarning yoppasiga kengayishi va a/b ning tushishigagina sabab bo'lmay, balki gipertenziv renni-angiotenzin sistemasining ham faoliyatini kuchaytiradi. Natijada eng kuchli vazopressorlar — angiotenzin 2 hosil bo'ladi. Angiotenzin 2 va katexolaminlar uyg'unlashib mayda tomirlar spazmi, qon aylanishining



11-rasm. Meningokokkli infeksiya.
Miyadagi yiringli taraf.

markazlashuvi, mikrot-sirkulyatsiyaning buzilishi singari holatlarga olib keladi. Endotoksinemiya, mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi, DVS sindrom, atsidoz, ichki a'zolar faoliyatining buzilishi singari metabolik o'zgarishlarga olib keladi. Buyrak usti bezining o'tkir yetish-

movchiligi, yurak qon-tomir, nafas sistemalari, buyrak yetish-movchiligi rivojlanadi.

Endotoksinemiya, gemodinamik va metabolik buzilishlar natijasida miyaning o'tkir shishishi (miyaning toksik shishishi) kelib chiqadi. Bu holatning kelib chiqishi bradikinin, serotonin, gistamin, angiotenzin 2 moddalarini tomirlar devori, gemotoentsefalitik to'siqqa ta'sir etib, ularning o'tkazuvchanligi ortadi. Klinikada bu talvasalar, hushning yo'qolishi, hatto koma kelib chiqishi bilan namoyon bo'ladi. Miyaning o'tkir shishishi natijasida miyacha murtaklari ensa teshigiga tiqilib, uzunchoq miya qisiladi, nafas markazi falajidan bemor o'ladi.

Meningokokkli infeksiyaning gipertoksik turi patogenezining asosida gemorragik sindromning shiddatli rivojlanishi, buyrak usti bezlarining infarkti, kuchli endotoksinemiyadan tashqari nospetsifik gipersensibilizatsiya va organizm reaktivligining pasayishi katta ahamiyatga ega.

Meningokokklarning miya pardalariga yetib borishi pirovard natijada meningit rivojlanishi bilan yakunlanadi. Yumshoq pardalarning yallig'lanishi ularni polimorf yadroli leykotsitlar tomonidan infiltratsiya bilan namoyon bo'ladi. Halok bo'layotgan granulotsitlar proteinazalar ajratadi, ularning eng ahamiyatlisi elastaza hisoblanib, u kuchli destruksiya chaqirish xususiyatiga ega. Gematoentsefalitik baryer tarkibiga kiruvchi kollagen, elastik tolalar, bazal membrana degradatsiyasi (elastaza ta'sirida), uning (baryerning) butunligi va o'tkazuvchanligini buzadi. Bu esa o'z navbatida patologik jarayonning yanada chuqurlashib, meningoentsefalit rivojlanishiga olib keladi. Yuqoridagi patologik holatlarning chuqurlashuviga likvorda katta miqdorda uchrovchi bradikinin, serotonin, gistamin ham sababchi bo'ladi.

Ko'pincha meningit bemorlarning o'limiga asosiy sabab miyaning toksik shishishi bo'lib, miyacha So-uzunchoq miya ensa teshigiga tiqiladi va nafas markazining paralichi yuzaga keladi.



12-rasm. Meningokokkli infeksiya. Meningokokksemiya tipik joylarda yuldzimon gem-morogik toschmalar.



13-rasm. Meningokokkli infeksiya. Meningokokksemiya yuzdagi toschmalar.

Bir yoshgacha bo'lgan bemorlarda miya gipotenziyasi (serebral kollaps) rivojlanishi mumkin. V.I. Pokrovskiyning fikricha (1986) bu holatning asosida suv-tuz almashinuvining buzilishiga olib keluvchi nerv-reflektor buzilishlar yotadi. Serebral kollaps natijasida meningitning erta asorati subdural suv yig'ilishi kelib chiqadi.

Endokardit, artrit va hokazolar meningokokksemiyaning ko'rinishlarida bo'lib, kam uchraydi.

Immunitet. Asosan spetsifik antitelalar hisobiga bo'ladi. Gemoglyutsinatsiyalar titri asta-sekin ko'tarilib, 5–7-kuni eng yuqori miqdorda bo'ladi. 3–4 haftadan so'ng antitelalar titri pasayadi. Kamdan kam hollarda qayta kasallanish mumkin.

Klinikasi.

Meningokokkli infeksiyani quyidagicha klassifikatsiya qilinadi:

Chegaralangan turlari:

- a) meningokokk tashuvchilik;
- b) o'tkir nazofaringit;

Tarqalgan turlari:

- a) meningokokksemiya;
- b) meningit;
- d) meningoentsefalit.

Aralash turlari: meningit + meningokokksemiya.

Kam uchrovchi turlari: endokardit, iridosiklit, artrit.

Meningokokkli infeksiyada yashirin davr 2–10 kun bo'ladi.

Meningokokksemiya (meningokokkli sepsis) kasallikning klinik turi bo'lib, umumiy intoksikatsiya, terining shikastlanishidan tashqari ichki a'zolarida ham o'zgarishlar kelib chiqadi.

Kasallik to'satdan, o'tkir boshlanadi. 70% ota-onalar kasallik boshlangan soatigacha aytib beradilar. Harorat yuqori darajaga ko'tariladi, junjikish, qayt qilish bo'ladi. 1–2 kun mobaynida kasallikning hamma simptomlari rivojlanadi. 1-kun oxiri, 2-kun boshida terida toshmalar paydo bo'ladi. Toshmalar qancha tez paydo bo'lsa, kasallik shuncha og'irroq o'tadi. Asosan yulduzsimon shaklda, teri sathidan ko'tarilib turuvchi, ushlab ko'rganda qattiq gemorragik toshmalar toshadi. Odatda toshmalar terining hamma sohalariga toshadi, ammo qo'l-oyoq uchlarida, dumba va qovoqlarda ko'proq bo'ladi. Kasallikning og'ir turlarida toshmalar yuz sohasi, tananing yuqori qismlarida ko'proq bo'ladi. Toshmalarning hajmi ham turlicha bo'ladi. Nuqtasimon qon quyilishidan tortib, to o'rtasida nekroz bor yirik qon quyilishlarigacha bo'lishi mumkin.

Katta toshmalar markazidagi nekrozlar ko'chgach, ularning o'rnida defektlar va chandiqlar qoladi. O'ta og'ir hollarda oyoq, qo'l barmoqlari falangalarida, tovonda, quloq suprasida gangrenalar bo'lishi mumkin. Ayrim hollarda nekrozlar juda chuqur bo'lib, suyaklar ochilib qoladi va ularning tuzalishi qiyin kechadi. Kasallikning teng yarmida gemorragik toshmalar qatori, ularidan biroz ertaroq paydo bo'luvchi rozeolyoz, rozeolyoz-papulyoz toshmalarni kuzatish mumkin. Dog'li-tugunchali toshmalar qizamiqqa juda o'xshaydi, ammo qo'l va oyoq uchlarida o'rtasida nekrozi bor toshmalar borligi meningokokksemiya fikrni jalb qiladi. Toshmalarning qaytishi ularning xarakteriga bog'liq: rozeolyoz-

papulyoz toshmalar 1–2 kunda yoʻqolib ketsa, chuqur nekrozlardan soʻng uzoq tuzalmaydigan yaralar hosil boʻladi, ularning ayrimlariga xirurgik muolajalar va hatto amputatsiya qilish zarurati ham tugʻilishi mumkin.

3–7% meningokokksemyali bemorlarda sinovit va artrit singari boʻgʻimlarda yalligʻlanish rivojlanadi. Asosan mayda boʻgʻimlar, kam hollarda yirik boʻgʻimlar shikastlanadi. Poliartrit yoki monoartritlar kechishi asoratsiz tuzalib ketadi.

Koʻzning toʻr pardasi zararlansa uveit kelib chiqadi, hatto panofalmit ham uchrab turadi. Keyingi yillari koʻzning shikastlanishi kam uchrayapti.

Meningokokksemyada kamdan kam hollarda plevrit, pielit, flebit, jigarning yiringli shikastlanishi, endo-, mio-, perikarditlar uchrashi mumkin, glomerulonefrit, gepatolienal sindrom rivojlanishi mumkin.

Periferik qonda leykotsitoz 15000–25000 ga yetishi mumkin, neytrofilyoz, aneozinofiliya kuzatiladi. EChT 50–70 mm/s boʻlishi mumkin. Ogʻirligi boʻyicha meningokokksemyani yengil, oʻta ogʻir, ogʻir turlari farqlanadi. Ogʻirlik mezonlari kasallik avjida toksikozning koʻlamiga, hushning holatiga, haroratning balandligiga, gemorragik-nekrotik toshmalar hajmi va miqdoriga hamda gemodinamikaning holatiga qarab belgilanadi. Ayniqsa, yashin tezligida oʻtuvchi meningokokksemya (oʻta oʻtkir meningokokkli sepsis) juda ogʻir oʻtadi. Kasallik bu hollarda oʻta shiddat bilan boshlanadi, harorat yuqori darajada boʻladi, titrab-qaqshab koʻtariladi, bezovtalik, va koʻp miqdorda gemorragik toshmalar toshadi. Toshma elementlari koʻz oʻngida bir-biri bilan qoʻshiladi va katta qon quyilishlariga olib keladi. Dastavval arterial qon bosim meʼyorida yoki biroz koʻtarilgan boʻladi. Soʻngra bosim tusha boshlaydi, taxikardiya, yurak tonlarining boʻgʻilishi, teri rangining oqarishi, akratsionoz singari qon aylanishining yetishmovchiligi simptomlari paydo boʻladi. Teri ushlab koʻrilganda sovuq boʻladi, baʼzida yopishqoq teri qoplaydi. Bemorning yuzida ham ogʻir kasallikning belgilari koʻzga tashlanadi. Bolalar

juda bezovta bo'ladilar, o'zlarini qo'yarga joy topa olmaydilar. Sovqotishga, mushaklar va bo'g'imlardagi og'riqqa shikoyat qiladilar. Chaqaloqlarda qayt qilish, ich ketish singari dispeptik belgilar namoyon bo'ladi. Ko'p hollarda neyrotoksikoz tufayli kelib chiqqan miyaning o'tkir shishish belgilari bo'lmish, talvasa, hushning yuqolishi kuzatiladi. Muskullar etiologiyasi aniqlanadi. Meningial simptomlar rivojlanadi. Kasallik yakunida «kofe quyqasi» sifat qayt qilish, burundan qon ketishi, ichki a'zolarga qon quyilishi kuzatilib, ular faoliyatining buzilishiga olib keladi.



14-rasm. Meningokokkli infeksiya. Meningit. Kernig simptomi.



15-rasm. Meningokokkli infeksiya. Meningial poza.



16-rasm. Meningokokkli infeksiya. Ensa muskullarining regidligi.

Arterial bosimning, ayniqsa, minimali pasayadi. Puls ipsimon bo'ladi yoki paypaslanmay qo'yadi. Sianoz boshlanadi. Tanada, qo'l-oyoqlarda murda dog'lariga o'xshash, qizg'ish-ko'kish dog'lar kelib chiqadi. Tana harorati odatda subnormal ko'rsatkichgacha pasayadi. Oligouriya va hatto anuriya rivojlanishi mumkin. Qonda dekompensirlangan atsidoz, giperleykotsitoz, ba'zida leykopeniya kuzatilib, u yomon belgi bo'lib hisoblanadi. Patogenetik nuqtayi nazardan, kasallikning bu klinik turi kuchli bakteriemiya, mikroblarning tezkor halokatini toksinemiya sababli kelib chiquvchi infeksiya-toksik shok deb qaralmog'i kerak. Tezkor va to'g'ri davolash choralari o'tkazilmasa kasallik boshlanishidan 12–24 soat mobaynida vaziyat o'lim bilan yakunlanishi mumkin. Ammo ba'zida bemor reanimatsiya bo'limiga o'z paytida keltirib, shiddatli yordam ko'rsatilsa, ayniqsa buyrak usti bezlariga to'g'ri qon quyilishi hisobiga dastlabki soatlarda o'zgarish ro'y beradi.

Meningokokksemiyaning yashin tezligidagi turidan o'lgan bemorlar yorib ko'rilganda nafaqat buyrak usti bezlari, balki yurakka, buyraklarga, oshqozonga, miya pardalari va moddasiga qon quyilishi kuzatilgan.

Meningokokkli meningit. Kasallik haroratning 39–40°C ga ko'tarilishi, kuchli titrash, sovqotish bilan boshlanadi. Katta yoshli bolalarda qattiq bosh og'riydi (odatda chegaralanmagan diffuz), ammo peshonasi yonboshida, ensa sohasida og'riq

kuchliroq bo'ladi. Bolalar bezovtalanadi, boshlarini ushlaydi, qattiq qo'zg'alish paydo bo'ladi, qichqiradi, uyquasi yo'qoladi, bosh og'rig'i kallaning harakati, yorug'lik va tovush qo'zg'atuvchilari ta'sirida kuchayadi. Ayrim bemorlarda bezovtalik tormozlanish, loqaydlik bilan almashadi. Umurtqalararo og'riq binoga kelib, u nerv tolalari ezib ko'rilganda kuchayadi. Bemorga yengil tegilganda ham kuchli bezovtalik, og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Giperesteziya yiringli meningitni asosiy belgilaridan biri hisoblanadi. Meningitni yana bir muhim belgisi qayt qilish hisoblanib, birinchi kundan boshlanadi va ovqat qabul qilishga bog'liq bo'lmaydi. Ko'p bemorlarda qayt qilish ko'p marta bo'lishi mumkin. Qayt qilish meningit boshlanishining dastlabki yaqqol belgisi hisoblanadi. Eng yosh bolalarda talvasa meningokokkli meningitning muhim simptomi hisoblanadi. Ular klonik-tonik turda bo'lib, kasallikning birinchi kunidan boshlanadi. Meningial simptomlar odatda kasallikning ikkinchi-uchinchi kuni paydo bo'ladi, ammo birinchi kundanoq namoyon bo'lishi ham mumkin. Ko'pincha ensa muskullari regidligi, Kernig simptomi, Brudzinskiy simptomlari aniqlanadi.

Pay reflekslari odatda og'rgan, ammo kuchli zaharlanishda ular bo'lmasligi mumkin. Tovon klonusi, Babinskiy simptomi, muskullar gipotoniya kuzatiladi. Miya ichi nervlarining tez o'tib ketuvchi shikastlanishi bo'lishi mumkin (odatda III, VI, VII, VIII juft nervlar). O'choqli simptomlarning paydo bo'lishi miyaning o'tkir shishidan darak beradi. Meningokokkli meningitda ko'pincha qizil dermografizm, lablarda gerpetik toshmalar kuzatiladi. Bemorning yuzi oqish, azobli bo'lib, skleralarda tomirlar kengayishi kuzatiladi. Puls tezlashgan, yurak tonlari bo'g'iq, arterial bosim pulsiga moyil bo'ladi. Og'ir holda nafas tezlashgan, yuzaki bo'ladi. Perkussiyada o'pkada timponit, auskultatsiyada og'ir nafas kuzatiladi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ich ketishi kuzatilib, dastlabki kunlari diagnostik qiyinchilik tug'ilishi mumkin. Tilda quruqshash, chanqash, jigar, qora taloq shishishi ham kuzatiladi. Zaharlanish hisobiga siydikda biroz oqsil, si-

lindr, mikrogematuriya aniqlanadi. Periferik qonda leykotsitoz, neytrofil siljishi, anoeozinofiliya kuzatilib, EChT ortadi.

Diagnostika uchun orqa miya suyuqligidagi o'zgarishlar katta ahamiyat kasb etadi. Birinchi kuni suyuqlik odatda tiniq yoki yengil shaffof bo'lib, tezda xira, yiringli tus oladi (neytrofil-larning ko'pligi hisobiga). Pleotsitoz 1 mkl da bir necha ming bo'lishi mumkin. Ba'zida pleotsitoz uncha ko'p bo'lmasada, oqsil ko'payadi, qand va xloridlar miqdori kamayadi.

Meningokokkli meningoensefalit asosan kichik yoshli bolalarda uchraydi. Bu turda kasallikning birinchi kunlaridanoq entsefalitik belgilar — psixomotor qo'zg'alish, hushning yo'qolishi, talvasa, III, VI, V, VIII bosh miya nervlarining shikastlanishi ustuvor tus oladi. Gemi va monoparezlar rivojlanishi mumkin. Bulbar buzilishlar, miyacha ataksiyasi, ko'z harakatidagi buzilishlar va boshqa nevrologik buzilishlar ham bo'lishi mumkin. Meningial belgilar bu turda uncha yaqqol bo'lmasligi, kasallik o'ta og'ir o'tib, noxush yakunlanishi mumkin.

Meningokokkli meningit va meningokokksemiya. Ko'p bemorlarda kasallikning aralash turi meningit va meningokokksemiya aniqlanadi. Klinikada meningit, meningoensefalitning yoki meningokokksemiyaning belgilari ustuvor bo'lishi mumkin.

Kechishi va asoratlari. Meningokokk infeksiyasini etiotrop davosiz kechishi og'ir va uzoq muddatli, odatda 4—6 hafta va hatto 2—3 oy bo'ladi. Ko'p hollarda kasallik to'lqinsimon kechib, zo'riqish va yaxshilanish davrlari almashinib turadi. Kasallikning har bir davrida ham o'lim bilan yakunlanishi mumkin. Yiringli meningitda (meningoensefalitning erta davrda o'lim miyaning o'ta shishishiga bog'liq bo'ladi. Bu sindrom faqat miyaning chegaralangan qismi shikastlanishigina emas, balki neyrotoksikoz, gemodinamik va metabolik buzilishlar oqibatida rivojlanadi. Klinik nuqtayi nazardan miyani o'tkir shishishi kuchli bosh og'rigi, talvasa, hushning yo'qolishi, psixomotor qo'zg'alish, takroriy qayt qilish bilan izohlanadi. Miyaning katta ensa teshigiga tiqilishi va uzunchoq miyaning qisilishi oqibatida

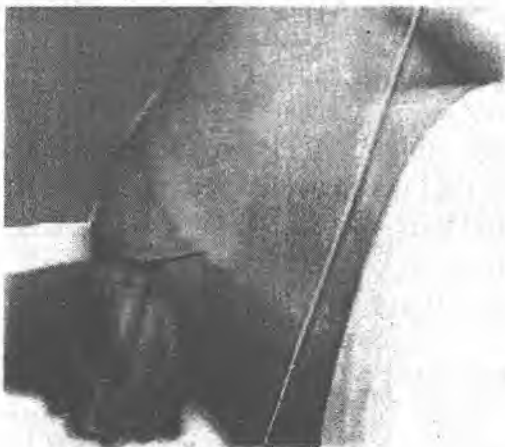
dahshatli belgilar: bradikardiya, aritmiya, arterial bosim moyil-ligi, Cheyn-Stoks tipidagi yuzaki, shovqinli nafas, ko'pincha gipertermiya, yuz gipertermiyasi, sianoz, terlash yuzaga keladi. Gipoksiya, gipokapniya, nafas alkaloz. O'lim o'pka shishi va nafas to'xtashi oqibatida kelib chiqadi.

Yosh bolalarda kasallikning kechishi miya gipotenziyasi sindromi bilan yomonlashishi mumkin. Bu sindromning kelib chiqishi benzilpenitsillin kaliy tuzi katta dozasi bilan parenteral yuborilishi va jadal degidratatsiya davosiga bog'liq bo'ladi. Bu sindromning klinik manzarasi kuchli toksikoz va suvsizlanish: yuzning so'liqishi, ko'z soqqalarining botuvi, ko'z atrofidagi qora aylana bo'lishi, talvasa, gipotoniya rivoji bilan izohlanadi. Meningial belgilar susayadi yoki umuman bo'lmaydi, katta liqildoq cho'kib qoladi. Pay reflekslari yo'qoladi. Orqa miya kanalida bosim pasayib, tomchilar miqdori kamayadi (serebral kollaps).

Meningokokkli meningitning kechishi yallig'lanish jara-yonlari miya qorinchalari endodermasiga tarqalishi hisobiga ham og'irlashishi mumkin. Endodermatit belgilari meningokokkli meningitni boshlanishida va undan kechroq, ayniqsa yetarli darajada bo'lmagan va kech boshlangan davolash sababli yuzaga keladi. Klinik tarzda endodermatit meningoentsefalit belgilari bilan namoyon bo'ladi. Uyquchanlik, harakatchan bezovtalik, sopor yoki koma shaklida hushning buzilishi, opistotonus darajasigacha yetib boruvchi muskullar gipertonusi, talvasa, giperesteziya, qo'l va oyoqlarning titrashi, tinimsiz qayt qilish endodermatitning asosiy belgilari hisoblanadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda katta liqildoqning bo'rtib qolishi, miya suyagi ariqchalarining ochilib qolishi mumkin. Bolani pozasi o'ziga xos, ya'ni oyoqlari chalmashgan, cho'zilgan, kaft tashqariga buralgan, barmoqlar musht bo'lib bukilgan bo'ladi. Antibiotiklar bo'lmagan davrda bu bemorlarda kaxeziya darajasigacha ozib ketish va og'ir psixik buzilishlar bo'lar edi. Endodermatitda orqa miya suyugligida oqsilning miqdori ortishi va ksantokromiya kuzatiladi. Neytrofillar miqdori normada bo'lishi mumkin, ammo to'g'ri miya qo-

rinchalaridan olingan suyuqlik yiringli bo'lib, unda polinuklealar va meningokokklar aniqlanadi.

Og'ir turlari bilan bir qatorda meningokokkli meningitni yengil, abortiv turlari ham uchrab turadi. Bu hollarda zaharlalish belgilari juda yengil bo'lib, meningial belgilar esa doimiy bo'lmaydi. Diagnostika orqa miya suyuqligi tahlili natijalari hal qiladi.



17-rasm. Meningokokkli infeksiya. Orqa miya punksiyasi.



18-rasm. Meningokokkli infeksiya. Orqa miya suyuqlida yiringli tarayen.

Kasallikning tipik turlarida diagnostika qiyin bo'lmaydi. Meningokokk infeksiyasi uchun kasallikning o'tkir boshlanishi, haroratning yuqori ko'tarilishi, bosh og'rig'i, qayt qilish, giperesteziya, miya pardalarining qitqlanishi simptomlari, gemorragik yulduzsimon toshmalar xos bo'ladi.

Meningokokkli meningitning diagnostikasida orqa miya funksiyasi hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi. Ammo suyuqlik tiniq yoki sal xiralashgani, kletsitoz 50 tadan 200 tagacha hujayralardan tashkil topib, limfotsitlar ustuvor bo'lishi mumkin. Bu meningokokkli meningitni seroz turlari hisoblanib, davolash erta

boshlanganida kuzatiladi. Bu hollarda antibiotiklarni qo'llash yallig'lanishning seroz bosqichida to'xtalishiga olib keladi.

Orqa miya suyuqligini meningokokklarni aniqlash uchun bakteriologik va qon surtmasi (yiringli tomchi)ni tekshirish katta ahamiyatga ega.

Serologik usullardan RPGA va IFA yuqori sezgir bo'ladi. Bu reaksiyalar o'ta sezgir bo'lib, bemor qonida meningokokk toksini minimal konsentratsiyasi, maxsus antitelalarning oz miqdorini ham aniqlash imkonini beradi.

Differensial diagnoz. Meningokokkli infeksiyaning meningo-kokksemiya turini toshmali yuqumli kasalliklar (qizamiq, skarlatina, iersinioz), gemorragik vaskulitlar, sepsis, trombotsitopenik holatlar bilan qiyoslash zarur. Kasallikning markaziy asab tizimi shikastlanadigan turlarini meningial va entsefalitik belgilar bilan o'tuvchi toksik gripp, boshqa O'RVI lar, shuningdek meningial belgilar bilan o'tuvchi boshqa yuqumli kasalliklar (ichburug'ning og'ir turi, salmonellyoz, ich terlama va boshqalar) bilan qiyoslash zarur.

Oqibatlari. Meningokokkli infeksiya o'z vaqtida davolansa natijasi yaxshi bo'ladi. Ammo hozirgi vaqtda ham o'lim soni yuqori bo'lib, o'rtacha 5% ni tashkil qiladi. Kasallikning yakunini bashoratlash bolaning yoshi va kasallikning turiga bog'liq bo'ladi. Bolaning yoshi qancha kichik bo'lsa, o'lim soni shuncha yuqori bo'ladi. Meningokokkli meningoentsefalit, ependimatitda yashin tezligida buyrak usti bezlarining yetishmovchiligi sindromi bilan o'tgan turlarida yomon oqibatlar bashoratlanadi. Miya-da o'ta o'tkir shishi bo'lishida va tserebral gipoteziya sindromida ham oqibatlar yomon bo'ladi.

Meningokokk infeksiyasi o'tkazganlarda uzoq muddat serebral asteniya, astenovegetativ belgilar, ba'zida yengil o'choqli belgilar saqlanadi, juda kam hollarda hushini yo'qotish, titrash bilan o'tuvchi epilepsiyasimon sindrom kuzatiladi.

Davolash kechikkanida aqliy zaiflik, karlik, ko'z nervining qisman atrofiyasi, gidrotsefaliya shakllanishi mumkin.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda meningokokkli infeksiya. Go'dak yoshidagi bolalarda odatda meningokokksemiya va uning yashin tezligidagi turlari ko'proq uchraydi. Meningitda meningial simptomlar kuchsiz rivojlangan yoki bo'lmasligi mumkin, giperesteziya, klonik, tonik talvasalar, qo'l va jag'ning qaltirashi, qayta qayt qilish ko'rinishidagi umumiy infeksiyon simptomlar ustuvor bo'ladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda meningokokkli meningit umumiy bezovtalik, yig'lash, kuchli chinqirish, uyquning buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Keyinchalik bu belgilar holsizlik, bo'shashish bilan almashadi.

Ko'p hollarda Lessaj simptomi, boshini orqaga tashlash belgilari kuzatilib, bola xarakterli pozada bo'ladi. Katta liqildoqning taranglashib, bo'rtib ketishi muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalardagi meningokokkli meningitni ba'zi hollarda spazmafiliya bilan, shuningdek talvasa sindromi bilan o'tuvchi markaziy asab tizimining organik kasalliklari bilan qiyoslash zarur. Ammo bu holatlarda tana harorati me'yorida bo'ladi, katta liqildoqda taranglashuv va bo'rtish bo'lmaydi, Lessajni osiltirib ko'rish belgisi ham bo'lmaydi, orqa miya suyuqligi me'yorida bo'ladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda katta yoshlilardan farqli ravishda patologik jarayonga miya to'qimasi, qorinchalar ependimasi ko'proq qo'shiladi, likvor aylanish yo'llari to'silib, gidrotsefaliya rivojlanadi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda kasallik sekinroq rivojlanib, orqa miya suyuqligi va umumiy ahvoli yaxshilanishi kechikadi, katta yoshli bolalarga nisbatan ko'proq qoldiq belgilar (falajlik, ichki quloq shikastlanishi va boshqa) kuzatiladi. Ikkilamchi mikrofloraga bog'liq zotiljam, otit qo'shilishi ham kuzatiladi.

Davolash. Meningokokkli infeksiya bilan kasallanganlarni yoki unga shubha qilinganlar tezda va majburan maxsus bo'limga yoki moslangan boksga joylashtirilishi zarur. Davolash kasallikning og'irligini inobatga olgan holda to'laqonli bo'lishi zarur.

Antibakterial davo. Meningokokkli infeksiyaning tarqalgan turlarida katta dozali penitsillinterapiya juda dolzarb hisoblana-

di. Odatda benzilpenitsillinning kaliyli turi sutkasiga 200000–300000 yed/kg hisobida buyuriladi. 3–6 oylik bolalarga bu doza 300000–400000 yed/kg ni tashkil qiladi. Sutkali doza har 4 soatda, tungi tanaffussiz teng bo‘lib, yuboriladi. Dastlabki 3 oylikkacha bo‘lgan bolalarga bu interval har 3 soatda bo‘ladi. Og‘ir meningoentsefalitda va ayniqsa ependimatitda penitsillinni vena ichiga yuborish tavsiya etiladi. Sezilarli klinik samara penitsillin bilan davo boshlanganidan 10–12 soat mobaynida aniqlanadi. Penitsillinning dozasini davolash kursi to‘la o‘talmagunicha (5–8 sutka) pasaytirish tavsiya etilmaydi. Bu muddatda umumiy ahvol yaxshilanib, tana harorati me‘yorlashadi, meningial sindrom yo‘qoladi. Meningokokkli infeksiyada penitsillinning samarasini inkor qilmagan holda, hozirgi paytda orqa miya suyuqligiga yaxshi o‘tuvchi va organizmdan sekin chiqib ketuvchi sefalosporinlardan seftriaksonga (rotsefin)ni qo‘llash maqsadga muvofiq bo‘ladi. Bu uning yuborilishini sutkasiga 50–100 mg/kg dan 1 mahal, maksimum 2 martagacha yuborilishgacha chegaralash imkonini beradi.

Antibiotiklar bilan davolashning samarasini nazorat qilish uchun orqa miya funksiyasi o‘tkaziladi.

Test savollari

1. Meningokokkli infeksiya bilan ko‘proq qaysi yoshdagilar kasallanadi?

- A. 14 yoshgacha.
- B. 15–20 yoshgacha.
- C. 21–30 yoshgacha.
- D. 31 yoshdan yuqori.

2. Meningokokksemiyaning asosiy belgilariga quyidagilardan qaysi biri kirmaydi?

- A. Junjikish, yuqori isitma.
- B. Bosh og‘rig‘i, umumiy holsizlik, anoreksiya.
- C. Teri qoplamlarining oqarishi va ekzantema.
- D. Brudzinskiy simptomi musbatligi.

3. Meningokokkli meningitda penitsillinning katta miqdorda berilish sababini ko'rsating.

- A. Bakteriya sezuvchanligininng pastligi.
- B. Bakteriya virulentligining kuchliligi.
- C. Antibiotiklarning gematoentsefalitik to'sig'idan o'tishi.
- D. Ko'rsatilganlarning hammasi.

4. Meningokokksemyaning og'ir formasida bemor 1 kg og'irligiga levomitsetin suksinatning miqdorini ko'rsating.

- A. 25–50 mg.
- B. 50–100 mg.
- C. 100–150 mg.
- D. 200–250 mg.

5. Meningokokksemyada qon quyilishi, toshma joylari, nekrozlangan uchastkalarini ko'rsating.

- A. Dumba, son, tizza, qovoq, qo'l, tana.
- B. Barmoq uchi, quloq, tovon, burun uchi.
- C. Burundan, oshqozondan, bachadondan qon ketishi.
- D. Ko'rsatilganlarning barchasi.

6. Meningokokkli meningitda meningial belgilarini ko'rsating.

- A. Kernig simptomi.
- B. Brudzinskiy simptomi.
- C. Ensa mushaklar tarangligi, bosh og'rig'i, qayt qilish.
- D. Ko'rsatilganlarning barchasi.

7. Meningokokksemyada qaysi antibiotik endotoksik shokni ko'proq chaqiradi?

- A. Tetrasiklin.
- B. Penitsillin.
- C. Levomitsetin suksinat.
- D. Gentamitsin.

8. Meningokokkli meningitda orqa miya suyuqligining qaysi hujayralar soni ko'payadi.

- A. Neytrofillar.
- B. Monotsitlar.
- C. Llimfotsitlar.

D. Eozinofillar.

9. Meningokokkli meningitda orqa miya suyuqligining rangini ko'rsating?

A. Rangsiz.

B. Shaffof.

C. Loyqa yoki yiringli.

D. Sarg'ish.

10. Meningokokkli meningitda yosh bolalarda asosiy klinik simptomni belgilang.

A. Boshni orqaga tashlash, giperesteziya.

B. Qichqirib yig'lash.

C. Katta liqildoqning tarangligi va bo'rtishi.

D. Barchasi to'g'ri.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. Bemor M. 19 yoshda, to'satdan tana harorati $40,0^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarildi va bezovta bo'ldi, qusdi. Ko'rilganda: es-hushi o'zida, qusish va bosh og'rishidan shikoyat qilmoqda, qo'llari mushaklarining tortilishi sodir bo'lmoqda. Yuz, dumba va son sohalarida yulduzchasimon to'q-qizil toshmalar borligi aniqlandi. Ensa mushaklarining tarangligi ham bor.

Savol: 1. Tashxis qanday?

2. Tashxisni tasdiqlash uchun nimalar qilish darkor?

2-masala. Bemor U. 24 yoshda. Kasallikning alomatlari va belgilariga qarab asosan meningit deb xulosaga kelindi. Orqa miyadan suyuqlik olindi va tahlilxonaga yuborildi. Savol: Orqa miya suyuqligida meningokokkli meningit kasalligi uchun qanday o'zgarishlar sodir bo'lmog'i lozim?

3-masala. Bemor O. 16 yoshda, asta-sekinlik bilan og'riy boshlagan, dastlab boshi og'ridi, uyqusi buzildi, ishtahasi pasaydi, vaqti-vaqti bilan qayt qilish kuzatildi. Tana harorati asta-sekin ko'tarila borib $38,5-39,0^{\circ}\text{C}$ gacha yetadi. Kasallikning 4-kunida ko'rilganda qizcha bo'shashgan, holsiz, rangi oqargan, mudroq tortib turibdi, hushi parishon, bir nuqtaga tikilgan, yurak to-

vushlari sustlashgan, tomir urish soni kamaygan (bradikardiya), Kerniga, Brudzinskiy belgilari musbat.

Savol. Dastlabki tashxisni tasdiqlash uchun nima qilmoq zarur?

4-masala. Bemor M. 34 yoshda, shifoxonaga meningokokkli meningit kasalligiga gumonlash bilan yotqiziladi. Bemor qonida oq qon tanachalari soni oshgan.

Savol. Qo'shimcha qanday tekshiruv va tahlil kerak?

5-masala. S. ismli bemor, 32 yoshda, qattiq bosh og'rig'i seza boshladi, tana harorati birdaniga $40,0^{\circ}\text{C}$ gacha borib yetdi, tit-rash kuzatiladi, bir necha marotaba qayt qildi. Ko'rilganda ah-voli og'ir, hushi o'zida, o'pkasida o'zgarish yo'q, tomir urishi bir daqiqada 90 marotaba. Qon bosimi 120–80 mm. Tili nam, oq karash bilan qoplangan, qorni yumshoq. Jigar va taloq kattalash-magan, ko'z qorachig'ining yorug'likni sezishi sust. Brudzinskiy, Kernig belgilari musbat. Ensa mushagi taranglashgan, o'ta rivoj-langan «tarvuz ovozi» belgisi aniqlandi. Tanada toshmalar yo'q, siydik ajrashishi biroz kamaygan.

Bemorga quyidagicha tashxis qo'yildi: meningokokk yuqumli kasalligi, meningokokkli meningit.

Savol. Davolash usullari qanday?

Nazorat savollari:

1. Meningokokkli infeksiyaning klinik belgilari va tasnifi.
2. Meningokokkli infeksiyaning erta diagnostikasi.
3. Meningokokkli infeksiyaning dif.diagnostikasi.
4. Meningokokkli infeksiyaning profilaktikasi va davolash chora-tadbirlari, o'choqlarda o'tkaziladigan epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar.
5. KVP va ShVP sharoitida erta diagnostikasi.
6. Meningokokkli infeksiyaning klassifikatsiyasi.
7. Meningokokkli infeksiyaning patogenezini.
8. Meningokokkli infeksiyaning asoratlari.
9. Meningokokkli infeksiyaning davolash taktikasi.

10. Meningokokkli infeksiyaning yuqish yo'llari.
11. Meningokokkli infeksiyaning bosqichlari.
12. Meningokokkli infeksiyaning epidemiologiyasi.

5-mavzu. SUVCHECHAK (Varicella)

Suvchechak — o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, uui «herpes viridae» oilasiga kiruvchi viruslar chaqiradi, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi, klinikasi o'rtacha zaharlanish belgilari, teri va shilliq qavatlar ichida tiniq suyuqlik bo'lgan pufakchali toshmalarining toshishi bilan izohlanadi.

Etiologiyasi. Pufakchali (vezikula) toshmalar ichidan virusning elementar tanachalarini N. Aragao (1911) aniqladi. Suvchechakli virusni birinchi bo'lib T.N. Weller 1953-yili to'qimalarda o'stirib, ajratib oldi. Virus sferik bo'lakcha bo'lib, diametri 150–200 nm ga teng, tarkibida DNK bor, xususiyatlariga ko'ra oddiy herpes virusiga yaqin va belbog'simon temiratki virusidan farq qilmaydi, shuning uchun zamonaviy toksonomiya va sinflanishiga qarab, uni suvchechak — zoster virusi, qisqartib (V-Z) virusi deb atashadi.

Bitta virusning o'zi klinik belgilari turlicha bo'lgan 2 ta kasallikni chaqirishi bu kasalliklardagi maxsus immunitet xususiyatlariga bog'liq bo'ladi. Temiratki esa immun organizmda patogen infeksiyani reaktivatsiyasi (katta faollashuvi) hisoblanadi.

Virus tashqi muhitga chidamsiz va hayvonlar uchun patogen emas. Inson va maymunlarning to'qimalari hujayralarida yaxshi o'sadi. Virus hujayra yadrosini shikastlaydi, bu holda yadro ichida eozinofilli birikmalar shakllanadi. Ko'p yadroli gigant hujayralar ham hosil bo'lishi mumkin.

Epidemiologiyasi. Suvchechak bolalarda eng ko'p tarqalgan kasalliklar jumlasiga kiradi. Dunyo aholisining qariyb hammasi 10–14 yoshgacha suvchechak bilan og'rib o'tadi, kasallikning yagona manbasi — bemor odam. Bemor toshmalar toshganidan so'ng 3–4 kun mobaynida atrofdagilar uchun xavfli hisoblanadi. Bemor, ayniqsa, toshmalar toshishi bilan og'riyotganlar ham

kasallik manbasi bo'lishi mumkin. Qo'zg'atuvchi pufakcha ichidagi suyuqlikdan topiladi, ammo po'stloqchada bo'lmaydi.

Infeksiyaning yuqish yo'li — havo-tomchi yo'li bilan, kamroq hollarda muloqot yo'li bilan amalga oshadi, kasallik katta masofalarga ham tarqalib yuqishi mumkin. Virus havo oqimi bilan ventilyatsiya tizimi, pillapoyalar orqali etapma-etap tarqalishi mumkin. Onadan homilaga infeksiyaning yo'ldosh orqali o'tishi mumkinligi ham isbotlangan.

Suvchechakka moyillik juda yuqori. Asosan maktab yoshigacha bo'lgan bolalar kasallanadilar. 2—3 oylikkacha bo'lgan bolalar suvchechak bilan kam og'riydilar. Ammo onasida immunitet bo'lmasa, yangi tug'ilgan chaqaloqlar ham kasallanishi mumkin. Kasallik yilning sovuq paytida kuz va qishda ko'p uchraydi. Yozda kasallik keskin kamayadi. Katta shaharlarda suvchechakning epidemik ko'tarilishi kuzatilsa ham, bu holat uyushgan bolalar jamoalarida epidemik to'lqin bo'lib o'tib ketadi.

Infeksiya o'tkazilgach mustahkam immunitet shakllanadi. Qayta kasallanish juda kam, 3% hollarda kuzatiladi.

Patogenez. Infeksiyaning kirish darvozasi yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatlari hisoblanadi. Bu yerda virusning birlamchi ko'payishi kuzatiladi. So'ngra virus limfa yo'llari bilan qonga tushadi. Qon oqimi bilan virus teri va shilliq qavatlarning epiteliy hujayralariga yoyilib seroz suyuqlik tarkibida yuqori miqdorda viruslar chaqirgan pufakchalar hosil qiladi. Bundan tashqari suvchechak virusining asab tizimida ham tropizmi bor bo'lgani uchun, umurtqalararo gangliyalar, bosh miya po'stlog'i, po'stloq osti qismlari va ayniqsa miyacha po'stlog'ini shikastlaydi. Kamdan kam hollarda ichki a'zolar, ayniqsa jigar, o'pka, oshqozon-ichak tizimi shikastlanishi mumkin.

Patomorfologiyasi. Asosiy morfologik o'zgarishlar, teri va shilliq qavatlarda kuzatiladi suvchechak pufakchasining shakllanishi epidermisni bigizsimon qavati hujayralarini shikastlanishiga bog'liq bo'ladi. Zararlangan hujayralar giperplaziyaga uchrab, ular ichida yadro ichi va sitoplazma ichi oksifil donachalari ho-

sil bo'lib, so'ngra hujayra ballon distrofiyasiga va to'la nekrozga uchraydi. Eng ko'p shikastlangan o'choqlarda to'qimalararo suyuqlik to'planib, tipik pufakchalar hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Bu hollarda derma shishgan, unda limfa-monotsitar infiltratsiya kuzatiladi. Pufakchalar ichidagi suyuqlik asta-sekin so'rilib, ularning usti cho'kib, jigarrang po'stloqcha hosil bo'ladi.

Kasallikning keng tarqalgan turlarida vezikulyoz toshmalar shilimshiq va yaralar shaklida oshqozon-ichak tizimi, kekir-dak, siydik pufagi, buyrak kanalchalari uretra shilliq qavatlarida aniqlanadi. Kasallikning keng tarqalgan shakli kamdan kam hollarda, immun yetishmovchiligi bor bolalarda uchrashi mumkin.

Klinik manzarasi. Yashirin davr — 11–21 kun, o'rtacha 14 kun. Kasallik haroratning subfebril ko'tarilishi va umumiy holatning biroz buzilishidan iborat qisqa muddatli prodromal belgilar bilan boshlanishi mumkin. Ayrim bemorlarda bu davrda qizamiqsimon yoki skarlatinasion toshmalar (rash) toshadi. Ammo bu toshmalar ko'pincha suvchechak toshmalarining avjida toshadi. Kasallik odatda o'tkir boshlanib, harorat 37,5–38,5°C gacha ko'tariladi, suvchechak toshmalar toshadi. Teridagi dastlabki element, bu mayda dog' — papula bo'lib, u tezda bir necha soatda diametri 0,2–0,5 sm li vezikulaga aylanadi. Suvchechak vezikulalari yumaloq yoki oval shaklda bo'lib terining yumshoq asosida shakllanadi, atrofi giperemiya chizig'i bilan o'raladi, devori tarang, ichida tiniq suyuqlik bo'ladi. Suvchechakning ayrim elementlari markazida kindiksimon o'yig'i bo'ladi. Pufakchalar bir kamerali bo'lib, igna bilan teshilsa, bo'shab, cho'kib qoladi. Birinchi sutka oxiri ikkinchi sutkada pufakchalar qurib, cho'kib qoladi va 1–3 hafta saqlanuvchi po'stloqchaga aylanadi. Ularining ko'chgan o'rinlarida 2–3 oy davomida asta-sekin so'rilib ketuvchi pigmentli dog'larni ko'rish mumkin, ammo chandiq hosil bo'lmaydi. Toshmalar yuzda, boshning sochli qismida, tana va oyoq-qo'llarda joylashgan bo'ladi. Kaftda va tovonda toshma bo'lmaydi.

Ba'zida vezikulyoz toshmalarni og'iz shilliq qavatlarida, ko'z konyuktivasida, kam hollarda xiqildoq va jinsiy a'zolarda uch-ratish mumkin. Toshma elementlari shilliq qavatlarda nozik bo'lib, tezda yuzaki eroziyalarga aylanadi, ularda biroz og'riq bo'lishi mumkin. Eroziyalar toshmalarni toshuvining 3–5-kun-lari tuzaladi.

Suvchechakning sinflanishi

Tipi	Og'irligi	Kechishi
Tipik	Yengil O'rta og'ir Og'ir	Tekis, asoratsiz Asoratli
Atipik: Rudimentar Gemorragik Gangrenoz Tarqalgan (visseral)		

Suvchechakda toshmalar bir vaqtda emas, balki 1–2 kun farq bilan turtkilab toshadi. Shu sababli terida turli bosqichlar-da rivojlangan elementlar — dog'-papulalarni, pufakchalarni, po'stloqchalarni ko'rish mumkin. Buni toshmalarning «yolg'on polimorfizmi» deyilib, suvchechakka juda xos bo'ladi. Har yangi toshmalar haroratning ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi, shu-ning uchun harorat chizig'i noto'g'ri shakl oladi. Kasallik avjida (odatda bu toshmalarning maksimal toshuviga to'g'ri keladi) bo-lalar umumiy holsizlik, ishtaha yo'qligi, uyqu ritmining buzilishi-ga shikoyat qiladilar. Yosh bolalarda injiqlik, terida qichishishlar kuzatiladi, zaharlanish esa toshmalarning mo'lligiga mutanosib tarzda kuzatiladi.

Suvchechakda periferik qon manzarasi odatda o'zgarmaydi. Ba'zida yengil leykopeniya va nisbiy limfotsitoz kuzatiladi.

Sinflanishi. Tipik va atipik suvchechak farqlanadi. O'z nav-batida tipik suvchechak og'irligi bo'yicha yengil, o'rta og'ir va

og'ir turlarga bo'linadi. Suvchechakning kechishi tekis, asoratsiz va asoratli bo'ladi.

Tarkibida tiniq suyuqlik bo'lgan pufakchali toshmalar bor holatlar tipik tur hisoblanadi. Tipik turlar og'irligi bo'yicha yengil, o'rta og'ir, og'ir turlarga bo'linadi.

Yengil turi haroratning $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ ga oshishi bilan izohlanadi. Zaharlanish belgilari bo'lmaydi. Toshmalar ko'p emas.

O'rta og'ir turida harorat 39°C ga ko'tariladi, zaharlanish belgilarida o'rtacha terida, shu jumladan shilliq qavatlarda ham toshmalar mo'l bo'ladi.

Og'ir turida harorat yuqori $39,5-40,0^{\circ}\text{C}$ bo'ladi, toshmalar juda ko'p, yirik va ko'proq bo'ladi. Kasallik avjida talvasa sindromli yoki meningoentsefalitik reaksiyali neyrotoksikoz bo'lishi mumkin.

Atipik turlariga rudimentar, gemorragik, gangrenoz, tarqalgan (visseral) turlari kiradi.

Rudimentar turi odatda qoldiq maxsus immuniteti bor bolalarda yoki inkubatsion davrda immunoglobulin, plazma olganlarda bo'ladi. Asosan rozeolyoz-papulyoz va arang seziladigan, rivojlanmagan pufakchalar toshish bilan izohlanadi. Kasallik toshmasiz o'tadi. Bolaning umumiy holati o'zgarmaydi.

Tarqalgan (visseral) turi asosan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi. Ba'zida og'ir xastaliklar hisobiga nimjonlangan va immunodepressiv davo olgan katta yoshli bolalarda ham uchraydi. Kasallik gipertermiya, og'ir zaharlanish belgilari va jigar, o'pka, buyrak va boshqa ichki a'zolarning shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik o'ta og'ir kechib, ko'p hollarda o'lim bilan yakunlanadi. Yorib ko'rilganida jigar, o'pka, oshqozon osti bezi, buyrak usti bezlari, timus, qora taloq, iliklarda mayda o'choqli nekrozlar kuzatiladi.

Gemorragik turi kasalmand, nimjon, gemablastoz, gemorragik diatez bilan og'ruvchi, uzoq vaqt kortikosteroidlar, sitostatiklar olayotgan bolalarda uchraydi. Bu holda toshmalarning 2-3-kuni pufakchalar ichidagi suyuqlik gemorragik tus oladi.

Teri va shilliq qavatlarga qon quyilishi, qon qayt qilish kuzatiladi. Odatda bu bemorlarda oqibati yaxshi bo'lmaydi.

Suvchechakning sinflanishi (V.F. Uchaykin, 1999)

Og'irlik turi	Og'irligini baholash mezonlari	Kechishi
Yengil turi	Terida ko'p bo'lmagan pufakchali toshmalar: tana harorati 37,5–38,0°C	1. Tekis, asoratsiz 2. Entsefalit, nevrit, poliradikulonevrit bilan asoratlangan 3. Piodermiya, limfaadenit, sepsis shaklida ikkilamchi bakterial infeksiya bilan asoratlangan
O'rta og'ir turi	Terida ko'p pufakchali toshmalar: shilliq qavatlarda bir-ikkita pufakchalar, tana harorati 39,0°C	
Og'ir turi	Juda ko'p pufakchali toshmalar. Ular vezikula bosqichida to'xtab qoladi; tana harorati 40,0°C va undan yuqori	
Tarqalgan (visseral) turi	Talvasa sindromi, meningoentsefalitik reaksiyali neyrotoksikoz, gipertermiya. Vezikula bosqichidagi yoppa toshmalar, ularning ko'pi gemorragik xarakterda. Ichki a'zolar shikastlanishi	
Rudimentar turi	Teridagi toshmalar vezikula bosqichida (makula-papulyoz tipda), tana harorati me'yorida	

Gangrenoz turi, bu turda gemorragik pufakchalar atrofida yallig'lanish reaksiyasi bo'lib, so'ngra nekrozlar paydo bo'ladi, ular ustida qonli qatqaloq paydo bo'ladi, qatqaloq ko'chgach chuqur, ichi loyqalangan yaralar paydo bo'ladi. Yaralar kattalashib, biri-biri bilan qo'shilib ketadi. Bu holat o'ta nimjon, kasalmand bolalarda bo'lib, ikkilamchi mikrofloraga qo'shilishi tez bo'ladi. Gangrenoz tur uzoq davom etadi, ko'pincha septik tus oladi.

Kechishi. Tipik hollarda kasallik yengil kechadi. Tana harorati 3–5-kuni me'yorlashadi. Og'ir turlarida toshmalar va harorat kasallikning 7–10-kunigacha davom etadi. Po'stloqchalar kasallikning 7–14-kuni ko'chadi. Kamdan kam hollarda po'stloqchalar kasallikning 3-haftasida tushadi, ularning o'rnida yengil dog'li pigmentatsiya, ba'zida yengil chandiq qoladi.

Asoratlari. Suvchechakda asoratlar suvchechak virusi yoki ikkilamchi mikroflora hisobiga bo'ladi. Maxsus asoratlar qatoriga suvchechak ensefaliti va meningoensefaliti, kamroq hollarda mielit, nevrit, miokarditlar kiradi.

Markaziy asab tizimi kasallikning birinchi kunlari, toshmalarining avjida kelib chiqishi mumkin. Bunda og'ir umumiy holat, gipertermiya, shiddat bilan rivojlanuvchi umumiy miya simptomlariga xos talvasa va hushning yo'qolishi kasallikning 1–2-kunlari rivojlanadi, so'ng ahvol biroz yaxshilanib, o'choqli belgilar va gemiparez kelib chiqadi. Kasallik odatda tekis kechadi. Bu asoratlar juda kam uchrab, suvchechakning og'irligidan darak beradi.

Bundan tashqari po'stloqcha davrida ham ensefalit rivojlanishi mumkin, u ham og'ir klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi, ammo kechishi tekis bo'ladi. Makaziy asab tizimi tomonidan yana yuz va ko'z nervi paralichi, ko'ndalang milit, gipotalamik sindrom rivojlanishi mumkin. Suvchechakda Rey sindromi, chaqmoqsimon purpura, mio-, peri-, endokarditlar, gepatit, glomerulonevrit, keratit singari asoratlar ham uchrashi mumkin.

Bakterial asoratlardan: flegmona, abscess, impetigo, bullez streptodermiya, yolin, limfadenit ko'p uchrab turadi. Odatda bu asoratlar nimjon bolalarda, teri va shilliq qavatlarini gigiyenik saqlash buzilganida rivojlanadi. Og'iz shilliq qavatlaridagi toshmalar stomatit, ko'z shilliq qavatlaridagi konyuktivit va keratit bilan asoratlanishi mumkin. Kamroq hollarda zotiljam va krup sindromi rivojlanadi.

Suvchechakning chaqaloqlar va yosh bolalarda kechishi xususiyatlari: suvchechak bilan umumiy kasallanishning 25 foizi bir yoshgacha bo'lgan bolalarga to'g'ri keladi. Yangi tug'ilgan bo-

lalarda kasallik postnatal yuqqanida kechishi o'ziga xos bo'ladi. Masalan, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kasallik umum infeksiyon belgilardan boshlanadi. Birinchi kunlaridanoq holsizlik, bezovtalik, ishtaha yo'qligi, qayt qilish, ich surilishi kuzatiladi, ammo harorat biroz ko'tarilgan yoki me'yorida bo'ladi. Toshmalar kechikib, 2–5-kunlari toshadi, mo'l bo'ladi, polimorfizm, ya'ni terida papula, vezikula, pustulalarni ko'rish mumkin, ba'zida toshmalar bitta element bosqichida to'xtab qolganday bo'ladi. Toshmalar avjida harorat juda baland, gipertermiya, talvasa sindromi, hushning yo'qolishi, toshmalarning gemorragik tus olishi kuzatiladi. Kasallik og'ir kechib neyrotoksikoz, meningoentsefalitik reaksiyalar, ichki a'zolarining shikastlanishi ham kuzatiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar, yosh bolalarda ikkilamchi bakterial infeksiya tez qo'shilib birinchi o'choqlar — piodermiya, flegmona, abscesslar, zotiljam paydo bo'ladi.

Bir vaqtning o'zida bu yoshdagi bolalarda onasining qoldiq immuniteti bo'lsa, yoki bola yashirin davrda immunoglobulin plazma olgan bo'lsa suvchechak rudimental yoki juda yengil o'tishi ham mumkin.

Tug'ma suvchechak. Homiladorlikning dastlabki oylarida ayol infitsirlansa suvchechak virusi terotogen ta'sir qilishi mumkin. Ammo amaliyotda suvchechak virusi ta'sirida embrio- va fetopatiya bilan tug'ilgan bolalar kam bo'ladi. Homilador ayolning suvchechak bilan og'rishi homilaning davomiyligiga ta'sir qilmaydi. Homiladorlikning oxirgi kunlari suvchechak bilan kasallanishda tug'ma suvchechak kelib chiqishi mumkin. Suvchechakning yashirin davri 11 kundan 23 kungacha bo'lgani sababli, 11 kungacha bo'lgan yangi chaqaloqlardagi kasallik tug'ma hisoblanadi.

Tug'ma qizilchada yashirin davr qisqa 6 kundan 16 kungacha bo'ladi. Kasallik o'rta og'ir va og'ir turlarda o'tadi, ichki a'zolarining shikastlanishi bilan o'tuvchi tarqalgan (visseral) tur tez-tez uchraydi. Ammo o'ta yengil, rudimentar turlar kam uchraydi. Tug'ma suvchechakning og'irligi yuqish muddatlariga

bog'liq bo'ladi. Homilador ayol tug'ish arafasida suvchechak bilan og'risa, chaqaloqda kasallik 5–10-kuni rivojlanib, og'ir o'tadi, ko'p hollarda o'lim bilan yakunlanadi. Homilador ayol tug'ruqdan 5–10 kun avval kasallansa, chaqaloqda kasallik belgilari tug'ilishi bilanoq ko'rinib, kasallik yengil o'tadi, o'lim bo'lmaydi. Bunga sabab, 2-holatda onada maxsus antitelalar hosil bo'lib, bolaga yo'ldosh orqali o'tadi, 1-holatda esa maxsus antitelalar hosil bo'lib ulgurmaydi.

Tug'ma suvchechakning oldini olish uchun homilador ayol homiladorlikning oxirgi muddatlarida suvchechak bemori bilan muloqotda bo'lsa va ilgari suvchechak bilan og'rimagan bo'lsa 20 ml immunoglobulin yuborilishi tavsiya qilinadi.

Diagnostika. Diagnostik tipik pufakchali (vezikulyoz) toshmalarini aniqlanishi, ularning butun tanaga toshishi, shu jumladan boshning sochli qismida bo'lishi asosida qo'yiladi. Toshmalarning o'ziga xos evolyutsiyasida toshmalar polimorfizmiga ham e'tibor beriladi.

Laboratoriyada, umuman oddiy va elektron mikroskopda pufakcha suyuqlikdan tayyorlangan surtmani Morozov bo'yicha mis eritmasida bo'yab, aralash tanachalari (viruslar to'plami)ni aniqlashda ishlatiladi.

Serologik reaksiya uchun komplementni bog'lash reaksiyasi va IFA ishlatiladi.

Immunoferment usulda vezikula suyuqligidan tayyorlangan surtma nusxalarida suvchechak antigenini aniqlash ham ahamiyatli bo'ladi. Virus insonning embrional hujayralari kulturasida aniqlanishi mumkin.

Differensial diagnost. Suvchechakni o'tmishdagi chinchechak bilan qiyoslash ancha mushkul edi. Hozir chinchechak yer yuzida tugatilgan. Suvchechakning impetigo, strofulyus, gerpetik infeksiyani tarqalgan turlaridan, juda kam hollarda skarlatina va boshqa toshmali kasalliklardan ajratish kerak bo'ladi.

Impetigoda toshmalar asosan yuzda va qo'llarda bo'lib, pufakchalar sariq, yiringli suyuqlik ushlaydi, pufakchalar tezda yorilib qalin po'stloqlar hosil bo'ladi.

Strifulyusda harorat ko'tarilmaydi. Toshmalar kuchli qichishuvchi, qattiq elementlardan iborat bo'lib asosan dumba, yelka, qo'l va oyoqlarning yoziluvchan qismlarida ko'p uchraydi. Gerpetik infeksiyaning tarqalgan turlari bir yoshgacha bo'lgan bolalarda uchrab, og'ir o'tadi, guruhlashgan pufakchali toshmalardan tashkil topib (tananing ochiq qismlarida), bir-biri bilan qo'shilishga moyil bo'lib, ko'pgina po'stloqlar hosil bo'ladi. Jigar, qora taloq, limfa tugunlari kattalashadi.

Ba'zan suvchechakda bo'ladigan skarlatinasimon toshmalar o'zining joylashishi bilan angina, malinasimon til, og'iz-burun uchburchagida oqlik yo'qligi bilan skarlatinadan ajratiladi.

Oqibatlari. Tipik hollarda sog'ayish bilan yakunlanadi. Kasallikning yomon sifatli turlari (keng tarqalgan gangrenoz, gemorragik turlari)da og'ir bakterial asoratlar rivojlansa, asosan bir yoshgacha bo'lgan bolalarda, ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kasallik o'lim bilan yakunlanishi mumkin.

Davolash. Bolaning gigiyenik holatiga ko'rpa choyshablar, kiyimlar va bola qo'lining pokizaligiga e'tibor berib turiladi. Vezi-kulalarga 1% li brilliant ko'ki yoki 1–2% li kaliy permanganat eritmaları surtiladi. Kaliy permanganatni kuchsiz eritmasi qo'shilgan gigiyenik vannalar, ovqatlangandan so'ng og'iz bo'shlig'ini dezinfeksiyalovchi moddalar bilan chayqash tavsiya etiladi. Yiringli asoratlar rivojlansa antibiotiklar buyuriladi. Suvchechakda kortikosteroidlarni berib bo'lmaydi, ammo suvchechak ensefaliti yoki meningoentsefalitda garmonlar samara beradi. Og'ir holatlarda bolaning og'irligi hisobiga 0,2–0,5 ml/kg immunoglobulin buyuriladi.

Ammo eng yaxshi samara adenin arabinozid, asiklovir, viroleks, gansiklovir singari virusga qarshi preparatlar buyurilganda bo'ladi. Bu preparatlar sutkasiga 5 ml/kg dan 100 ml fiziologik eritmaga vena ichiga yuborilsa suvchechakning kechishi to'xtaydi. Suvchechak asoratlari (entsefalit, maxsus pnevmoniya va boshqalar) rivojlanganda ham bu preparatlar kerakli samara beradi.

Belbog'simon temiratki (Herpes zoster). Suvchechak virusi qo'zg'ovchi kasallikning o'ziga xos turi hisoblanib, alohida sezuvchan asab tolalari yo'nalishi bo'yicha zich joylashgan vezikula toshmalarining toshishi bilan izohlanadi.

Tarixi. 1888-yili Venger shifokori J. Boka suvchechak bilan belbog'simon temiratki o'rtasidagi epidemiologik bog'liqlikni aniqlagan. Chuqur virusologik tekshiruvlar bu kasalliklarning etiologik bir xil ekanligini isbotladi. Zamonaviy qarashlarga ko'ra suvchechak noimmun organizmdagi gematogen infeksiya deb, belbog'simon temiratkini esa immun organizmda persistirlangan virusning faollashuvi va nevrogen tarqalishining natijasi deb qaralmog'i kerak. Suvchechak o'tkazilganidan so'ng virus umurtqalararo gangliyalarda latent persistent infeksiya ko'rinishida uzoq yillar saqlanishi mumkin. Sirkulyatsiyadagi gumoral antitelalar va hujayra sitotoksik reaksiyalari hujayra ichida parazitlik qiluvchi va eng asosiysi hujayra genomiga integratsiya bo'lgan virusni to'la eliminatsiya qila olmaydilar. Mahalliy va umumiy immunitet keskin susayganida virus faollashib, sensor gangliyalarni zararlangan inervatsiya qilinayotgan hudud infeksiyaning lokal protsess ko'rinishida namoyon bo'lishiga olib keladi. Kasallik ilgari suvchechakni o'tkazgan katta yoshli bolalarda, kattalarda uchraydi. 10 yoshgacha bo'lgan bolalar juda kam og'riydilar. Seronegativ bola belbog'simon temiratkali bemor bilan muloqotda bo'lsa suvchechak bilan kasallanishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallik haroratning ko'tarilishi, shikastlangan sezuvchan nerv yo'nalishi bo'yicha sanchuvchi og'riq, achishish singari belgilar bilan boshlanib, umumiy holsizlik, lohaslik ham bo'lishi mumkin. So'ngra nerv tolalari bo'ylab terining qizarishi, dag'allashuvi kuzatilib, 1-sutka oxirida (kamroq 2-sutkada) to'p-to'p qizil papulalar hosil bo'ladi, ular tezda 0,3—0,5 sm kattalikdagi tiniq suyuqlikli vezikulalarga aylanadi. Toshmalar bir-biri bilan qo'shilishga moyil bo'ladi. Bir necha kundan so'ng toshmalar ichidagi suyuqlik loyqalashib, eritemali fon

oqaradi. Birinchi hafta oxiri, ikkinchi hafta boshida pufakchalar qurib, po'stloqcha hosil bo'ladi, ular to'kilib, yengil pigmentatsiya kuzatilishi mumkin. Ba'zida toshmali davr cho'zilib, eritematoz dog'lar va pufakchalarning qayta toshuvi kuzatiladi. Regional limfa tugunlari kattalashadi.

Kasallik yanada og'irroq o'tishi mumkin. Bularga bullyoz (yiring pufakchalar), gemorragik (pufakchalardagi suyuqlik gemorragik tusda bo'ladi), gangrenoz (pufakchalar o'rnida qora hosilalar bo'lib, ular ko'chgach yaralar paydo bo'ladi), tarqalgan (nerv tolalar yo'nalishidan tashqari tananing boshqa qismlarida pufakchalar hosil bo'ladi) turlar kiradi.

Ko'p hollarda qovurg'alararo nervlar va uch shoxli nervlarni innervatsiya qiluvchi sohalar shikastlanadi. Kam hollarda jarayon qo'l-oyoqlarda bo'ladi, jarayon odatda bir tomonlama bo'ladi.

Og'ir turlari qatori yengil, abortiv turlari ham uchrab turadi. Bu hollarda tipik pufakchalar rivojlanmaydi, ularning o'rnida eritematoz fonda guruhlangan papulalarni ko'rish mumkin.

Bolalarda «herpes zoster» kamdan kam nevrалgiyalar bilan namoyon bo'ladi, kattalarda esa intensiv og'riqlar uzoq vaqt, hatto oylab saqlanishi mumkin.

Diagnoz. Sezgir nervlar bo'ylab, eritematoz dog'lar ustida guruh bo'lib joylashgan pufakchalar asosida qo'yiladi. Laborator usullar suvchechakdagi kabi bo'ladi.

Davolash choralari ham suvchechakdagidek. Og'riqni kamaytirish uchun analgetiklar, salitsilatlar, ultratovush, UFN, novokain bilan elektrofarez, novokainli blokadalar buyuriladi. Og'ir hollarda, ikkilamchi bakterial infeksiya rivojlanganda inyeksiyada interferon, vena ichiga asiklovir va boshqa virusga qarshi preparatlar yuborish kerak.

Oqibatlari ko'p hollarda yaxshi bo'ladi. Kasallik to'la sog'ayish bilan yakunlanadi. Ba'zida kasallik qaytalanadi.

Profilaktikasi. Suvchechak va herpes zoster bo'lgan bemorlar oxirgi toshmalar toshganidan so'ng yana 5 kungacha uy sha-

roitida alohidalanadi. Kasallikning og‘ir va asoratlangan turlarini o‘tkazayotgan bolalar shifoxonaning melser bokslariga yotqiziladi. Meningoensefalitli bemorlar shifoxonaga yotishi shart. Suvchechak va herpes zoster bo‘lgan bemorlar bilan muloqotda bo‘lgan va ilgari og‘rimagan yasli yoshidagi (3 yoshgacha) bo‘lgan bog‘cha yoshidagi bolalar muloqotning 11–21-kunlari alohidalanadi. Virusning chidamsizligi sababli o‘choqda yakuniy dezinfeksiya o‘tkazilmaydi. Bemor alohidalangach u turgan xona shamollatilib, ho‘l tozalov o‘tkazilmog‘i kerak.

Passiv immunizatsiya. Passiv immunizatsiya uchun 0,2–0,5 ml/kg donor immunoglobulinni ishlatish mumkin. Ammo bu usulning samarasi aniq emas. Bu maqsadda ayrim chet el firmalari ishlab chiqqan maxsus Varitsella-Zoster immunoglobulini (VZ JG) samaraliroqdir. Uning 1 ampulasida (1,25 ml) 125 YD bo‘lib, u har 10 kg massa uchun minimal doza hisoblanadi. Maksimal doza – 625 YD (ya‘ni 5 ampula). VZ JG muloqotdan 48 soat mobaynida yuborilishi maksimal foyda beradi, 96 soatdan so‘ng esa samara bo‘lmaydi.

Faol immunizatsiya. Suvchechakka qarshi tirik susaytirilgan vaksinani bir necha xili mavjud. Ammo ular kam qo‘llaniladi. AQSHda bu vaksinani salbiy ta‘sirlari tufayli ishlatish man qilingan. Fransuzlarning «Paster-merye» firmasi vaksinasi istiqbolli deb qaralmoqda.

Test savollari

1. Suvchechak kasalligida garmonlarni qo‘llash uchun ko‘rsatma:

- A. O‘ta yengil formasi.
- B. Yengil formasi.
- C. O‘rtacha og‘irlikdagi formasi.
- D. Suvchechak ensefaliti.

2. Suvchechakda infeksiyaning kirish darvozasi:

- A. Ichak shilliq qavatlari.
- B. Shikastlangan teri.

- C. Ayollarning tugʻruq yoʻllari.
- D. Yuqori nafas yoʻllari shilliq qavatlari.
- 3. Bolalarda suvchechakka xos simptomlar:**

- A. Angina.
- B. Polimorf toshma.
- C. Gepatosplenomegaliya.
- D. Meningial simptomlar.

4. Suvchechakning atipik turlari:

- A. Rudimentar, gemorragik, gangrenoz.
- B. Bullyoz.
- C. Flegmanoz.
- D. Visseral.

5. Suvchechak gemorragik formasining asosiy klinik belgilari:

- A. Pufakcha ichidagi qon aralash suyuqlik.
- B. Teriga qon quyilishi.
- C. Burundan qon ketishi.
- D. Qusish.

6. Belbogʻli temiratkida toshmalar quyidagi koʻrinishda paydo boʻladi:

- A. Dogʻli.
- B. Erroziya.
- C. Eritematoz dogʻli.
- D. Eritematoz pufakchali.

7. Belbogʻli temiratkida toshmalar toshadi:

- A. Tananing hamma joyiga.
- B. Dumbada.
- C. Boshning sochli qismiga.
- D. Sezuvchan nervlar yoʻli boʻyicha.

8. Belbogʻli temiratki qoʻzgʻatuvchisi:

- A. Herpes viridae.
- B. Hemofilus imfluenza.
- C. Herpes zoster.
- D. Togaviridae.

9. Suvchechakda ekzantemalar xarakteri:

A. Polimorf dog‘li, tugunchakli, vezikulyoz, po‘stloqchadan iborat toshmalar.

B. Giperemiya zaminidagi mayda nuqtasimon toshmalar.

C. Poliform dog‘li-vezikulyoz toshmalar.

D. Monomorf pustulyoz toshmalar.

10. Suvchechak diff. diagnozi:

A. Chinchechak.

B. Gepatit.

C. Xoletsistit.

D. Pankreatit.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. 3 yoshli bola bolalar bog‘chasiga boradi, 2 kundan beri xasta. Kasallik tana haroratining $37,4^{\circ}\text{C}$ gacha ko‘tarilishi va toshma toshishi bilan boshlangan. Toshma terining o‘zgarmagan sathida kamroq mayda dog‘, vezikula bo‘lib toshgan. Keyingi kuni toshmalar soni ko‘payib, qatqaloq hosil bo‘ldi. Oilada yana bir farzand bolalar bog‘chasiga boradi.

Tashxis qo‘yib, davolash rejasini tuzing, qanday epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o‘tkazish kerak?

2-masala. Bolalar bog‘chasida suvchechak bilan kasallangan bola aniqlandi. Nima qilish kerak?

3-masala. Stomatit bo‘limda davolanayotgan bemorda o‘rab oluvchi herpes aniqlandi. Shunday bemor bola va boshqa muloqotda bo‘lgan bolalar bilan nima qilish kerak?

4-masala. 3 yoshli bolada kataral holatdan keyin yuzida suvli 1–2 ta toshma paydo bo‘ldi.

Sizning tashxisingiz.

5-masala. Terida bir vaqtning o‘zida qizarish, bo‘rtib chiqqan toshma ichida suvi bilan paydo bo‘ladi. Vezikula po‘stlog‘i qotib tusha boshlagan.

Sizning davo rejangiz.

Nazorat savollari:

1. Suvchechak qo'zg'atuvchisiga xarakteristika bering.
2. Ushbu kasallikning yuqish yo'llari.
3. Suvchechakning klinikasi.
4. Suvchechakning klinik tasnifi.
5. Kasallikning davrlari va uning davomiyligi.
6. Suvchechak va belbog'li temiratkida laborator tekshiruv usullari.
7. Suvchechakning oqibati va asoratlari.
8. Suvchechakda davolash tamoyillari
9. Belbog'li temiratkining davosi.
10. Suvchechakning profilaktikasi va epidemiyaga qarshi kurash usullari.

6-mavzu. O'TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIYALAR

O'RVI — o'tkir respirator virusli infeksiya umumiy zaharlantirish sindromi va nafas yo'llarining o'tkir katari bilan kechuvchi, havo-tomchi yo'li bilan yuquvchi, asosan viruslar bilan, kamroq bakteriyalar bilan chaqiriladigan o'tkir yuqumli kasalliklar guruhi. Bu kasalliklar asosan virus tabiatli, har xil etiologiyali kasalliklar guruhi bo'lib, bir xil nozologik shaklga ega emas. Shuning uchun ularni hozirgi davrda O'RVI lar deb ataladi. Oxirgi yillar tadqiqotlari ularning ko'p polietiologiyaliligini aniqlab, hozirgi paytda O'RVI lar qo'zg'atuvchisi bo'lgan 150 dan ortiq viruslar aniqlangan. Kasallikning eng ko'p qo'zg'atuvchi sifatida gripp virusi (3 ta serotip), paragripp (4 ta serotip), adenoviruslar (36 ta serotip), respirator sintitsial virus (2 ta serotip), rinoviruslar (100 atrofida serotiplar), koronaviruslar (3 ta serotip), YSNO va Koksaki guruhlarining ichak viruslari serotiplari 1962-yilda inson uchun yangi bo'lgan qo'zg'atuvchi — pnevmoniya mikoplazmasi topilgan. Hozirgi paytda yosh bolalar patologiyasida uning mohiyati to'la o'rganilgan.

Streptokokklar, stafilokokklar, gemofil bakteriyalar hamda aralash infeksiyalar, nihoyat O'RVI larning kechishi va oqibat-

lariga katta ta'sir etuvchi ikkilamchi bakterial infeksiya, asosan nafas yo'llarining autoinfeksiyasi O'RVI etiologiyasida muhim o'rin tutishi haqida oxirgi yillarda ma'lumotlar to'plangan, qo'zg'atuvchining bunday har xilligi, ushbu kasalliklarning ko'rinishi biroz o'xshashligi etiologik diagnostikaning klinik jihatdan qiyinlashtiradi. Hozirgi davrda ushbu guruh infeksiyalarining ayrimlarini shu jumladan gripp, paragripp, adenovirusli va respirator-sintitsial infeksiyalarni klinik-laborator (virusologik, serologik, immunoflyuoressensiya) tekshiruv usullarining kompleksi bilan foydalanib, tashxis qo'yish mumkin. O'RVI lar bilan mahalla pediatri boshqa kasalliklarga nisbatan ko'proq shug'illanadi. Umirning birinchi yilida bola O'RVI bilan 2, 7 marta, ikkinchi yili 3, 5 marta, 2—3 yoshida 1, 9 marta, 4—7 yoshda 1, 2 marta og'riydi.

VOZ (Butunjahon Sog'liqni Saqlash Jamiyati 1981, Jeneva №642 seriyali maqola) ma'lumotlariga ko'ra: 1 yoshli bolalarda virusli respirator kasalliklarning 40% ni respirator sinsitial virusi bilan bog'liq, 1—4 yoshli bolalarda hamma O'RVI larning 20% ni paragripp va adenovirusli infeksiyalar, 10—15% ni RS infeksiya tashkil qiladi, 5—14 yoshli bolalar o'rtasida 19% ni A grippi virusi va mikoplazmali pnevmoniya infeksiyalari uchrab turadi.

Differensial diagnostikasi. O'RVI larni simptomatikasida ko'p o'xshashlik bo'lganligi hamda differensial diagnostikaning chaqaloqlarda va bir yoshli bolalarda klinik simptomatikasi bilinar bilinmas bo'lganligi uchun ko'p qiyinchilik tug'diradi. O'RVI ning klinik ko'rinishida patologik jarayonning qayerda joylashganligiga qarab intoksikatsiyaning kuchli bo'lishi, yuqori va pastki nafas yo'llaridagi kataral simptomlar va isitmaning yaqqol namoyon bo'lishi bilan taqqoslanadi.

GRIPP

Gripp — o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, yuqori nafas yo'llarining zararlanishi va ularga moyilligi, ikkilamchi bakterial muhitga

bog'liqligi, yuqori yuqumliligi bilan ajralib turadigan yaqqol intoksikatsiya simptomlari bilan kechuvchi kasallik hisoblanadi.

Tarixi. Qadimgi VI–X asrdan, «Italyan isitmasi» bilan ma'lum bo'lgan. Yevropadagi epidemiya vaqtida 1403-yili fransuz olimi Uten Paskye birinchi grippning ta'rifini qilgan olimlardan hisoblanadi.

Birinchi pandemiya 1580-yilda ro'yxatga olingan.

XX asrda bir qancha epidemiya bo'lgan. Hozircha 3 ta pandemiya bo'lgan:

1-pandemiya 1918–20-yillarda «Ispanka» nomi bilan tarqalgan. 500 mln dan ortiq odam kasallangan va 20 mln odam o'lgan.

2-pandemiya 1957–58-yillarda «Osiyo grippi» nomi bilan tarqalgan, bunda 2 mlrd ga yaqin odam kasallangan.

3-pandemiya 1968–70-yillarda Gonkong virusi bilan bog'liq. Jami XVI asrdan shu kungacha 20 ta pandemiya va undan ko'p epidemiyalar ro'yxatga olingan.

1940-yilda Transis va Magill grippi virusining antigen va biologik xususiyatlarini ajratishgan.

Birinchi bo'lib avval virus–A, keyin esa virus–B aniqlangan. 1947-yili Taylor virus–S nomi bilan nomlanuvchi yangi qo'zg'atuvchisi aniqlangan.

Etiologiyasi. Hozirgi vaqtga kelib aniqlanishicha, 80–120 nm razmerdagi filtrlanuvchi virus grippi chaqiriladi, ortomiksovirida oilasiga mansub virusdir. Miksa virus influenza RNK saqlovchi, sferik formada, ipsimon formada ham uchraydi. Qo'zg'atuvchisining bir necha tiplari va turli xil virusning turlari mavjud, bular bir-biridan immunogen va antigen xususiyatlari bilan farq qiladi.

Gripp virusining asosiy xususiyati o'zgaruvchanligidir: bioximik aktivligining morfologiyasi, tashqi muhit ta'siriga chidamlilik darajasi, virulentligi va antigen strukturasi. Epidemiologik jihatdan A virusining antigen o'zgaruvchanligi katta ahamiyatga ega, ma'lum bir vaqt (10–15 yil)dan so'ng tabiiy sharoitda yuz beradi.

Gripp virusi mutatsiya natijasida yangi variantlar hosil qiladi.

Gripp virusining o'zgaruvchanligi yuzaki antigenlarining almashinuvi natijasida bo'ladi — gemaglyutinin (N) va neytraminidaza (N).

Gemaglyutinin va neytraminidaza bir-biriga bog'lanmagan holda o'zgaradi, gemaglyutinin ko'proq o'zgaruvchanlikka ega (1980-y.). VOZ qabul qilgan zamonaviy nomenklaturada gripp virusining A tipi 11 ta podtip antigen N va 8 ta podtip antigen N farqlanadi. Odamdan ajratilgan gripp virusida N antigenning 3 ta podtipi (N_1 , N_2 , N_3) va N antigenining 2 podtip (N_1 , N_2)lari aniqlangan.

Gripp virusining podtipi yoki yangi serotipining hosil bo'lishi shu komponentlarni o'zgarishga olib keladi: virus A_2 (Singapur), A_2 (Gonkong), A_2 (Viktoriya), A_2 (Angliya), A_2 (Port Chalmers) va A_2 (Viktoriya Sh). Ikkala antigenning bir vaqtda o'zgarishi natijasida A virusining yangi podtipi shakllanadi. Bu esa pandemiyaga sabab bo'ladi. Gripp virusining V va S tiplari faqat odamlarda ajralib chiqadi. Antigen strukturasi bilan farq qiladi. S tip gripp virusi bolalarni zararlaysi.

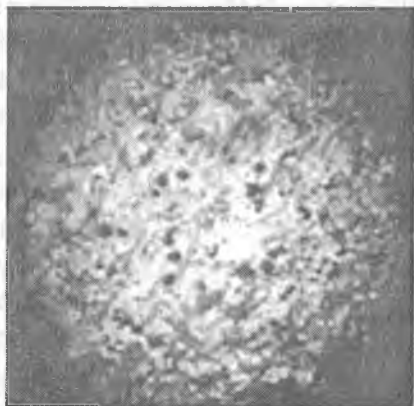
Gripp virusi tashqi muhitga chidamsiz bo'lib, ximiyaviy va fizik faktorlar ta'sirida tezda halok bo'ladi. 100°C haroratda 5 daqiqada halok bo'ladi, 37°C da 2–3 kunda, -24°C dan 70°C gacha yaxshi saqlanadi. Ultrabinafsha nurlariga ta'sirchan bo'lib quyidagi dezinfeksiyalovchi moddalarga ta'sirchandir: formalin, spirt, sulema va boshqalar. Gripp virusi kasallangan organizm uchun virulentligi va toksigenligi bilan farq qiladi. Vegetativ va markaziy nerv sistemasini va boshqa organ va sistemalarni zararladi, umumiy toksik holatni keltirib chiqaradi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bemor odam, asosan kasallikning 1-kunlaridan 7-kuniga qadar. Bemor odamdan sog'lom odamga kasallik aksirganda, yo'talganda, gapirganda, ayrim hollarda muloqot orqali ham yuqishi mumkin. Bemor gripp virusini atrofga so'lak zarrachalari bilan tarqatadi. Bu-run orqali 90% virus zarrachalari ajralib chiqadi. Fransuz avtori

A.A. Sadovning fikricha gripp har tarafga yog'ning dog'idek tez tarqalar ekan, epidemiya vaqtida bu narsa portlovchi xarakterga ega bo'ladi. Qisqa vaqt ichida 10 dan 50% aholi va undan ortig'i yirik markazlarda 1 kun ichida 10 minglab odam kasallanadi. Bu narsa yashirin davrning qisqaligi, yuqumlilikning yuqoriligi va kasallikning geometrik progressiya bilan ortishiga bog'liqdir.



19-rasm. Virusli gripp. Havotomchi yo'li bilan tarqalishi.



20-rasm. Virusli gripp. Virusni sxematik ko'rinishi.

Yashirin davrining qisqaligi va yuqori yuqumlilik uzoq davom etmaydigan epidemiyaga sabab bo'ladi. Bu haftalar davomida davom etadi. A grippida 3–6 hafta, B grippida esa 6–10 haftadir. Odatda bu muddatning yarmida epidemiya kuchayib, shuncha vaqt kasallik davom etadi va to'xtaydi. Kasallik avji ko'p davom etmaydi.

Bu vaqt davomida butun aholi o'rtasida epidemiya tarqaladi, immuniteti past kishilar kasallanib so'ng epidemiya tugaydi. Epidemiyaning katta-kichikligi aholining kollektivlik immun holatiga ta'sir qiladi. Yangi xil virusning hosil bo'lishi, katta epidemiya pandemiyaga olib keladi. Bu virusga aholining immuniteti yo'qligidir. 1957-yilda bo'lganidek A2 virusi hosil bo'lgan.

V grippining epidemiyasi kam uchraydi. 3—4 yilda bir marta A grippining epidemiyasiga nisbatan. Bu sekin tarqaladi, cho‘zilgan holatda kechadi va ma’lum bir shahar territoriyasi bilan chegaralanadi.

S virusining grippi sporadik kasallik holatida ilk yoshdagi bolalarda uchraydi.

Hozirgi vaqtga kelib S grippi virusining qushlar va boshqa hayvonlar (it, cho‘chqa va indyuk)da bo‘lishi aniqlangan. Bu esa odamlarda yangi nazogen gripp virusining varianti hosil bo‘lishiga olib keladi.

Gripp bilan kasallanish barcha aholi yoshlariga mansub bo‘lib, bolalar o‘rtasida asosan 6 oydan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarni o‘z ichiga oladi.

Kasallikning asorati va o‘lim holatlari ham kichik yoshdagi bolalarda bo‘ladi, asosan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarda o‘lim ko‘rsatkichlari joylarda epidemiya vaqtida bir xil bo‘lmaydi.

Epidemiya tugagandan so‘ng gripp kasalligi tarqalgan, sporadik hollarda guruhli kasallanish holatlari uchrab turadi.

Sporadik gripp epidemiyadan keyingi davrda, kamroq epidemiya orasida, yilning issiq oylarida uchraydi. Bu kasallik turi boshqa epidemiyani bog‘lovchi zanjir hisoblanadi.

Immunitet. Gripp o‘tkazganlarda grippoz antitela ma’lum bir vaqtgacha organizmda saqlanib qoladi, bu antitelalar — antigemaglyutininlovchi, virusneytrallovchi va komplement bog‘lovchilardir.

Grippga qarshi immunitetning rivojlanishida maxsus gumoral faktor asosiy rol o‘ynaydi. Gripp kasalligida qon zardobidagi maxsus antitela burunning shilliq qavatida ajaraladi. Gripp virusini bu antitela to‘la o‘rab oladi. Interferon grippga qarshi nospetsifik himoya vazifasini bajaradi. Maxsus himoya vazifasini ingibitorlar bajaradi. Bu odam va hayvonlarning qon zardobida bo‘lib, o‘ta nospetsifik moddadir. Gumoral immunitet kasallik chaqirgan virus tipi uchun spetsifikdir. A grippini o‘tkazganlarda A grippi virusiga xos immunitet qoladi. Lekin grippning B va C tiplaridan himoya qilmaydi.

Patogenez va patologoanatomik o'zgarishlar. Gripp virusi tirik hujayrada rivojlanadi va uning hisobiga yashaydi. Shuning uchun u obligat parazitdir. Yuqori nafas yo'llari shilliq qavatining hujayralariga kirib u yerda ko'payadi. O'zining hayoti uchun virus hamma narsani shu hujayradan oladi. Virusning rivojlanishi metabolismning o'zgarishiga olib keladi.

Yo'talganda, aksirganda, gaplashganda havoga virus bo'lakchalari nafas yo'llaridan shilimshiq orqali ajraladi. Bu esa hujayralarni yemiradi, virus sog'lom hujayra ichiga kirib olib sekin-asta nafas yo'llariga tarqaladi. Bronxiola va alveolalargacha yetib boradi. Virus nafas yo'llarining epiteliyasini tarqalish jarayonida zararlaydi.

Shunday qilib, gripp virusining kirish darvozasi nafas apparati hisoblanadi. Virusning o'zi esa pnevmotrop, epiteliotrop, neyrotrop ta'sir qiladi.

Grippning har bir formasida virusemiya asosiy komponent hisoblanadi.

Grippning toksik sindromiga xos bo'lgan bemorning MNS va vegetativ nerv sistemasiga virusning ta'siri grippga o'xshash kasalliklardan farq qiladi.

Gripp virusi anergizatsiya chaqiradi. Organizmning reaktivligini pasaytiradi, tuberkulyozga sezgirlikning pasayishi kuzatiladi, vaksinatziyaga reaksiya yo'q bo'ladi, qon zardobida agglyutinatsiyaning yo'qolishi yoki pasayishi kuzatiladi. Buning natijasida, turli organ va sistemalarda surunkali kasalliklar qo'zg'alishi mumkin.

Ketiladze patologik jarayonni 5 ta asosiy davrga ajratadi:

1-davr — nafas yo'llari hujayralarida virus reproduksiyasi.

2-davr — virusemiya, toksik va toksikoallergik reaksiyalar. Virusemiya patologik jarayonning rivojlanish davri hisoblanadi.

3-davr — nafas yo'llarining bevosita zararlanishi, ko'proq traxeya zararlanadi.

4-davr — nafas yo'llari va boshqa a'zolarida bakterial asoratlar kelib chiqadi.

5-davr — patologik jarayonning qayta rivojlanishi.

Klinikasi. Grippning yashirin davri juda qisqa: bir necha soatdan 1–2 kungacha, kam holatlarda 7 kunga cho‘zilishi mumkin. Kasallik o‘tkir boshlanadi. Kasallikning boshlanishida umumiy toksikoz belgilari: tashqi eksudativ ko‘rinishlar — nafas yo‘llarining zararlanishi (burundan ajralma oqishi, yo‘tal, balg‘am ajralishi) kuzatiladi yoki bo‘lmasligi ham mumkin.

Bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, hushdan ketish, isitma, talvasalar, adinamiya, gipotoniya, anoreksiya, ko‘p terlash, qayt qilish bir necha marotaba bo‘lishi mumkin. Umumtoksik belgilar bilan birgalikda yuzining qizarishi paytidagi sianoz, konyuktivit, skerit, ko‘z yoshining oqishi, yorug‘likdan qo‘rqish hollari rivojlanadi. Ko‘pincha gripp birdan, prodromal belgilarsiz boshlanishi mumkin. O‘tkir boshlanishi, og‘ir holatda 1–3 kunda davom etishi mumkin, kam hollarda 4–5 kun asoratsiz kechadi. Shundan so‘ng bemor holati yaxshilanadi va u tuzaladi. Umumtoksik simptomlardan adinamiya uzoq vaqt saqlanadi. 1–2 hafta va undan ortiq bo‘lishi mumkin.

Kasallik boshlanishida kataral belgilar bilan, tomoqdagi qichishish, yutingandagi og‘riq, burun shilliq qavatidagi shish va qizarish, burunning bitishi, yo‘tal va ovozning xirillashi, quruq va do‘rillovchi yo‘tal, ba’zida balg‘am ajralishi ham mumkin. Tumov, avval seroz so‘ng esa seroz-shilliq ajralmalar va quyuq shilliq-yiringli ajralmalarga aylanishi mumkin. Ba’zan aksirish bo‘ladi. Ba’zi bemorlarda burundan qon ketish hollari kuzatiladi. Yumshoq tanglay, kichik til, bodomcha bezlari, halqumning orqa devori shishgan, qizargan, ba’zan sianoz bo‘ladi. Lekin shunday mahalliy kataral zararlanish gripp kasalligida umumiy toksikozga nisbatan kam namoyon bo‘ladi. Ayniqsa boshlang‘ich davrida toksikoz belgilarini alohida ko‘rib chiqamiz. Qaltirash har doim bo‘lavermaydi. Ko‘proq kasallik qaltirash bilan boshlanadi, ba’zida esa umuman bo‘lmasligi mumkin. Kasallikning birinchi kunida bosh aylanishi bo‘lishi mumkin. Kasallikning 3–4-kunida yotoq rejimini buzganlarda va kasallikni kechki davrida lahzalik bosh aylanishi bo‘ladi.

Boshning bir tarafi va ko'z olmosi tepasidagi og'riq kuchli bo'lishi mumkin, bu og'riq boshqa yuqumli kasalliklardagi og'riqlardan farq qilib, peshona va chakkada kuchli bo'ladi. Butun bosh og'rishi, ensa va teppa suyak sohalaridagi og'riq isitma pasayishi bilan kamayadi.

Hushdan ketish, talvasa, alahlash, meningial belgilarning rivojlanishi toksikozning kuchli rivojlanishida kuzatiladi. Bular 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'p uchraydi. Isitma pasayishi bilan umumiy toksikoz kamayadi va bemor hushiga keladi.

Bolalarda Kerniga simptomi va ensa mushaklar regidligi qisqa vaqt bo'lishi mumkin. Kam hollarda meningial belgilar kuchli rivojlangan bo'ladi. Orqa miyani funktsiya qilishganda suyuqlik bosim bilan chiqadi. Lekin tekshirilganda yallig'lanish belgilari bo'lmaydi, bu esa markaziy nerv sistemasidagi yallig'lanishning yo'qligidan, aksincha bu vazomotor va likvorodinamik buzilishidan bo'ladi (N.M. Zlatkovskaya, 1962, K.S. Ladodo, 1962).

Isitmalash. Grippda isitmalash reaksiyasi ba'zi bir taraflari bilan o'ziga xos.

Birinchidan: baland isitma bemorda tezda o'tib ketadi.

Kasallikning birinchi sutkasidanoq asoratsiz holatlarda isitma maksimumga ko'tariladi. Boshqa kuchli isitmaning ko'tarilishi, haroratning 10/1 qismiga teng. Grippdagi bunday harorat qing'irligi boshqa xil kasalliklardan o'ziga xosligi bilan ajralib turadi.

Ikkinchidan: isitma qisqa muddatli bo'ladi. Asoratsiz grippning kechishida isitma reaksiyasi 38–39°C ga 3 sutkadan, 5 sutkagacha (maksimum 6) ko'tariladi va kam holatlarda bir xil saqlanishi mumkin. Agar isitma cho'zilgan bo'lsa, bunda grippning asoratli kechayotganidan xabardir.

Isitmaning sutkalik tebranishi hech qachon bo'lmaydi. Ko'p hollarda sustlashgan, kam hollarda esa intermitterlovchi isitma bo'ladi. 25% holatlarda isitma kritik tushadi. Odatda kasallikning 1–2 kuni normal holatga tushadi. 25% kasallikni kechishida subfebril isitma va 20–30% holatlarda 39°C ga ko'tarilishi mumkin.

Adabiyotlarda yozilishicha (V.V. Ritova, 1969) gripp uchun ikki o'rkachli harorat to'fqinsimon egri chiziq xarakterlidir. Biz bir-qancha bemorlarni kuzatganimizda bunday holatlar faqat kasallikning asoratlari (pnevmoniya, sinusit, bronxit va boshqalar) surunkali kasalliklar qaytalanganda (xoletsistit, pielit va boshqalar) kataral belgilar kuchayganda (yiringli rinitda) yoki ikkilamchi infeksiya qo'shilganda va bolalarda ikkinchi o'rkach va to'fqin virusli infeksiyaga bog'liqdir.

Shuningdek, isitmaning tez rivojlanganligi odatda 1-sutkada qisqa vaqt kechishi gripp kasalligining alohida belgisidir.

Ba'zi bir avtorlar masalan: A.A. Korovin (1961) grippning afebril formasi mavjudligiga shubha qilgan, bunday hollarda isitmaning uzoq davom etmaganligiga e'tibor berilmagan. Y.Y. Latsinik va hammualliflari 1959-yildagi epidemiyada grippda afebril holatning 5% ekanligini kuzatishgan. Bu bemorlarda grippning yo'q ekanligiga asos bo'la olmaydi.

Suyaklardagi og'riq, behollik, mushak va bo'g'imlardagi og'riq, bel sohasidagi va oyoqlardagi og'riq kasallikning boshlanishida bo'ladi va 1-2 kunga davom etadi. Isitmalash pasaygan sari boshqa toksikoz belgilari ham kamayadi. Qon bosimi odatda sezilarli kamaymaydi, lekin 100/50 mm simob ustunidan kam bo'lishi kuzatiladi. Bu bemor shifoxonadan chiqarilishida normal holatga qaytadi.

Terlash. Kasallikni birinchi kunidan kuzatiladi. Ko'z simptomlari: ko'z olmasidagi kuchli og'riq, ayniqsa ko'z olmasi harakatlanganda va ko'z olmasi bosib ko'rilganda, konyunktivit, ko'z yoshining oqishi, yorug'likdan qo'rqish kuzatiladi. Yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishida ko'zdagi o'zgarishlar: qizarish, yuzning so'lg'inligi, labning sianozi, gripp kasalligini ham asosiy ko'rinishini beradi. Isitma tushgandan so'ng ko'z simptomlari sekin-asta yo'qoladi, intoksikatsiya pasayadi. Toksikoz belgilariga kasallik boshlanishidagi ko'ngil aynish va bir-ikki marta qayt qilish, anoreksiya, qon-tomir va asab tizimi funksiyalarining zararlanishi kuzatiladi.

Gripp infeksiyasining xarakterli belgilaridan biri anergiya—himoya kuchining keskin pasayishidir. Bu gripp kasalligida bir qancha asoratlarga va surunkali kasalliklarning qaytalanishiga olib keladi. Gripp infeksiyasida toshmalar bo'lmashligini N.I. Ragoza aytgan va kuzatuv davomida uchratmagan. N.F. Filatov (1885-y.) va A.A. Koltipin (1923)lar ham grippda uchuq-gerpes, medikamentoz toshma, terlashdagi bichilishlar bo'lishi, lekin boshqa xildagi toshmalar bo'lmashligini ta'kidlaganlar. Ko'pincha uchuq-gerpeslar lablarda, burun qanotchalarida, kam holatlarda quloq, qovoq va yanoqlarda, og'iz bo'shlig'i shilliqlik qavatlarida bo'lishi kuzatiladi.

«Grippdagi toshmalar» ba'zi bir holatlarda boshqa yuqumli kasalliklar, ya'ni teridagi toshmalar bilan kechuvchi kasalliklar haqida o'ylash mumkin.

Nafas olish tizimi, ko'proq yuqori nafas yo'llari grippda patologik protsesslarning xilma-xilligida asosiy rol o'ynaydi. Nafas apparati grippda kam zararlanadi. O'pkaning zararlanishi grippning jiddiy asorati hisoblanadi, ko'krak yoshidagi bolalarda va qariyalarda bu o'lim holatlariga olib kelishi mumkin.

Qon aylanishi tizimida grippga xos fikrlar kam. Isitma puls bilan mos, ko'pincha pulsning labilligi, taxikardiya, asosan kasallikning boshida, bradikardiya ham bo'lishi mumkin. Aritmiya, ko'pincha ekstrasistoliya, dikrotiya, o'tkir yurak beholligi, yurakning o'tkir kengayishi kuzatiladi, tomirlar o'tkazuvchanligi ortadi.

Yurak mushaklarining o'zgarishi to'g'risida har xil fikrlar mavjud. Bir qator avtorlar miokarditlar rivojlanishini, boshqalari esa buni inkor qilishadi, miokarddagi o'zgarishlarning turg'un emasligi funksional xarakterga ega ekanligini ta'kidlaydilar. Biz yurak qon-tomir tizimi tomonidan keskin o'zgarishlarni kuzatmadik, bemorlarda og'ir asoratlardan va qon aylanishi jiddiy o'zgarishlari bo'lmadi.

Gripp virusi nafaqat nafas yo'llarining, balki nerv sistemasi, asosan vegetativ nerv sistemasini zararlaydi. Grippdagi toksik holatlar: qaltirash, isitma, behollik va boshqalar markaziy asab

tizimining zararlanishi bilan bog'liqdir. Bemorlar uyquchan va holsiz, ba'zida bosh miyaning zararlanish simptomlari ham kuzatilishi mumkin (meningial belgilar). Ba'zi bir klinik simptomlar masalan: yuzning, nafas yo'llari shilliq qavatining, ko'zning qizarishi, terlash, burun shilliq pardasi sekretsiasining kuchayishi, gipotoniya va boshqalar. Vegetativ nerv sistemasi zararlanish oqibati hisoblanadi. Bu parasimpatik funksiyaning kuchayishi, so'ng esa simpatik funksiyaning pasayishiga olib keladi.

Kasallik avjida periferik nerv sistemasi va boshqa reaksiyalarning kuchayganligi kuzatiladi. Entsefalit, meningit va mielitlar — epidemiologik, anamnestic va laborator tekshiruv natijalari gripp o'tkazganligini tasdiqlaydi.

Grippda nerv sistemasi tomonidan jiddiy reaksiyalar kuzatiladi. Bular meningial holatlar: ensefalopatiya, tez tarqaluvchi nevralgialar bo'ladi. Bunday holat sog'ayish davriga kelib yo'qolib ketadi. Bunday holatlar yana uzoq davom etgan yallig'lanish protsesslarida kuzatiladi.

Gripp kasalligida sezgi a'zolarida o'zgarish kuzatiladi va jiddiy asoratlar yuzaga kelishi mumkin.

Hazm organlarining o'zgarishi gripp uchun xarakterli emasligini ko'p avtorlar tasdiqlaganlar. Qo'shimcha qilish mumkinki, epidemiya vaqtida va epidemiya oraliq vaqtida grippning intestinal formasi dizenteriya, ich terlama, enterovirus kasalliklari va boshqa o'tkir oshqozon-ichak kasalliklari deb yuritilgan. Bemordagi ko'ngil aynish va qayt qilish ko'pincha sulfanilamidlar qabul qilishga bog'liq, toksik simptom esa miya faoliyatiga bog'liqdir.

Buyrakdagi o'zgarishlar grippda xuddi boshqa yuqumli kasalliklardagidek yaqqol namoyon bo'ladigan isitma bilan kechadi. Bunda buyrakdagi bilinmas asoratlarni, jumladan tez o'tib ketuvchi proteinuriyani hisobga olmaymiz. Ba'zida pielitlar ham bo'lishi mumkin. Ko'pincha buyrakning surunkali kasalliklari, siydik pufagi va kosachalar kasalliklarida gripp yomon kechadi.

Tashxis qo'yish uchun qondagi morfologik o'zgarishlar gripp kasalligida ahamiyatga ega emas. Hamroh kasalliklar va kasallikning asorati qondagi o'zgarishlarga sabab bo'ladi, leykopoez, EChT va boshqa qonning elementlari o'zgarishi mumkin. Dinamikada EChT va oqqon tanachalarining o'zgarishiga e'tibor berish kerak.

Diagnostikasi. Gripp kasalligining o'tkir boshlanishi, spetsifik intoksikatsiya, kataral belgilarning sust namoyon bo'lishi bilan diagnostika qilinadi. Epidemik holatga e'tibor berish kerak. Epidemiya oralig'idagi grippning diagnostikasi qiyinchilik tug'diradi. Yuqori nafas yo'llarining shilliq qavatidagi epiteliyasida immuno-flyuoressensiya metodi yordami bilan virus antigenini aniqlash ekspress diagnostika hisoblanadi. Maxsus antigen sitoplazmada yorituvchi konglomerat (yoki tosh) ko'rinishida aniqlanadi, uch soatdan so'ng natija olish mumkin.

Serologik diagnostika antitela titrining 4 va undan ortiq bo'lishi juft qon zardobida aniqlanadi, bu kasallikning boshida 1–2-kuni va rekonvalessensiya davrida 5–7-kuni olinadi.

Praktikada (RSK) komplement bog'lovchi reaksiya — KBK va gemaglyutsinatsiyani tormozlovchi reaksiya — RTGA ko'p qo'llaniladi. Antigen uchun standart diagnostikadan foydalaniladi. Virus burun va halqumdan olingan surtmadan ajratiladi va bu 10–11 kunlik tovuq embrioni amnioniga ekiladi. Virusning identifikatsiyasi uchun RTGA yoki RSK o'tkaziladi. Virusni ajratib olish uchun odam embrioni hujayralaridan (buyrak va o'pka) va maymun buyragidan foydalaniladi. Afsuski virusologik va serologik diagnostika metodlari erta tashxis qo'yish uchun qulay emas, bu ko'p vaqtni oladi. IFA metodi perspektiv hisoblanadi, bu serologik metodlardan 20 va undan ko'proq sezgirlikka egadir.

Tug'ma grippni tug'ruqdan avval onasining gripp bilan kasallanganligini aniqlansa va bola tug'ilganda homila ichi infeksiyasi (isitmalash, yallig'lanish belgilari, tug'ma pnevmoniya va boshqalar) aniqlanadi.

Tashxis — gripp virusini homilador ayolning qoqanoq suvidan, bola va onaning burun va halqumidagi surtmadan va immunoflyuressensiya yordamida tasdiqlanadi. Serologik diagnostika maxsus antitelalar titrining ortishi chaqaloqlarda kuzatilmaydi.

Zamonaviy sharoitda gripp bemorlarini aniqlash. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2005-yil 10-oktabrdagi «O'RV1 va gripp kasalligi kuzatuvini tashkil qilish» haqidagi №500 buyrug'i orqali gripp bilan kasallanganlarni aniqlash bo'yicha yangi sistema kiritilgan.

Gripp diagnostikasi sog'liqni saqlashning birinchi zvenosida laborator tahlillarsiz obyektiv tekshiruvlarga ko'ra amalga oshiriladi. Maxsus laborator tekshiruv faqat epid holatga ko'ra tanlab o'tkaziladi. Bunda kasallikning mavsumiy kasallanish etiologik strukturasi va tipospetsifik immunitetning kuchi aniqlanadi:

- gripp kasalligi ro'yxatga olinganda;
- asoratsiz grippga shubha qilinganda.

Chaqaloqlar va 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda: behollik, bezovtalik, ko'krakni emmaslik, ko'karish va oqarish, haroratning ko'tarilishi, chuqur va tez-tez nafas olish.

4 yoshdan katta bolalarda: kasallikning o'tkir boshlanishi, tana haroratining keskin 38°C gacha va undan ortishi, qaltirash, behollik, respirator belgilar: yo'tal, tomoqda og'riq, rinit, mushaklardagi og'riq, bosh og'rig'i, qorindagi og'riq. Bemorda yuqoridagi simptomlarning 3—5 tasi birgalikda aniqlansa, shifokor taxminiy tashxis «grippga shubha» deb qo'yadi. Davo muolajalarini tavsiya qiladi (virusga qarshi preparat bilan birgalikda) va kuzatuv olib boradi. Kasallikning 3-kuni klinik qiyosiy tashxis o'tkaziladi (agar laborator tekshiruvning imkoni bo'lmasa) va yakuniy tashxis qo'yiladi.

Grippning zamonaviy davosi. Davolashni kasallikning birinchi kundan, ya'ni kasallikning boshlang'ich davrida boshlagan yaxshi.

Bazis terapiya:

1. Tana harorati normallashtirishga qadar yotoq rejimi.
2. Sutli, o'simlikli, vitaminlarga boy bo'lgan ovqatlar. Ko'p suyuqlik ichish, issiq choy, mors va mineral suvlar.
3. Isitmani tushiruvchi moddalar: paratsetamol (panadol, koldreks), yallig'lanishga qarshi nosteroid moddalar (ibuklin yoshga qarab), atsetilsalitsilat kislotasi (aspirin), 16 yoshdan kichiklarga Reyno sindromi rivojlanishiga yo'l qo'yimaslik uchun tavsiya qilinmaydi.
4. Mukaltin, qizilmiya tomiri yoki alтей damlamasi balg'amni ko'chirish uchun tavsiya qilinadi.
5. Yo'talga qarshi vositalar. Tusupreks, bronxolitin, libeksin, ambrobene.
6. 2 yoshdan yuqori bolalarga kasallikning 1-kunida romashka damlamasi, kalendula, yalpiz, shalfey, zveroboy, bogulnik, 1–2% bikarbonat natriy suyuqligi bilan ingalyatsiya qilinadi.
7. Polivitaminlar va askorbin kislotasi.
8. Antigistamin preparatlari — tavegil, suprastin yoki zediten, diazolin, ketotifen va boshqalar.

Etiotrop davo. Kasallikning o'rta og'ir va og'ir turlarida Viferon 1 (7 yoshgacha), Viferon P (7 yoshdan yuqorilarga va kattalarga) 1 ta shamdan 2 mahal, sutkada 12 soat interval bilan to'g'ri ichakka 5–10 kun davomida tavsiya qilinadi.

Grippga qarshi antitela saqlovchi donor immunoglobulini: 2 yoshgacha bo'lgan bolalarga — 1,5 ml, 2–7 yoshgacha — 3 ml, 7 yoshdan yuqori va kattalarga 4,5–6 ml m/o ga, gipertoksik formalarda 1–2 soatdan so'ng immunoglobulin qayta yoshiga qarab qilinadi.

Etiotrop davoni kuchaytirish — intensivatsiya terapiyasi.

1. Barcha bemorlarga kasallikning og'irligidan qat'i nazar leykotsitar odam interferoni (ChLI) burunga 3–5 tomchi 4 mahal yoki traxeyaga aerozol ko'rinishida (2–3 ampula ChLI 3–5 ml qaynagan yoki distillangan suv bilan eritilib) kislorod bug'i yoki ingalyator orqali tavsiya qilinadi, IP–2.

2. Gripp va O'RVİ da kompleks davo turiga 7 yoshgacha bo'lgan bolalarga Viferon-1, 7 yoshdan yuqori bolalarga Viferon-P, 12 soat intervalda 1 ta shamdan ikki mahal 5 kun davomida tavsiya qilinadi. Kasallikka moyil va og'ir bemorlarga 1 yoshdan 7 yoshgacha Viferon-P, 7 yoshdan 14 yoshgacha Viferon-Sh tavsiya qilinadi. Shamlar 5 kun davomida har 12 soatda 2 mahal sutkada 1 tadan foydalaniladi.

Sindromal terapiya.

1. Infeksion jarayon yaqqol namoyon bo'lganida (gipertermiya, talvasa, hushdan ketish) quyidagilar tavsiya qilinadi: litik aralashma – 50% analgin eritmasi, 1% dimedrol eritmasi, 0,5% novokain eritmasi 0,1 ml yoshiga qarab m/o ga yuboriladi. Agar bemorda juda isitma baland, teri qizargan bo'lsa fizik sovitish amalga oshiriladi. Bemorni yechintirib badanini iliq suv yoki 50% spirt eritmasi bilan artiladi, katta tomirlarga muz qo'yiladi, yoki +8–10°C sovuq suv bilan klizma qilinadi. Oq isitmada esa qon-tomirlar spazmini grelkada yoki oyoqni vanna qilinadi va spazmolitiklar yuboriladi (noshpa, papaverin).

2. Talvasalarda yordam: seduksen 0,5% – 1 yoshgacha 0,3–0,5 ml, 1–7 yoshgacha 0,5–1 ml, 8–14 yoshgacha 1–2 ml dan bir mahal m/o ga yuboriladi.

3. Yurak qon-tomir yetishmovchiligida 20% li glyukozani 0,06% korglikon eritmasi bilan yoki 0,5 strofantin eritmasi 15 li mezaton eritmasi bilan yoshga qarab beriladi.

4. Miya shishi belgilari bo'lganida: talvasa, doimiy gipertenziya, hushdan ketishda gidrokortizon 5–10 mg/kg venaga va mushak orasiga, laziks 20–40 mg/kg, mannitol 1,5 g/kg sutkada yuboriladi.

5. Qonning reologik xususiyatini yaxshilash maqsadida trental 2% – 0,25 mg/kg.

6. Obstruktiv sindromda esa eufillin, etimizol, alupent yuboriladi.

7. Dezintoksikatsiya maqsadida 10% li glyukoza eritmasi + insulin 1 yed–5,0 qandga vena ichiga tomchilab, KKB, reo-

poliglyukin 5–10 ml/kg, albumin 5 ml/kg, diuretiklar KOS, elektrolitlar miqdorini nazorat qilgan holda, oligouriya va anuriyada suyuqlik diurez normal holatga kelgunga qadar quyilmaydi. Buyrakda qon aylanishini yaxshilash maqsadida eufillin, kalsiy preparatlari, glyukoza + insulin aralashmasidan foydalaniladi.

8. Asoratlarni koʻrilganda (krup, zotiljam, otit, sinusit, siydik yoʻllari infeksiyasi) antibakterial preparatlar tavsiya qilinadi. Odatda penitsillin, ampitsillin, oksatsillin, eritromitsin (ogʻiz orqali va mushak orqali) va sulfanilamid preparatlari (baktrim, lipadrim) tavsiya qilinadi. Ogʻir bakterial asoratlarda sefalosporinlar va aminoglikozidlar kombinatsiyasi yoki oʻzi tavsiya qilinadi. Krup sindromi bor bemorlarni maxsus boks palatalarda yoki maxsus izolyatsiyada davolash maʼqul.

Profilaktikasi. Hozirgi vaqtga kelib quyidagi vaksinalarni ishlatish uchun ruxsat berilgan va roʻyxatdan oʻtgan.

1. Grippol (Ufa–24) 3 valentli polimer.

2. Vaksigripp – tozalangan, inaktivlangan gripp vaktsinasi Paster-Merye firmasi (Fransiya) vaktsinasi, gripp virusining 15 mkg gemaglyutininini ($A(N_3 N_2)$) 0,5 ml dozada saqlaydi. 15 mkg gemaglyutinin gripp virusi va 15 mkg V grippi virusining gemaglyutininini, kam miqdordagi mertiolat, formaldegid, bufer eritmasi, nomaʼlum miqdorda neomitsin boʻladi.

3. Inflyuvak – Solvay pharmaning yuqori darajada tozalangan vaktsinasi, yuzaki antigenlarni saqlaydi: neyraminidaza va gemaglyutinin, kam foiz reaktogenlikka ega, konservantlari yoʻq. Kattalarga va bolalarga tavsiya qilinadi.

4. IRS–19 burunga tomiziladigan suyuq vaktsina, aerosol, 20 ml, Solvay pharma firmasining mahsuloti, suyuqlik oʻzida mikroorganizmlar antigen determinantini saqlaydi. OʻRVI ning doimiy qoʻzgʻatuvchilari (19 shtammi), bu antigen determinantlari patogen emas, shilliq qavatda mahalliy himoya immun reaksiyasini stimulyatsiya qiladi, burun ichiga aerosol sifatida foydalaniladi.

Grippga qarshi emlashni barcha guruhdagi bolalar olishi mumkin. 6 oylikdan boshlab vaksina qilinadi.

Kasallikka moyil bolalar birinchi o'rinda emlanadi:

— o'pkadagi surunkali kasalligi bor bolalar, og'ir va o'rta og'ir turdagi isitma va surunkali bronxitli bolalar;

— sezilarli gemodinamik o'zgarishlari bor yurak kasalliklari bor bolalar;

— immunodepressiv terapiya olayotgan bolalar;

— kamqonlikning bir nechta turlari bilan kasallangan bolalar;

— surunkali buyrak va metabolik o'zgarishlarga ega bo'lgan va qandli diabeti bor bemor bolalar;

— immunopatologiyasi bor bolalar, VICH infeksiyasi ham kiradi;

— uzoq vaqt aspirin qabul qiluvchi o'smir bolalar (grippdan so'ng Rea sindromi kelib chiqishiga moyil).

Bundan tashqari, grippga qarshi vaksinatni bolalar uyi bolalari, maktab va internatlar, maktabgacha bo'lgan bolalar muassasalaridagi bolalar olishlari shart.

Gripp kasalligini chaqaloqlarda va 6 oygacha bo'lgan bolalar o'rtasida oldini olish uchun ota-onasining roziligi bilan vaksinatni o'tkaziladi. Asosan kattalar ham bolalar bilan uzviy muloqotda bo'lganliklari sababli immunizatsiya o'tkazish muhimdir. Shu maqsadda shifoxonalardagi, bolalar jamoalaridagi va uyda muloqotda bo'lgan parvarish qilayotgan personalga ham immunizatsiya qilinadi.

PARAGRIPP

Qo'zg'atuvchisi — paragrippoz viruslar. 1952-yili Yaponiyada ajratilgan «Senday» virusi deb atalgan. 1956-yilda AQSH da ajratilgan 4 ta serovari bor miksovirus, RNK tutadi. 1, 11 ta serovarlari bolalarda krup (laringotraxeobronxit) chaqiradi. Sh varianti — go'dak bolalarda pnevmoniya va bronxiolit, virusning IU varianti yuqori nafas yo'llarining o'tkir katarini keltirib chiqaradi, kam uchraydi.

Paragripp bilan hamma yoshdagi bolalar og'riydi. Tipik ko'rinishlari ko'proq maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda kuzatiladi. Maktab yoshigacha bo'lgan bolalarda ko'proq tipik ko'rinishda kuzatiladi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 1–7 kun (o'rtacha 3–4 kun), o'tkir boshlanadi, isitma ko'tarilib, zaharlanish simptomlari kam ifodalanadi. Burun-halqumda sustroq kataral belgilar (serozli rinit, faringit, laringit hamda zaharlanish sust namoyon bo'ladi. Doimiy simptomlar quruq, qo'pol yo'tal, ovozning xirillashi va bo'g'ilishi (krup sindromi), kasallik 1–6 kun kechib, krup 1–3 kundan keyin yo'qoladi. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda bu sindrom kam uchraydi. Laringitning yengil shakllarida tomoqda og'riq, quruq, qo'pol va og'riqli yo'tal, traxeya bo'ylab achishish, ovozning xirillashi kuzatiladi. Ayrim hollarda laringit belgilari kuchaya borib, hiqildoq stenozi kelib chiqadi va bemorning ahvolini og'irlashtiradi. Bemor ahvolining og'irligi stenozning ifodalanishi bilan bog'liq bo'ladi. Paragrippli krupning kechishi bakterial superinfeksiya kuzatilmasa yengilroq kechadi.

Shunday qilib, paragrippda kasallikning birinchi kunlaridan boshlab kataral belgilar ko'proq namoyon bo'lib, zaharlanish simptomlari kamroq ifodalangan. Lekin virusning 3 ta serotipi chaqirgan paragrippda yuqori isitma, bosh og'rishi, qusish, ba'zida talvasa, jarayonga o'pka to'qimasining zararlanishi natijasida o'rta og'ir va og'ir shakllari kuzatilishi mumkin. O'pkaning zaharlanishida aniq klinik simptomlar kam namoyon bo'lib, faqat rentgenologik tekshiruvda topilishi mumkin.

Qiyosiy tashxis. Grippdan aksariyat paragrippda yuqori isitma va zaharlanishning boshqa simptomlari kamroq cho'zilgan, lekin yuqori tana harorati va kataral belgilar davri uzoqroq cho'zilgan obstruktiv sindrom kam davom etadi. Obstruksiyaning shakli ko'proq spastik bo'lib, quruq yo'tal, cho'zilgan nafasning chiqarilishi, ekspirator entikish, quruq hushtaksimon xirillashlar borligi bilan namoyon bo'ladi. Paragripp uchun gemorragik sindrom xos emas.

Asoratlari. Pnevmoniya, otit, angina, sinusit va boshqalar ikkilamchi mikrofloraning bakterial qo'shilishi bilan bog'liq.

Qondagi o'zgarishlar. Paragrippning og'ir shakllarida qon manzarasida sust leykotsitoz, kamroq neytrofilyoz, EChT biroz ortgan bo'ladi.

Davolash. Etiotrop davosi yo'q. Simptomatik davo qilinadi.

MIKOPLAZMALI INFEKSIYA

Bu qo'zg'atuvchilar bakteriya va viruslar o'rtasida joy olgan. Mikoplazmalarni 30 turi aniqlangan, 7 tasi odamlardan ajratilgan. Kasallik manbai — bemor yoki rekonvalescent. Havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Bir yoshgacha va maktab yoshidagi bolalar ko'p kasallanadilar. Bu infeksiya ko'p hollarda O'RVI va pnevmoniya tipida kechadi.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 1–2 hafta, kamroq 3–4 hafta davom etadi. Kasallik yuqori nafas yo'llarining bilinar-bilinmas kataridan to og'ir qo'shilgan pnevmoniya bilan kechishi mumkin. Kasallik sustroq isitma, rezanda, quruq yo'tal, tomoq va halqumning orqa devori shilliq qavatlarining qizarishi va shishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida krup ko'rinishida, abdominal yoki astmatik sindrom bilan namoyon bo'ladi. Zaharlanish simptomlari sust namoyon bo'ladi yoki kuzatilmaydi. Kasallikning birinchi kunidan yoki 3–5 kunida pnevmoniya kuzatilishi mumkin. Bunda quyidagi intoksikatsiya simptomlari bilan o'tkir boshlanadi: bosh og'rig'i, anoreksiya, bo'shashish, qayt qilish kuzatiladi. O'pkada fizikal o'zgarishlar ko'p bo'ladi. Pnevmoniyaning rentgenografik ko'rinishlari bir xil.

Periferik qonda leykotsitoz, neytrofil siljishi bilan, EChT oshgan, 30–50 mm/s.

Klinik jihatdan mikoplazmali infeksiyani tashxislash mumkin emas. Laborator tashxis qo'yish qo'zg'atuvchini ajratish va serologik tekshiruvlar KBR ga asoslangan.

Davolash. Patogenetik va simptomatik, shuningdek eritromitsin va tetrasiklin guruhi qo'llaniladi.

ADENOVIRUSLI INFEKSIYA

Bu kasallik bolalarning har xil yoshida faslga bogʻliq boʻlmagan holda uchraydi. Kasallik havo-tomchi, suv va alimantar yoʻl bilan yuqib kasallikning koʻp koʻrinishlilikini namoyon qiladi. Oʻtkir boshlanishiga qaramay, klinik simptomlar sekin-astalik bilan rivojlanib, jarayonga koʻp aʼzolarining qoʻshilishi, bir xil belgilarning boshqalari bilan almashinishi, ekssudativ komponentning keskin ifodalanishi va sogʻayishning sekinlik bilan namoyon boʻlishi kuzatiladi. Kichik yoshdagi bolalarda kasallik koʻpincha normal, subfebril, yoki febril tana harorati fonida burun-halqumda kataral belgilar va sust ifodalangan zaharlanish simptomlari bilan boshlanadi. Ularning darajasi ortib boradi va uzoq davr mobaynida saqlanib turadi. Katta yoshdagi bolalarda kasallikning birinchi kunidanoq yuqori isitma kuzatilishi mumkin. Zaharlanish simptomlaridan bosh ogʻrishi, behollik, ishtahaning sustligi, baʼzida koʻngil aynishi, qusish hamda ichning suyuq kelishi koʻproq koʻkrak yoshidagi bolalarga xos. Grippdan aksi talvasalar, deliriy, hushning yoʻqolishi kabi ensefalitik reaksiyalar, hamda meningial va gemorragik belgilar ham kuzatiladi. Hiqildoqning zararlanishi kam kuzatiladi, lekin ekssudativ komponent bilan ifodalangan boʻlsa ogʻir kechadi. Grippdan farqli oʻlaroq jarayon bronxlarga koʻproq kirib boradi. Bronxit bilan kasallangan bolalarda obstruktiv sindrom shishli yoki aralash shaklga ega boʻlib, uzoq davr saqlanib turadi. Shishli shaklida yoʻtal odatda nam, nafas chiqarish qiyinlashgan, entikish koʻproq aralash tipda boʻladi. Auskultatsiyada koʻp sonli nam har xil kolibrli va biroz quruq xirillashlar eshitiladi. Bronxiolitlar kam uchraydi, lekin orbliteratsiyalovchi bronxiolitlarning kelib chiqishi, oʻpkada surunkali jarayonning shakllanishi, bronxiolalar epiteliysining zararlanishi, keyinchalik ularning boʻshligʻida oʻpkaning surunkali jarayoni rivojlanadi.

RESPIRATOR SINSITIAL INFEKSIYA

Bu pastki nafas yo'llarining mayda bronx va bronxiolalarining zararlanishi bilan kechuvchi virusli kasallik hisoblanadi. Bu infeksiyaga 1 yoshgacha bo'lgan bolalar moyil bo'lib, kasallik ko'pincha yilning sovuq oylarida uchraydi. Sekin-astalik bilan rivojlanadi. Umumiy ahvoli va ishtahasining o'zgarmasligi, normal yoki subfebril tana harorati fonida, burun-halqumda sustroq ifodalan-gan kataral belgilar (rinit, rinofaringit) bilan kechadi. Tomoq va halqumning orqa devori qizarishi kam namoyon bo'ladi. Bir hafta davomida kasallikning qaytalanishi hamma yoshdagi bolalarda kuzatiladi, lekin ko'pincha 3 yoshdan kattalarda, erta yoshda (ayniqsa, birinchi oylarda) kasallikning 3—5-kunlarida isitma oshib boradi, ishtaha pasayadi. Yo'tal xurujsimon bo'lib, bronxit, bronxiolit, pnevmoniya rivojlanadi. Ko'pincha obstruktiv bronxit kelib chiqadi. O'pkada ko'p sonli quruq va nam mayda pufakchali xirillashlar paydo bo'ladi. Nafas olish tezlashadi, nafas chiqarish sekinlashadi, ko'proq nafasi ichiga tortilib teri ko'kimtir tusga ki-radi. O'pkaning emfizematoz shishi hisobiga jigar va taloq pastga tushib qolishi mumkin. O'pka-bronx tizimidagi o'zgarishlarning qaytalanishi 5—7 kun davom etadi, bu yallig'lanish jarayonini alveolyar to'qimada emas, balki mayda bronx va bronxiolalarda joylanishi bilan tushuntiriladi. O'rta yoshdagi bolalarda kasal-likning birinchi kunlarida yoki kechroq bakterial infeksiyaning qo'shilishi va ichak mikroflorasining o'zgarishi (disbakterioz) hi-sobiga ichi suyuq va tez-tez kelishi mumkin.

Shunday qilib, respirator sinsitial infeksiyada virusning joylashishi va patologik jarayonning kelib chiqishi uchun na-fas yo'llarining pastki qismlari zararlanadi. Kasallik obstruktiv bronxit, bronxiolit va pnevmoniya rivojlanishi bilan namoyon bo'lib, nafas yetishmovchiligiga olib keladi.

Qon tahlilida ko'pincha normotsitoz, kamroq sust leykopeni-ya, leykotsitar formulada ifodalangan siljishlar yo'q, normal yoki biroz tezlashgan EChT bo'ladi.

MENINGOKOKKLI INFEKSIYA

Kasallikning boshlanishi va bir qator klinik simptomlariga ko'ra gripp bilan o'xshashliklari bor. Meningokokkli infeksiya bilan hamma yoshdagi bolalar kasallanadi. Lekin ko'proq 3 yoshdagi bolalar kasallanadilar. Uning klinik ko'rinishlari ko'plab simptomsiz va o'tkir nazofaringit, meningokokksemiya dan to gipertoksik shakligacha, infeksiyon toksik shokning kelib chiqishi bilan namoyon bo'ladi. Meningokokkli infeksiya uchun tomoqda va halqumdagi o'zgarishlar o'ziga xos bo'ladi. Agar gripp uchun sust qizarish xos bo'lsa, meningokokkli nazofaringitda halqumning orqa devorida shish va kuchli giperemiya kuzatiladi.

Meningokoksemiya uchun o'tkir boshlanish, zaharlanish va toksikozning tezlik bilan kuchayib borishi, tana haroratining $39-40^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi, behollik, terining giperesteziyasi, bosh og'rishi, qusish, ishtahaning pasayishi, taxikardiya va entikish xos. Dispepsiya kuzatilishi mumkin (ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda). Meningokokksemiya da gemorragik toshma bir necha soatdan yoki 1–2 sutkadan keyin paydo bo'ladi. Toshmalar yulduzcha ko'rinishida bo'lib noto'g'ri shaklda 3–5 mm, teridan biroz ko'tarilib turadi, bosganda yo'qolmaydi, markazida nekrozi bor. Rozeolez papulez, dog'li toshma bo'lishi ham mumkin. Ularning fonida alohida gemorragik toshmalar topilishi mumkin. Toshma son va boldirlarning tashqi yuzasida, dumbada, qorinning pastki qismida joylashadi. Og'ir va gipertoksik shakllarda toshma qo'shilib ketgan. Ko'kimtir tusda bo'lib butun tanaga tarqalib ketadi. Yengil shakllarda toshma 1–2 kundan keyin yo'qolib ketadi, og'ir shakllarda bir hafta davomida yoki undan ko'proq saqlanib koladi. Meningokokksemiya ko'pincha meningit bilan birga uchraydi, meningial sindrom keskin ifodalangan bo'ladi. Katta yoshdagi bolalarda grippdan ko'ra uzoq muddatga cho'zilgan kuchli bosh og'rishi, qayta qusish, giperesteziya, yorug'likdan qo'rqish kuzatiladi. Ko'krak yoshidagi bolalarda kasallikning boshlanishi qattiq

yig'lash, bezovtalanish, ba'zida tarqoq talvasalar bilan namoyon bo'ladi. Katta liqildoq bo'rtib chiqadi. Meningokokkli meningitda kasallikning birinchi kunlarida orqa miya suyuqligining tarkibi normal bo'lishi mumkin. Keyingi kunlarda suyuqlik serozli-yiringli yoki yiringli bo'lib qoladi. Bolalarda grippning og'ir shakllarida ham o'tkir davrda meningial simptomlar kuzatilishi mumkin, lekin ular sust namoyon bo'lib, meningiz ko'rinishi sifatida baholanadi. Gripp bilan kasallangan bemorlarda orqa miya suyuqligi tekshirilganda yuqori bosimdan boshqa patologik o'zgarishlar topilmaydi. Meningokokksemiyaning og'ir shakllarida ifodalangan zaharlanish fonida mioendoperikardit, toksik nefrit, mono- va poliartrit rivojlanishi mumkin. Meningokokkli infeksiyaning tarqalgan turlarida bemorlarning qonida yuqori neytrofil, leykotsitoz, neytrofil qatorda yoshlargacha siljishi, ba'zida mielotsitlarning ham topish mumkin, aneozinofiliya, tezlashgan EChT bo'ladi.

Koronavirusli infeksiya. Virusning nomlanishi (coronavirus) — quyoshli koronaga o'xshab virionining tashqi qobig'ida bo'rtiqlar borligiga asoslangan.

Klinikasi. Kasallik to'la o'rganilmagan. Yuqori nafas yo'llarining katari bilan namoyon bo'ladi. Kattalarning 70% da immuniteti bor. Koronavirusli infeksiyaning asosiy belgilari bu kasallikning birinchi soatlaridan kuzatiladigan va ko'pincha burun-halqumda kataral ko'rinishda, oshqozon-ichak traktini zararlanishi simptomlari (qusish, ko'ngil aynish, qorinda og'riq, suyuq ich kelishi) hamda uzoqqa cho'zilmagan isitma davri sust namoyon bo'lgan zaharlanish kuzatiladi. Deyarli hamma bolalarda uzoqqa cho'zilmagan shilimshiqli rinit, faringit. Ba'zida bronxit kelib chiqadi. Kamdan kam hollarda laringotraxeit rivojlanadi.

Rinovirusli infeksiya (o'tkir yuqumli rezanda).

Etiologiyasi. Yuqumliligi 1914-yilda aniqlangan. 1960-yilda virus Tyrell tomonidan ajratilgan. Pikarnoviruslar guruhiga kiritilib, 100 dan ortiq serotiplari mavjud.

Epidemiologiyasi. Deyarli hamma bolalar 10 yoshgacha kasallanib bo'ladi. Kasallanish yil davomida, ko'pincha kuz, qish va bahor oylarida kuzatiladi.

Kasallik manbai bemor va virus tashuvchilar, kasallikning 3—5-kunidan boshlab yuqumlilik keskin pasayadi. Havo-tomchi yo'li orqali yuqadi. Ko'proq kattalar va 5—7 yoshdagi bolalar kasallanadi. Immunitet — tipospetsifik, davomiyligi aniqlanmagan.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri 1—6 kun. Kasallik aksa urish va rezanda bilan boshlanadi. Tana harorati normal, ba'zida subfebril, shilliqli shish hisobiga burun bitishi, ko'plab shilimshiqli ajralmalar bo'ladi, zaharlanish kuzatilmaydi. Kamdan kam hollarda ko'zdan yosh oqishi, konyuktivit, sklerit, sust kataral belgilar kuzatilishi mumkin. Kasallik yengil kechganida 3—5 kun davom etadi.

Davosi. Simptomatik.

Gerpetik infeksiya hamma yoshdagi bolalarda uchraydi. Ba'zida boshqa etiologiyali o'tkir inqeksiya bilan birgalikda ke-ladi. Chegaralangan va tarqalgan turlari tafovut qilinadi. Chegaralangan turida teri-og'iz, ko'z, tomoq, burun, halqum, hiqildoq, traxeya, bronx, siydik ajratish yo'llari, jinsiy a'zolarining shilliq qavatlari, tarqalgan turida esa ko'plab a'zo va to'qimalar shikastlanadi. Gerpetik isitma uchun o'tkir boshlanishi, qaltirash, zaharlanish belgilari (bosh og'rishi, kamquvvatlik, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning pasayishi, talvasa, hushining yo'qolishi) shilliq qavatlarni sust qizarishi va quruqshashi xos. Bunday simptomlar bir necha kun davomida saqlanib turishi mumkin. Kasallikning birinchi kunlarida gerpetik pufakchalar har doim ham uchramasligi mumkin.

Burun-halqumda kataral belgilar kam namoyon bo'lgan. Shilliq qavatlarning quruqligi oqibatida yo'tal va giperemiya kuzatilishi mumkin. Bolalarda ko'pincha gerpetik gingivitlar va aftoz stomatitlar, hamda teri va lab, burun, quloq, qovoqlarning shilliq qavatlari toshmalar bo'lishi kuzatilib, ba'zida bu toshmalar ekzema sifatida bo'ladi. Konyuktivitlar bo'lishi mumkin, lekin

ko'proq keratokonyuktivitlar, o'tkir boshlanib cho'ziluvchan kechishga ega. Ba'zida keratokonyuktivit bir necha oy va yil davom etib, ba'zida surunkali kechishga o'tib ketadi.

Gerpetik infeksiyalarning chegaralangan shakllari o'tkir boshlanib, ko'pincha yuqori davomli isitma va yaqqol namoyon bo'lgan zaharlanish fonida kechadi. Kasallikning kechishi qoidaga ko'ra davomlidir.

Asab tizimining gerpetik zararlanishi nevritletlar, meningoensefalitletlar ko'rinishida kechadi. Terida va shilliq qavatlarda har doim ham toshmalar kuzatilmaydi. Tarqalgan turlari ko'proq chaqaloqlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda uchraydi. Kasallik juda tez rivojlanib, bolaning holati keskin yomonlashadi. Yuqori isitma va gepatitning har xil ko'rinishlari, pnevmoniya va meningoentsefalitda kuzatiladi. Terida toshmalar kuzatilmaydi.

Ba'zida uyushgan bolalar jamoalarida, yozgi-kuzgi paytlarda, O'RVI ga o'xshagan **enterovirusli infeksiya** epidemik portlashlarga sabab bo'ladi. Kasallik o'tkir boshlanib, tana haroratining 38–40°C gacha ko'tarilishi va umumiy zaharlanish simptomlari bilan namoyon bo'ladi (bosh og'rishi, behollik va ko'ngil aynishi). Ko'plab uchraydigan simptomlardan qaltirash, qusish, mushaklardagi og'riq, yuzning qizarishi, giperemiya fonida tomoqning shilliq qavatida tomirlar inyeksiyasi, bodomcha bezlari, yumshoq tanglay va halqumning orqa devori shilliq qavatlarining donadorligi, tildagi karashlar, ichning qotishi, jigarning kattalashishi xos. Ba'zida serozli-shilimshiqli rinit, faringitning ko'rinishlari bilan kechishi mumkin.

Kasallikni har xil klinik shakllari kuzatiladi: 3 kunlik isitma, gerpangina, ekzantema, serozli meningit, gastroenteritik sindromning kataral turi, o'tkir gemorragik konyuktivit. Gerpanginada umumiy simptomlardan tashqari til, yoylar, halqum orqa devorining qizargan shilliq qavatlarida 2–4 mm diametrli oqish-kulrang papulalar paydo bo'lib, 1–2 kundan keyin qizil gardish bilan qoplangan pufakchalarga aylanadi va 12–48 soat davomida saqlanib turadi. Tomoqdagi o'zgarishlar yutingandagi

og'riqlar, limfa tugunlarining kattalashishi, so'lakning oqishi bilan kechadi.

Ekzantema kasallikning boshida ham, tana harorati tushganida ham kuzatiladi. Toshma ko'p miqdorda dog'li-tugunchakli bo'lib, yuzda, badanlarda paydo bo'ladi. Ayrim hollarda toshma mayda-nuqtasimon, katta dog'li-tugunchakli va mayda dog'li bo'lishi kuzatiladi. Og'ir hollarda gemorragik komponent bilan lunjning va tanglayning shilliq qavatlarida. Ba'zida katta va mayda dog'li ekzantema kuzatiladi.

Serozli meningit, umumiy simptomlardan tashqari meningial sindromlarning qo'shilishi, doimiy bo'lmagan simptomlar bilan kechadi. Kasallikka aniq tashxis qo'yish uchun orqa miya funksiyasini tashkil qilish kerak bo'ladi. Orqa miya suyuqligining tahlili quyidagicha: tiniq, ba'zida shaffof, bosim bilan chiqadi. Oqsil miqdori normadan ortmaydi, to'qimalar 10–100 dan ortiq bo'ladi, mononuklearlar ko'p bo'ladi. Globulin reaksiyalari sust yoki manfiy bo'ladi.

Umumiy intoksikatsiya fonida gastroenteritik sindrom kasallikning 3–4-kunida rivojlanadi. Qorindagi og'riq va ichning suyuq, suvsimon, shilimshiq aralash ko'p miqdorda kelishi kuzatiladi. Adenovirusli infeksiyadagidek mezadenit bo'lishi mumkin.

Chegaralangan kataral shakli kam uchraydi. Faringit, traheit, seroz-shilliqli rinit umumiy simptomatika fonida namoyon bo'ladi.

O'tkir gemorragik konyuktivit kam namoyon bo'ladi, bu esa YSNOning 70 tipiga bog'liqdir.

Enterovirusli infeksiyaning barcha shakllari bir-biri bilan almashinadi. Klinik simptomlarning bir xil emasligi epidemiyada qiyosiy tashxisni yengillashtiradi.

Streptokokkli infeksiyaning klinik ko'rinishlari xilma-xildir: burundagi yengil kataral jarayonlardan to og'iz-halqumdagi septikopiemianing tarqalgan og'ir shakligacha namoyon bo'lishi mumkin. Streptokokkli rinit va rinofaringitning farqli belgilari-dan — tomoqdagi va halqumning orqa devoridagi qizarishning

yaqqolli. Tarqalgan shaklining simptomatikasi meningokokkli infeksiya simptomatikasini eslatadi.

Og'ir holat fonida tarqalgan jarayon yuqori harorat, intoksikatsiya simptomlari va petexial toshmalardan, yirik gemorragik toshmalargacha gemorragik sindrom bo'lishi mumkin. Shu kasallikka xos bo'lgan meningit va meningoentsefalit rivojlanishi mumkin.

Yuqumli mononukleoz adenovirusli infeksiya simptomlari bilan o'xshashdir. Kasallikning boshlanishi o'tkir va sekin-asta bo'lishi mumkin. Uzoq davom etuvchi isitma, tomoqdagi yallig'lanish, lakunar va follikulyar angina xarakterlidir. Adenovirusli infeksiyada limfa tugunlari kattalashmagan va palpatsiyada og'riqsiz.

Gepatolienal sindrom yaqqol namoyon bo'lgan va uzoq saqlanib turadi, pigment va ferment almashinuvi ko'rsatkichlarini o'zgarishi, polimorf toshmalarning bo'lishi shu kasallikka xos. Periferik qonda: limfotsitlarning ortishi va atipik mononuklearlarning ortishi klinik simptomlarning rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Test savollari

1-variant.

1. Gripp virusining kirish darvozasi:

- A. Yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalari.
- B. Oshqozon-ichak traktining shilliq pardalari.
- C. Siydik ajratish tizimi shilliq pardalari.
- D. Ko'zning shilliq qavati.
- E. Halqum-limfoid aylanasi.

2. Gripp uchun xarakterli bo'lgan belgilar:

- A. Umumtoksik sindrom.
- B. To'satdan boshlanishi.
- C. Respirator traktining zararlanishi.
- D. Isitma.
- E. Tarqalgan limfadenopatiya.

3. Asoratsiz grippda qaysi preparatlar qo'llaniladi?

- A. Isitmaga qarshi.
- B. Polivitaminlar.
- C. Biseptol.
- D. Tetrasiklin.
- E. Ko'p suyuqlik ichirish.

4. Tashxisni tasdiqlovchi tekshiruv metodlari.

A. Gripp virusining antigenlarini aniqlovchi serologik reaksiya (juft qon zardobi).

- B. Burundagi surtmadan lyuminessent mikroskopiya.
- C. Qonni ekish.
- D. Ko'krak qafasi rentgenografiyasi.
- E. Qonning umumiy tahlili.

5. Paragrippning asoratlari:

- A. Soxta krup.
- B. Pankreatit.
- C. Kolit.
- D. Parotit.
- E. Tarqalgan polilimfadenopatiya.

6. Respirator-sintitsial infeksiyada virus qaysi shilliq qavatni zararlamaydi:

- A. Ichak.
- B. Halqum.
- C. Xronxiolalar.
- D. Alveolalar.
- E. Burun.

7. Rinovirus infeksiyasining klinikasiga xos bo'lmagan:

- A. Kasallikning sekin-asta boshlanishi.
- B. Kasallikning o'tkir boshlanishi.
- C. Halqumda biror nimani sezishlik.
- D. Rinoreya.
- E. Tana haroratining subfebrilligi.

8. Quyidagi simptom gripp kasalligini tashxisini tasdiqlamaydi:

- A. Najasning tez-tez, patologik aralashmalar bilan kelishi.
- B. Bosh ogʻrishi.
- C. Boshning ogʻrishi koʻngil aynish bilan.
- D. Meningial sindrom.
- E. Nafasning yetishmovchiligi.

9. Grippning etiotrop davosini koʻrsating:

- A. Interferon.
- B. Ampitsillin.
- C. Vaksigripp.
- D. Asiklovir.
- E. Askorbin kislotasi.

10. Oʻpkani, bronxlarni va bronxiolalarni koʻproq zararlovchi infeksiyalar:

- A. Respirator-sintitsial infeksiya.
- B. Gripp.
- C. Adenovirusli infeksiya.
- D. Rinovirusli infeksiya.
- E. Paragripp.

2-variant.

1. Grippning eng ishonarli kasallik manbai:

- A. Bemor odam.
- B. Bemorda, kasallikning yashirin davrida.
- C. Rekonvalessent.
- D. Virus tashuvchi.
- E. Sogʻlom odam.

2. Virusli grippdagi asosiy klinik sindromlar:

- A. Intoksikatsiya, kataral.
- B. Intoksikatsiya, diareya.
- C. Intoksikatsiya, ekzantema.
- D. Suvsizlanish, talvasa.
- E. Ekzantema, meningial.

3. Adenovirusli infeksiyada asosiy klinik sindromlar:

- A. Faringo- konyunktival isitma, limfadenopatiya.

- B. Neyrotoksikoz, talvasa.
- C. Ekzantema, angina.
- D. Krup sindromi.
- E. DVS sindromi.

4. Krup sindromining simptomlari:

A. Quruq do'rillovchi yo'tal, tovushning bitishi, nafas olishning qiyinlashuvi.

- B. Nafas chiqarishning qiyinlashuvi, quruq yo'tal.
- C. Xurujli yo'tal, akrotsianoza.
- D. Big'illab yo'talish, nafas olishning tezlashuvi.
- E. Nafasning to'xtab qolishi (apnoe), xurujli yo'tal.

5. Paragrippda asosiy klinik sindrom:

- A. Krup sindromi.
- B. Ekzantema sindromi.
- C. Talvasa sindromi.
- D. Angina, toshmalar.
- E. Limfadenopatiya.

6. Adenovirus kasalliklarini aniqlashda qaysi laborator usuldan foydalaniladi?

- A. Virusologik usul, serologik usul.
- B. Serologik, bakteriologik.
- C. Virusologik, bakteriologik.
- D. Bakteriologik.
- E. Bioximik.

7. Virusli grippni davolash uchun qo'llaniladigan maxsus preparatlar.

- A. Interferon, maxsus immunoglobulin, remantadin.
- B. Penitsillin.
- C. Aspirin.
- D. Bisseptol.
- E. Glyukoza eritmalari.

8. Gripping hozirgacha bo'lgan pandemiyasi nechta?

- A. 3 ta.
- B. 6 ta.

C. 9 ta.

D. 4 ta.

E. 5 ta.

9. Grippda harorat qing'irligining qaysi turi bo'ladi?

A. 2 o'rkachli, to'liqsimon.

B. Trapetsiyasimon.

C. Intermittirlovchi.

D. Remittirlovchi.

E. Gektik.

10. Grippning oldini olishda qaysi vaksina yordam beradi?

A. Inflyuvak, vaksigripp, grippol.

B. Enjeriks, euvaks.

C. Pentavalent vaksinasi.

D. Prioriks, KPK.

E. AKDS, ADS-m.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. Bemor 12 yoshli Nigora. 3 kundan buyon betob, behollik, isitma, bosh og'rishi, quruq yo'tal, tomoqdagi qichi-shish, burunning oqishi kuzatilgan. Uyda onasi isitma va yo'talga qarshi dori-darmonlar bergan, lekin foydasi bo'lmagan. Tez yordam chaqirishgan. Bemor tekshirilganda: umumiy ahvoli o'rta og'irlikda, burun orqali nafas olish qiyinlashgan, burun bitib qolayapti, ba'zida suyuqlik kelayapti. Tomoq shilliq qavatlari yallig'langan.

1. Sizning tashxisingiz.

2. Qiyosiy tashxis o'tkazing.

3. Shifoxonaga yotqizish masalasini hal qiling.

4. Davolash rejasi.

2-masala. Bemor 2 yoshli. Shikoyati onasining so'zidan: quruq yo'talga, nafas olishning qiyinlashuviga, burunning oqishiga, ovozining xirillashiga. Bemor kechadan buyon betob, kechasi bir-daniga yo'talib nafasi qiyinlashgan, yo'tal do'rillovchi tus olgan.

1. Sizning tashxisingiz.
2. UASh taktikasi.
3. Shifoxonaga yotqizish masalasini hal qiling.
4. Davolash rejasi.

3-masala. Bemor Nafisa, 8 yosh. 3 kundan buyon betob, isitmasi ko'tarilgan. Ko'zlari yoshlanib, burni oqqan va yo'talgan. Behol bo'lib ko'zlari qizarib ketgan. Bemor nazorat qilinganda: terisining oqishligi, behollik, konyuktivit, rinit, periferik limfa tugunlarining shishi, quruq do'illovchi yo'tal, og'iz bo'shlg'i giperemiyalangan.

1. Sizning tashxisingiz.
2. UASh taktikasi.
3. Shifoxonaga yotqizish masalasini hal qiling.
4. Davolash rejasi.

4-masala. Bemor 8 oylik, onasi bir kunda bolaning birdaniga isitmasi ko'tarilganligi, yo'talganligi va nafas olishining qiyinlashganligi, entikib nafas olayotganligidan shikoyat qiladi. Bemor nazorat qilinganda: bola bo'shashgan, tez-tez nafas olayapti, o'pkada dag'al nafas asosida quruq xirillashlar bor o'pkaning pastki bo'lagida, yurak tonlari bo'g'iq, taxikardiya.

1. Sizning tashxisingiz.
2. UASh taktikasi.
3. Shifoxonaga yotqizish masalasini hal qiling.
4. Davolash rejasi.

Nazorat savollari:

1. Nafas yo'llarining normal tuzilishi.
2. O'RVI larning turlari.
3. O'RVI lar qaysi organlarni zararlaydi?
4. Mikrobbing mikrobiologik xarakteristikasi.
5. Nafas yo'llaridagi morfologik o'zgarishlarni tushuntiring.
6. Krup sindromi haqida tushuntirib bering.
7. Bemorni tekshirish usullarini tushuntiring.
8. O'RVI lar differensial diagnostikasi.
9. Davolash usullari.

7-mavzu. PAROTIT YUQUMLI KASALLIGI

Parotit yuqumli kasalligi (epidemik parotit, tepki) bolalarning o'tkir yuqumli kasalligi bo'lib, viruslar tomonidan chaqiriladi, havo-tomchi yo'li bilan yuqadi, asosan so'lak bezlarining, qisman boshqa bezli a'zolarining (oshqozon osti bezi, tuxumlarni, ko'krak bezlari va boshqalar) va asab tizimining shikastlanishi bilan izohlanadi.

Uzoq vaqtlar bu kasallik so'lak bezlarining mahalliy yallig'lanishi deb qaralgan. 1384-yili A.D. Romanovskiy kasallikni asab turi borligini aniqladi. Zamonaviy qarashlarga ko'ra, parotit yuqumli kasalligiga so'lak bezlarini birlamchi shikastlovchi umumiy yuqumli kasallik deb qaralmog'i kerak.

Etiologiyasi. Kasallik paramiksoviruslar oilasiga kiruvchi viruslar tomonidan chaqiriladi. Virus bo'lakchalarini matriks oqsil (M), ikki qavat lipidlar va tashqi glikoproteid qavatdan iborat qobiq bilan o'ralgan bir zanjirli RNK lar ushlaydi. Qobiq tarkibiga gemaglyutininlar, gemolizin va neytraminidaza kiradi. Parotit virusini antigen tizimi turg'un bo'lib, uning antigen variantlari yo'q.

Virus tovuq embrioni, maymunlar, hujayralarida dengiz kalamushi to'qimalarida, shuningdek tovuq embrioni va yapon be-danalarining fibroblastlarida yaxshi ko'payadi. Laborator hayvonlar ichida maymunlar ancha sezgir hisoblanadi. So'lak bezlari yo'lga virus saqlovchi material yuborilganda maymunlarda parotit infeksiyasini tipik klinik manzarasi namoyon bo'ldi. Zaharlanish belgilari, so'lak bezlarining kattalashuvi kuzatilib, virus so'lak bezlari va so'lakdan kasallikni birinchi kunlarida aniqlanadi, qonda esa maxsus antitelalar paydo bo'ladi. Keyinchalik javoblarda turg'un immunitet rivojlanadi.

Hayvonlarda tug'ma parotit infeksiyasi rivojlanishi mumkinligi haqida ma'lumotlar bor. Urg'ochi kalamushlarga parotit infeksiyasi virusi yuqtirilganda, ularning homilasida entsefalit, gidrotsefaliya, zotiljam shaklida infeksiyon jarayon rivojlanadi.

Parotit virusi tashqi muhitga chidamli hisoblanadi. 1% li lizol, 2% li formalin ta'sirida inaktivatsiya bo'ladi, 18–20°C da virus bir necha kun, undan pastroq haroratda 6–8 oygacha saqlanadi.

Epidemiologiyasi. Parotit infeksiyasi antroponoz hisoblanadi.

Qo'zg'atuvchining manbai kasallikni monifest, o'ta yengil va subklinik turlarda o'tkazayotgan inson hisoblanadi. Virus bemorning so'lagi bilan ajralib, gaplashganda havo-tomchi yo'li bilan yuqadi. Parotit infeksiyasi bemorlarda kataral belgilarning yo'qligi, virusning uzoq masofalarga tarqalish imkonini bermaydi (faqat bemordan 1–2 metr masofada), shuning uchun kasallik manbaiga yaqin bo'lgan bolalar kasallanadilar (bir oilada, bir partada o'tirganlar, bitta yotoqxonalilar va b.). O'RVI ning qo'shilib qolishi virusning tarqalishini yengillashtiradi.

Infeksiya bemorning so'lagi tushgan uy-ro'zg'or buyumlari, o'yinchoqlar orqali ham yuqishi mumkin, ammo bu yo'lning ahamiyati katta emas.

Bemor kasallik boshlanishidan bir necha soat avvaldan yuqumli hisoblanadi. Eng yuqumli davr kasallikning dastlabki 3–5 kunlari bo'ladi. 9 kundan keyin virus organizmda aniqlanmaydi va bemorni kasal tarqatmaydi deb hisoblash mumkin.

Kasallikning manifest turini o'tkazayotganlar eng ko'p epidemik xavf tug'dirsalarda, kasallikni o'ta yengil va simptomsiz o'tkazayotganlar odatda aniqlanmasligi va bolalar jamoalarida bo'lishlari munosabati bilan ular kasallik tarqatuvchi asosiy manba bo'lib qolishlarini inobatga olmoq kerak.

Parotit infeksiyaga moyillik 85% ni tashkil qiladi. Kasallik 3 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalarda eng ko'p uchraydi. Faol immunizatsiyani keng qo'llanishi natijasida oxirgi yillari 1 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalar o'rtasida kasallanish kamaydi, ammo katta yoshli bolalar va kattalar o'rtasida ko'paydi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalar, onalaridan o'tgan va 9–10 oylargacha saqlanadigan transplantsentlar immunitet hisobiga juda kam og'riydi. Adabiyotda homilaga kasallik o'tganligi qayd qilingan. Parotit infeksiyasini endokardin tug'ma fibroelastozi bilan aloqasi bo'lishi

mumkin. Kasallik bu holda 2 yoshgacha rivojlanib yurakni chap qorinchasi gipertrofiyasi va soʻngra yurak yetishmovchiligining oʻsib borishi bilan namoyon boʻladi. Ammo parotit virusini yurak patologiyasidagi oʻrinli isboti adabiyotda yoritilmagan.

Infeksiya oʻtkazilganidan soʻng, turgʻun immunitet qoladi. Ig M sinfiga mansub antitelalar birinchi haftaning oxirlarida paydo boʻlib 60 kundan 120 kungacha persistirlanadi. Sal keyinroq Ig G sinfiga mansub antitelalar aniqlanib, ularning titri 3–4 haftalarga oʻsadi va butun hayoti davomida saqlanadi. Qayta kasallanish uchramaydi.

Parotit infeksiyasi bilan kasallanish aniq mavsumiylikka ega: kasallanganlar kuz-qish oylari (bolalar bogʻchalari, maktablar, internatlar)da koʻp uchraydi. Kasallikning koʻpayishi maktab va bogʻchalardagi yangi tashkil qilingan jamoalarda, muloqotlarning oʻsishiga bogʻliq boʻladi. Shu sababli bolalar jamoalaridagi umumiy kasallanish, uyushmagan bolalarga nisbatan yuqori boʻladi. Maʼlumki, bogʻchadagi bolalar unga qatnamaydiganlarga nisbatan 5 marta koʻp kasallanadilar. Parotit infeksiyasining oʻsib borishi asta-sekin boʻlib, bir vaqtning oʻzida oz bolalar kasallanadilar. Soʻngra boshqalari 10–21 kun oraligʻida asta-sekin ogʻriy boshlaydilar. Baʼzi hollarda kasallanish oraligʻi choʻzilib, yashirin davr muddatlaridan ham ortadi, bunga kasallikning oʻta yengil yoki simptomsiz turlari ham borligi sabab boʻladi.

Kasallikning tarqalishi bogʻcha guruhlaridagi zichlik, xonalarni yetarli shamollatmaslik, shuningdek kasallikka moyillikning koʻlami, bemorlarni vaqtida alohidalash singari ijtimoiy omillarga bogʻliq boʻladi.

Patogenez. Ogʻiz boʻshligʻi, halqum, nafas yoʻllarining shilliq qavatlari qoʻzgʻatuvchining kirish darvozasi va uning birlamchi joylashadigan qismi hisoblanadi. Soʻngra virus qonga oʻtadi (birlamchi virusemiya) va butun organizmga tarqalib, gematogen yoʻl bilan soʻlak bezlariga va boshqa bezli aʼzolarga tushadi. Virusning soʻlak bezlariga soʻlak yoʻli bilan tushishi haqidagi mavjud fikrlar notoʻgʻri, deb hisoblasa boʻladi.



21-rasm. Paroptit yuqumli kasalligi. Patogenez sxemasi.

Virusning eng yaxshi koʻrgan joyi soʻlak bezlari boʻlib, shu joyda virus koʻpayadi va toʻplanadi. Virusning soʻlak bilan ajralishi uning havo-tomchi yoʻli bilan tarqalishini taʼminlaydi. Birinchi virusemiya har doim ham klinik belgilarga ega boʻlmaydi. Keyingi virusning katta miqdori shikastlangan bezlardan ajratilishi (ikkinchi virusemiya) koʻp aʼzolar va tizimlarni: markaziy asab tizimi, oshqozon osti bezi, jinsiy bezlar va boshqalarni shikastlanishiga sabab boʻladi. U yoki bu aʼzolar shikastlanishining klinik belgilari kasallikning dastlabki kunlarida bir vaqtda yoki birin-ketin paydo boʻladi. Qoʻzgʻatuvchining takroran tushishi natijasida virusemiyaning saqlanishi bu simptomlarni kech namoyon boʻlishining sababi hisoblanadi.

Immunitet. Parotit infeksiyasi qisqa muddat persistirlanuvchi (5–7 kun atrofida) oʻtkir kasallik hisoblanadi. Undan kechroq muddatlarda virusni organizmdan topib boʻlmaydi. Bu paytga kelib bemorning qonida Ig M sinfiga mansub antitelalarni yuqori titri aniqlanadi. Parotit infeksiyasida organizmni himoyalashda immunitetning hujayra tizimi, shuningdek sekretor immunoglobulinlarga alohida oʻrin ajratiladi. Hujayra rezistentligi va nomaxsus virus ingibitorlaridan iborat nomaxsus himoya vositalarini ahamiyati haqida ham maʼlumotlar bor.

Patomorfologiya. Parotit infeksiyasida morfologik oʻzgarishlar asosan soʻlak bezlari, oshqozon osti bezi, tuxumlar, markaziy asab tizimi interstitsial toʻqimalarida, kamroq boshqa aʼzolarida rivojlanadi. Yalligʻlanish oʻchoqlari asosan soʻlak bezlarining soʻlak yoʻllari, qon-tomirlari atrofida boʻladi. Aʼzoning bezli qismi patologik jarayonga qoʻshilmaydi. Ammo, orxitda tuxumdagigi yalligʻlanish, degenerativ jarayonlar ancha kuchli rivojlangan boʻladi. Baʼzida bezli toʻqima nekrozi kuzatilib, kanallar toʻsilib qoladi. Keyinchalik tuxumlarda atrofiya rivojlanishi mumkin. Meningitda bosh miya shishadi, miya pardalarini giperemiya-si, limfotsitlar infiltratsiyasi aniqlanadi, baʼzida seroz-fibrinoz suyuqlik toʻplanadi.

Klinik manzarasi. Parotit infeksiyasida yashirin davr 12–26 kunni tashkil qiladi. Kamdan kam hollarda bu davr 26 kungacha choʻzilishi yoki 9 kungacha qisqarishi mumkin.

Klinik belgilari kasallikning turiga bogʻliq boʻladi. Rasman qabul qilingan klassifikatsiyaga koʻra (N.I. Nisevich, 1973) kasallikning tipik va atipik turlari ajratiladi. Tipik turiga faqat bezli aʼzolari (quloq oldi, oshqozon osti, tuxumlar) shikastlanishi bilan oʻtuvchi – bezli turi, markaziy asab tizimining chegaralangan shikastlanishi (serozli meningit, meningoentsefalit) bilan oʻtuvchi asabli turi, markaziy asab tizimi va bezli aʼzolari yoki shikastlovchi (serozli meningit + parotit yoki submaksillit + pankreatit + meningoentsefalit) mushtarak turi kiradi.



22-rasm. Parotit yuqumli kasalligi. 2 tomonlama parotit.

Atipik turlaridan oʻta yengil va subklinik turlari farqlanadi.

Oʻta yengil (bilinar-bilinas) turi kasallik belgilarining oʻta yengil namoyon boʻlishi bilan guruhlanib, shu sababli oʻz vaqtida aniqlanmay qoladi. Bolalar shikoyat qilmaydilar, tana harorati meʼyorida yoki subfebril boʻladi. Quloq oldi bezlarida biroz shish boʻlib, baʼzida u aniqlanmay qoladi. Jarayonda, asosan boshqa aʼzolarida minimal oʻzgarishlar boʻlishi yoki mutlaq boʻlmasligi mumkin.

Subklinik turining klinik belgilari boʻlmaydi. Ularning diagnozi serologik reaksiyalar bilan asoslanadi, qonda Ig M sinfiga mansub maxsus antitelalar

titri ortadi. Subklinik yoki simptomsiz turi parotit infeksiyasi bilan kasallikka uchragan bolalar jamoalarida aniqlanadi. Bu hollarda ularning koʻlami ancha koʻp boʻladi. Ayrim mualliflarning maʼlumotlari boʻyicha subklinik tur 20% dan 40% gacha uchraydi.

Tipik turlari ogʻirligi boʻyicha yengil, oʻrta ogʻir va ogʻir boʻladi. Hamma atipik turlar kasallikning yengil turi hisoblanadi. Klassifikatsiyada kasallikning ogʻirlik mezonlari: umumiy zaharlanish belgilari (tana haroratining koʻtarilishi, takroriy qayt qilish, bosh ogʻrigʻi) va bezli aʼzolarining shikastlanish darajalarini inobatga olish tavsiya etiladi.

Kasallikni ogʻir-yengilligini hisobga olgan holda, bemorda zaharlanish belgilari kuchsiz, tana harorati 37–38,5°C atrofida boʻlsa, bezli aʼzolar biroz shishsa kasallikning yengil turini tashxislash mumkin.

O'rta og'ir turida zaharlanish belgilari ancha yaqqol bo'ladi: bosh og'rig'i, qayt qilish, 39,5–40°C darajasida haroratning ortishi kuzatiladi. Ko'plab bezli a'zolarining va markaziy asab tizimining shikastlanishi kuzatiladi (pankreatit, orxit, serozli meningit).

Og'ir turida teri giperemiyasi, uyquchanlik yoki qo'zg'alish, hushning yo'qolishi kuzatiladi. Ko'p hollarda boshqa bezli a'zolar: tuxumlar, oshqozon osti bezi shikastlanadi. Ayniqsa meningoentsefalit kasallikning o'ta og'ir ko'rsatkichi bo'lib hisoblanadi.

Kechishi. Parotit infeksiyasi odatda o'tkir, qariyb asoratsiz kechadi. Ammo ba'zi hollarda serozli meningit, entsefalitdan so'ng uzoq muddat astenik yoki gipertenzion sindrom kuzatiladi. Bolalar bosh og'rig'i, tez charchashdan, injiqlik, uyquning buzilishidan shikoyat qiladilar. Tegishli rejim va davodan so'ng bu qoldiq belgilar yaqin 3–4 oy ichida yo'q bo'lib ketadi. Asoratlar parotit infeksiyasida kam uchraydi. Bosh miya nervlari, ayniqsa eshituv nervining shikastlanishi, eshitish qobiliyatining yo'qolishi haqida ma'lumotlar bor. Kamdan kam hollarda parez va paralichlar qayd qilinadi.

Klinik turlari. Quloq oldi bezining shikastlanishi (parotit) parotit infeksiyasining eng ko'p joylashadigan turi hisoblanadi. Kasallik odatda tana haroratini 38–39°C ko'tarilishi bilan o'tkir boshlanadi. Yengil hollarda harorat subfebril bo'lishi yoki me'yorda qolishi mumkin. Keyingi kunlari harorat jarayonning tarqalishiga bog'liq bo'ladi. Jarayonga boshqa so'lak bezlarining qo'shilishi yoki boshqa ichki a'zolarining shikastlanishi haroratning takror ko'tarilishi, to'liqinsimon turda bo'lishiga sabab bo'ladi. Haroratning ko'tarilishi bilan zaharlanish belgilari yuzaga chiqadi. Bolalarda bosh og'rig'i, holsizlik, mushaklarda og'riq bo'ladi va ishtaha pasayadi. Injiq bo'lib qoladilar, uyqusi buziladi. Quloq oldi bezi sohasidagi og'riq ayniqsa, chaynaganda va gaplashganda og'riqning kuchayishi ko'p hollarda kasallikning dastlabki belgilari hisoblanadi. Kasallik boshlangach birinchi sutka oxiri, ba'zida ikkinchi sutkada quloq oldi bezini kattalashuvi kuzatiladi.

Odatda jarayon bir tomonlama bo'ladi, so'ngra 1–2 sutka o'tgach ikkinchi tomonda shish yuzaga keladi. Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra quloq oldi bezlarining ikki tomonlama shikastlanishi 80,0% bemorlarda kuzatiladi (Postovit V.A. 1982; Kazansev A.P. 1988; Uchaykin V.F. va boshq. 2007).



23-rasm. Parotit yuqumli kasalligi. Quloq osti so'lak bezi kanalining ogiz bo'schlig'iga ochilish joyi.

Shish quloq oldida paydo bo'lib, pastki jag'ning ko'tariluvchi qismi bo'ylab tushib, quloq suprasini tepa va orqaga ko'taradi. Quloq oldi bezi uncha kattalashmasligi va faqat paypaslaganda aniqlanishi ham mumkin. Boshqa hollarda quloq oldi bezi juda kattalashib, teri osti kletchetskasi shishi bo'yinga va chakka sohasiga tarqaladi. Shish ustida teri taranglashadi, ammo yallig'lanish belgilari ko'rinmaydi. Paypaslab ko'rilganda so'lak bezi yumshoq yoki xamirsimon bo'lib, og'riq seziladi. Quloq suprasi oldida, so'rg'ichsimon o'simta yuzasida va pastki jag' ostida N.F. Filatovning og'riqli nuqtalari aniqlanadi.

Quloq oldi bezi so'lak yo'lida, lunj shilliq qavatining infiltratsiyasi va chegaralangan giperemiyasi ko'tarilishidagi Mursu

simptomi muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi. Bu simptom 50–80% bemor bolalarda uchraydi. Quloq oldi bezining kattalashuvi 2–4 kun mobaynida o'sa boradi, so'ngra uning hushi asta-sekin me'yorlashadi. Bir paytning o'zida yoki birin-ketin jarayonga boshqa so'lak bezlari – jag' osti (submaksillit) va til osti (sublingvit) bezlari qo'shiladi.

Submaksillit parotit infeksiyasi bilan og'rigan bemorlarning to'rttadan bittasida uchraydi. Ko'p hollarda u quloq oldi bezlarini shikastlanishi bilan birga o'tadi. Kamdan kam hollarda birlamchi bo'lib, kasallikning yagona belgisi bo'ladi. Bu holda shish jag' ostida joylashib, yumaloq shaklda, xamirsimon qattiqlikda bo'ladi. Og'ir hollarda bez atrofida kletchatka shishi kuzatilib, u bo'yinga tarqalishi mumkin.

Til osti bezining alohida shikastlanishi (sublingvit) juda kam uchraydi. Unda til ostida shish paydo bo'ladi.

Shikastlangan so'lak bezlarining kattalashuvi 5–7 kun mobaynida saqlanadi.

Avval og'riq yo'qoladi, shish va yallig'lanish belgilari kamayib, jarayon 8–10 kunda tugaydi. Ba'zida kasallik 2–3 haftaga cho'zilishi mumkin. Bu hollarda harorat chizig'i to'lqinsimon tusda bo'lib, jarayonga yangi bezli a'zolar va markaziy asab tizimining birin-ketin qo'shilishidan dalolat beradi.

Jinsiy a'zolarining shikastlanishi. Parotit infeksiyasida patologik jarayonga tuxumlar, tuxumdonlar, prostata va ko'krak bezlari qo'shilishi mumkin.

O'spirinlarda va 30 yoshgacha erkaklarda ko'proq orxit uchraydi. Kasallikning bu turi 10,9 dan 33,7% gacha bemorlarda qayd qilinadi (V.A. Pastovit, 1982).

Orxit o'tkazganidan so'ng erkaklar bepushtligining eng asosiy sabablaridan biri hisoblanadigan urug' bezi faoliyatining turg'un buzilishlari yuzaga keladi. Ularning qariyb yarmida (55,4%) spermatogenezning buzilishi, 33,4% da esa tuxumlar atrofiyasi belgilari ko'rinadi. Erkaklar bepushtligining 10–16% orxitning aniq belgisi bilan bog'liq, degan fikrlar bor (G.A. Timofeyeva va boshq. 1983).



24-rasm. Parotit infeksiyasi.
Orxit.

Orxit odatda soʻlak bezlari shikastlanganidan 1–2 hafta keyin rivojlanadi, baʼzida u parotit infeksiyasining birlamchi joylashishi hisoblanadi. Ehtimol bu hollarda soʻlak bezlarining shikastlanishi juda yengil boʻlib, oʻz vaqtida aniqlanmagan boʻlishi mumkin.

Urugʻdonning yalligʻlanishi urugʻ kanalchalarini epiteliy-siga virusning taʼsiri natijasi hisobiga boʻladi. Ogʻriq sindromi yalligʻlanish jarayoni oqibatida, retseptorlarning qitqlashishi va oqsil pardaning shishi oqibatida kelib chiqadi. Kanalchalararo bosimning oʻrtishi mikrotsirkulyatsiyani va

aʼzo vazifasining buzilishiga olib keladi.

Kasallik titroq, sovuqotish, haroratning $38-39^{\circ}\text{C}$ ga koʻtarilishi bilan boshlanadi. Birinchi kundan zaharlanish belgilari, bosh ogʻrigʻi, holsizlik, chap sohada yurganda kuchayadigan urugʻdonga yoʻnalgan ogʻriq kuzatiladi.

Ogʻriq asosan urugʻdon xaltasi va urugʻdon sohasida joylashadi. Urugʻdon kattalashib qattiqlashadi, paypaslaganda kuchli ogʻriq boʻladi. Urugʻdon xaltasining terisi giperemiyalangan, baʼzida koʻkish tus oladi.

Koʻpincha bir tomonlama jarayon kuzatiladi. Urugʻdon shishi 5–7 kun saqlanib, soʻng kichrayadi. Bu aʼzoning atrofiyasi 1–2 oyda bilinib, urugʻdon kichrayib, yumshoqlashadi. Orxitlar epidimit bilan birga oʻtishi ham mumkin.

Tireoidit parotit infeksiyasining kam uchrovchi turi hisoblana-di. Odatda qalqonsimon bez kattalashib, haroratning ko'tarilishi, taxikardiya, bo'yin sohasida og'riq seziladi.

Parotit infeksiyasida ko'z yoshi bezi ham shikastlanishi mum-kin, dakriosistid ko'zda og'riq, qovoqlar shishi bilan namoyon bo'ladi.

Asab tizimining shikastlanishi. Odatda asab tizimi patologik jarayonga so'lak bezlaridan keyin qo'shiladi, faqat kamdan kam hollarda asab tizimining shikastlanishi parotit infeksiyasining yagona turi bo'lishi mumkin. Bu hollarda ham so'lak bezlari minimal shikastlanadi va qariyb sezilmaydi. Klinik tarzda kasal-lik seroz meningit, meningoentsefalit, kam hollarda nevrit yoki poliradikulonevrit shaklida o'tadi.

Serozli meningit ko'pincha kasallikning 7–10-kunlari, pa-rotitning simptomlari kamayib, yoki yo'qolib ketgach rivojlanadi.

Parotit meningiti haroratning ko'tarilishi, bosh og'rig'i, ko'p qayt qilish bilan o'tkir boshlanadi. Bolalar uyquchan, holsiz bo'lib qoladilar. Ba'zida esa besaranjomlik, talvasa, aljirash kuza-tiladi. Birinchi kunlardanoq meningial sindrom: ensa muskullari rigidligi, Kernig, Brudzinskiyning musbat simptomlari aniqla-nadi. Klinik belgilarning ko'лами, kasallikning og'ir-yengilligiga qarab turlicha bo'ladi. Kasallikning yengil turida zaharlanish bel-gilari va meningial simptomlar yengil namoyon bo'ladi yoki umu-man aniqlanmaydi. Kasallikning bosh og'rig'i, bir marta qayt qilish, subfebril harorat ko'tarilishi namoyon bo'ladi, ammo pa-rotit meningitining bu hollarida aniqlash qiyin bo'lmaydi, chunki klinik belgilar parotitning belgilari o'tib ketganidan so'ng namo-yon bo'ladi. Oxirgi diagnoz orqa miya funksiyasi natijalariga asos-lanib qo'yiladi. Parotit meningitida orqa miya suyuqligi tiniq, tez tomchilab yoki jilg'alanib chiqadi. Yuqori limfotsitar sitoz (0,5–106 g/l dan 3–106 g/l gacha) bo'ladi. Oqsil miqdori ortgan (0,99 dan 1,98 g/l gacha), glyukoza va xloridlar me'yorida bo'ladi.

Parotit infeksiyasida meningit ba'zida entsefalit bilan qo'shilib o'tadi (meningoentsefalit). Bu hollarda serebral simptomlar

meningial belgilar bilan bir paytda yoki 2–3 kun oʻtgach yuzaga keladi. Kamdan kam hollarda entsefalit simptomlari serozli meningitning rekonvalessensiya davrida aniqlanadi. Meningoentsefalit klinikasi kuchli zaharlanish belgilari: koʻp qayt qilish, qattiq bosh ogʻrishi, hushning buzilishi, aljirash, talvasa, giperkipezlar, patologik reflekslar bilan namoyon boʻladi. Kasallik tekis kechadi. 3–5 kundan soʻng kasallik belgilari kamayib, 7–10 kundan soʻng meningit belgilari yoʻqoladi. Orqa miya suyuqligining meʼyorlashuvi 3–5 haftagacha saqlanadi.

Kamdan kam hollarda jarayon choʻzilishi mumkin. Bunday bemorlarda eslab qolishing pasayishi, tez charchash, bosh ogʻrigʻi, arefleksiyalar bilan namoyon boʻluvchi psixosensor buzilishlar boʻladi.

Nevritlar, poliradikulonevritlar parotit infeksiyasida kam uchraydi. Quloq oldi bezining keskin shishishi, yuz nervining ezilishi va uning falajlanishiga olib boradi. Bu holda shikastlangan yuz nervi tomonida mimika muskullarining funksiyasi buziladi: peshona tirishlari silliqalanadi, qatlar biroz pastga tushadi, koʻz chuqurchasi yetishmay qoladi («Quyunkoʻz»), burun-lab chizigʻi silliqalanib qoladi.

Parotit infeksiyasining rekonvalessensiya davrida Gipep–Barr tipidagi poliradikulonevritlar rivojlanishi mumkin. Klinik jihatdan ular harakat (yurish)ning buzilishi: oyoqlarda parez va paralichlar kuzatilib, ular periferik falajliklarning hamma belgilari: reflekslarning yoʻqolishi, muskullar tonusi shikastlanishlari bilan oʻtadi. Bir paytning oʻzida ogʻriq sindromi kuzatiladi. Orqa miya suyuqligida oqsil miqdori ortib, limfotsitar sitozi kuzatiladi. Koʻp bemorlarda kasallik tekis oʻtib, asoratlar qolmaydi. Parotit infeksiyasida ichki quloq nervi shikastlanib, eshitish qobiliyati yoʻqolishi mumkin.

Parotit pankreatiti odatda boshqa ichki aʼzolarni shikastlanishi bilan kechadi. Pankreatitlar koʻlami, adabiyot maʼlumotlariga koʻra 3 dan 72% gacha uchraydi. Bu «pankreatit» diagnozining turlicha talqinlanishi bilan bogʻliq. Pankreatit diagnozi faqat

qondagi amilaza fermentining oshishi bilan aniqlanadi. Parotit infeksiyasida pankreatit odatda kasallik boshlanishi 5–9-kuni rivojlanadi, boshqa aʼzolarining shikastlanishi bilan birga kechadi. Kamdan kam hollarda pankreatit — kasallikning yagona turi boʻladi.

Tipik parotit pankreatitning ogʻriq sindromi bilan oʻtkir boshlanadi. Qorindagi ogʻriq yengildan juda kuchligacha boʻlishi mumkin. Ogʻriq epigastral sohada oʻng qobirgʻa yoyi ostida koʻproq aniqlanadi, baʼzida belbogʻsimon tus olib kurak va oʻng biqinga yoʻnaladi. Koʻp hollarda ogʻriq koʻngil aynishi, qayt qilish, ichning surilishi bilan birga kechib, harorat ham koʻtarilishi mumkin, qorin paypaslab koʻrilganida ogʻriq va damlik aniqlanadi. Qonda klinik belgilarning avjida amilaza, lipaza, tripsin miqdori ancha ortadi. Bir vaqtning oʻzida siydikda diastaza faolligi ortadi. Koprologik tekshiruvda mushak tolalari, yogʻ kislotalari, kraxmal miqdorining oshishi kuzatiladi. Periferik qon manzarasi deyarli oʻzgarmaydi.

Parotit pankreatitining kechishi tekis boʻladi. Odatda 10–12 kunda klinik belgilar susayib, ogʻriq sindromi yoʻqoladi, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Oshqozon osti bezi vazifasi asta-sekin, kasallikning 3–4-haftasida tiklanadi.

Diagnostika. Soʻlak bezlari shikastlangan tipik hollarda diagnoz tipik boʻlmaydi. Parotit infeksiyasining atipik turlarida yoki turli aʼzolarining soʻlak bezlarisiz shikastlanishida diagnoz qoʻyish biroz murakkablashadi. Bu hollarda, epidemiologik anamnez, oilada va bolalar jamoalarida kasallik aniqlanganligi katta ahamiyat kasb etadi.

Qonning umumiy tahlili parotit infeksiyasida muhim oʻrin tutmaydi. Odatda qonda leykopeniya kuzatiladi. IFA usuli bilan tahlil qilinganida qonda faol oʻtuvchi infeksiyon jarayonni anglatuvchi Ig M sinfiga mansub maxsus antitelalar aniqlanadi. Parotit infeksiyasida Ig M sinfiga mansub antitelalar kasallikning hamma turlarida, shu jumladan atipik turlarida, shuningdek birlamchi orxit, meningit, pankreatitda ham aniqlanib, diagnoz ma-

salasini hal qiladi. Ig G sinfiga mansub antitelalar kechroq paydo bo'ladi va uzoq yillar saqlanadi.

Differensial diagnostika. Parotit infeksiyasida so'lak bezlarining shikastlanishini qorin tifidagi, sepsisdagi parotit va unga o'xshash kasalliklar bilan differensial diagnoz qilinadi.

Davolash. Parotit infeksiyasi bilan bemorlar odatda uy sharoitida davolanadilar. Shifoxonaga og'ir turdagi bemorlar, ayniqsa orxit, pankreatit, serozli meningit rivojlangan bemorlar yotqiziladi. Maxsus davosi yo'q. Kasallikning o'tkir davrida 5–7 kunga yotoq rejimi buyuriladi. Yotoq rejimi ayniqsa 10–12 yoshli o'g'il bolalarga zarur, chunki fizik yuklamalar orxit ko'lamini ko'paytiradi. Bemorda pankreatitning klinik simptomlari paydo bo'lganda bemorga yotoq rejimi tayinlanadi. Birinchi 1–2 kunda maksimal ochlik, keyin parhez asta-sekin kengaytiriladi, lekin yog' va uglevodlar cheklanadi. 10–12 kundan so'ng bemor №5 parhezga o'tkaziladi. Og'ir holatlarda vena ichiga tomchilab proteoliz ingibitorlari (gordoks, kontrikal, trasilol) yuboriladi. Og'riq qoldirish uchun spazmatik va analgetiklar tavsiya qilinadi. Hazm jarayonini yaxshilash maqsadida ferment preparatlari (pankreatin, panzinorm, festal) buyuriladi.

Orxit bilan og'rigan bemorlarni kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiq. Yotoq rejimi va kasallikning o'tkir davrida suppozitoriy tavsiya etiladi. Yallig'lanishga qarshi gormonal preparatlar (prednizolon) 30 dan 2–3 mg/kg sutka hisobida 3–4 mahal 3–4 kunga tavsiya etiladi. Keyinchalik dozalar tezlik bilan kamaytirilib, umumiy kurs davomiyligi 7–10 kundan ortmasligi kerak.

Spetsifik virusga qarshi preparatlar (spetsifik gammoglobulin, nukleaza) kutilgan ijobiy natijani bermaydi.

Og'riqni bartaraf etish uchun analgetiklar (ibufen – bolalar uchun, paratsetamol) va desensibilizatsiyalovchi preparatlar (suprastin, pipolfen, fenkarol) buyuriladi.

Urug'donning kuchli shishida a'zoga bosimini kamaytirish uchun xirurgik davo – oqsil moddani kesib qo'yish tavsiya

etiladi. Parotitli meningit gumon qilingan taqdirda, diagnostik maqsadda orqa miya funksiyasi o'tkaziladi. Ba'zi hollarda funksiya davolash maqsadida, miya ichi bosimini pasaytirish uchun ham qilinadi. Degidratatsiya maqsadida laziks yuboriladi. Og'ir hollarda infuzion terapiya o'tkaziladi (glyukozaning 20% eritmasi, reamberin 1,5% li eritmasi, vitaminlar, polioksidomit).

Profilaktikasi. Parotit bilan kasallangan bolalar klinik belgilar yo'qolguncha boshqa bolalardan ajratilishi kerak (9 kundan kam bo'lmagan muddatda). 10 yoshgacha, parotit infeksiyasi bilan og'rimagan va aktiv immunizatsiya qilinmagan bolalar kasallikka tez beriluvchan hisoblanadi (21 kun muddatda). Bolalar muloqot vaqti hisoblab chiqiladi va izolyatsiya muddati inkubatsion davrning 11-kunidan 21-kunigacha bo'lishi kerak. Infeksiya o'chog'ida yakuniy dezinfeksiya o'tkazilmaydi, lekin binoni shamollatish va dezinfeksion eritmalar bilan nam tozalov o'tkazilishi shart. Bemor bilan kontaktda bo'lgan bolalarni nazorat qilish kerak (ko'ruv, termometriya).

Vaksinoprofilaktika. Eng ishonchli usul bo'lib aktiv immunizatsiya hisoblanadi. Vaksina uchun tirik attenuatsiyalangan parotit vaksinasi qo'llaniladi. Vaksina shtammi yapon bedanalari-ning embrion to'qimalarida o'stirib olinadi. Har bir emlov doza tarkibida aniq belgilangan parotit virusi va oz miqdorda gentomitsin sulfat saqlaydi. O'zbekistonda parotit, qizamiq va qizilchaga qarshi kombinatsiyalangan vaksina qo'llashga ruxsat etilgan (prioriks va MMR).

Emlash 12 oylikda va 6 yoshdan revaksinatsiya o'tkazish (parotit bilan og'rimaganlarda) tartibida belgilanadi. Bundan tashqari epidemiologik ko'rsatmalarga asosan o'smirlar va kattalarda ham vaksinatsiya o'tkaziladi. Vaksina teri ostiga 0,5 ml miqdorda kurak osti yoki yelkaning tashqi yuzasiga 1 marta yuboriladi. O'tkazilgan vaksinatsiya va revaksinatsiyadan so'ng turg'un immunitet paydo bo'ladi. Vaksina uchun to'g'ridan to'g'ri qarshi ko'rsatmalar yo'q.

Test savollari

1. Parotit infeksiyasida qaysi bezlar zararlanadi?

A. Quloq oldi bezi, oshqozon osti bezi, jinsiy bezlar, til osti, jag' osti bezlari.

B. Faqat jinsiy bezlar.

C. Buyrak usti bezi.

D. Gipofiz bezi.

2. Parotit kasalligining boshlanishi:

A. O'tkir.

B. O'tkir osti.

C. Yashin tezlikda.

D. Asta-sekin.

3. Parotit infeksiyasining qo'zg'atuvchisi:

A. Bakteriya.

B. Spiroxetalar.

C. Viruslar.

D. Korinobakteriyalar.

4. Parotit infeksiyasining klinik shakllari:

A. Bezli formasi, M,N formasi, kombinirlangan.

B. Yashirin simptomsiz.

C. Bilinar-bilinmas.

D. Subklinik.

5. Parotitning pankreatit shakliga qanday klinik belgilar xos?

A. Qorinda o'rab oluvchi og'riq, intoksikatsiya belgilari.

B. Intoksikatsiya belgilari.

C. Qovoqlar tushgan, o'tkir qorin sindromi.

D. Ko'krak sohasida kuchli og'riq.

6. Parotit infeksiyasida quloq oldi bezining shishish xarakterlari:

A. Og'riqsiz yassi konsistensiyali.

B. Flyuktuatsiya, terisi qizargan, qattiq konsistensiyali.

C. Qattiq konsistensiyali terisi o'zgarmagan, og'riqli.

D. Terisi qizargan, o'ta og'riqli.

7. Bolalarda parotit infeksiyasining taqqoslama tashxisi:

- A. Bo'g'maning toksik formasi.
- B. Qizamiq.
- C. Qizilcha.
- D. Ko'kyo'tal.

8. Parotit infeksiyasida antibiotiklar qachon beriladi?

- A. Bilinar-bilinmas formasida.
- B. Yengil formasida.
- C. O'rta og'ir formasida.
- D. Bakterial flora qo'shilganda.

9. Parotitning asoratlari:

- A. Seroz meningit, bepushtlik.
- B. Miokardit, pielonefrit.
- C. Otit, sinovit, bursit.
- D. Meningit, meningoentsefalit.

10. Mursu simptomiga qaysi o'zgarishlar xos:

- A. Quloq oldi so'lak bezining chiqish joyi shilliq qavatining shishi va qizarishi.
- B. Bodomcha bezlarining shishi va qizarishi.
- C. Quloq oldi bezlarining ikkala tarafdin shishi.
- D. Limfa tugunlarining kattalashishi.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. 7 yoshli bemor. Pediatr shifokor ko'rigidan so'ng aniqlanishicha: bola tepki bilan og'rig'an, kecha 2 marta qayt qil-gan. 9 kunga izolyatsiya belgilangan.

- 1. Tashxis to'g'ri qo'yilganmi?
- 2. Qayt qilish nimaga bog'liq?

2-masala. Mahalla shifokori 5 yoshli bolani ko'rib, kasallik o'tkir boshlanganligi, haroratning balandligi, kasallikning 2-kuni quloq oldi bezi sohasida shish paylo bo'lganligini, qayt qilish, bosh og'rishini aniqladi. Kechasi bezovta bo'lgan, alahlagan. Tez yordam mashinasida yuqumli kasalliklar shifoxonasiga olib ke-lingan. Yurak tonlari bo'g'iq, RL-170 ta 1 min, o'pkada vezi-

kulyar nafas, lablari quruqshagan, tili oq karash bilan qoplan-
gan, Murson simptomi musbat. Qorni yumshoq, og'riqsiz, jigar
1,5 sm qobirg'a yoyi ostidan chiqib turibdi. Bolada ensa mushak-
lari regidligi (+), Kerniga simptomi, Brudzinskiyning simptom-
lari musbat, kremaster va qorin reflekslari (-), orqa miya suyuqligi
fontan bo'lib chiqdi, biroz loyqalangan. Likvorda Pandi reaksiyasi
(+++), oqsil 0,88%, pleotsitoz 1803, limfotsitlar 73%, neytrofillar
27%.

1. Sizning tashxisingiz?

2. Qanday laborator tekshiruvlari tashxisingizni asoslaydi?

3-masala. Bemorning quloq oldi bezi shishgan, harorat 40°C,
boshi og'riyapti, qayt qilgan, meningial simptomlar musbat.

1. Sizning tashxisingiz?

2. Bemorda kasallikning qaysi klinik formasi?

Nazorat savollari:

1. Parotit infeksiyasi qo'zg'atuvchisiga xarakteristika bering.

2. Ushbu kasallikning yuqish yo'llari.

3. Parotitning klinikasi.

4. Parotitning klinik tasnifi.

5. Kasallikning davrlari va uning davomiyligi.

6. Parotitda laborator tekshiruv usullari.

7. Parotitning oqibati va asoratlari.

8. Parotitni davolash tamoyillari.

9. Parotitning profilaktikasi.

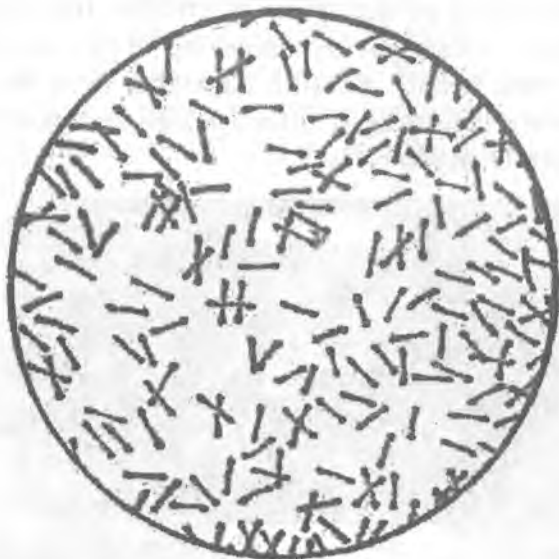
10. Epidemiyaga qarshi kurash usullari.

8-mavzu. DIFTERIYA (DIPHTERIA)

Infeksiyaning kirish darvozasi sohasida fibrinoz yallig'lanish
aniqlanadigan, yurak tomir va asab sistemasi zararlanishi bilan
kechadigan o'tkir yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Qo'zg'atuvchi difteriya tayoqchasi. Uning asosiy
xususiyati o'sish davrida o'zidan kasallik patogenezida muhim
ahamiyatga ega bo'lgan toksin ajratib chiqarishidadir.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai difteriya bilan ogʻrigan bemor yoki bakteriya tashuvchidir. Infeksiya asosan havo-tomchi yoʻli bilan oʻtadi.



25-rasm. Difteriya. Difteriya tayoqchasi.

Qoʻzgʻatuvchi birmuncha chidamliligi tufayli har xil buyumlar, shuningdek, kamdan kam hollarda oziq-ovqat mahsulotlari orqali ham oʻtishi mumkin. Bemor inkubatsiya davrining oxirgi kunlaridan boshlab yuqumli boʻlib qoladi va kasallikning boshidan oxirigacha va baʼzan undan keyin ham oʻzining shu holatini saqlaydi. Kasallik epidemiologiyasida uning noaniq turi, yaʼni kasallikning aniqlanmay qolishi ham katta ahamiyatga ega. Difteriya tashuvchanlikka infeksiya tashuvchilar kabi kasallar bilan bevosita kontaktda boʻlib turadigan sogʻlom odamlar ham sabab boʻlishi mumkin. Difteriyaga 1 yoshdan to 5—7 yoshgacha boʻlgan bolalar birmuncha beriluvchan boʻlsalarda, bu kasallik bilan yangi tugʻilgan chaqaloqlar ham ogʻrishi mumkin. Difteri-

yaga beriluvchanlik organizmda difteriya antitoksinining yetarli miqdorda bo'lmashligi bilan izohlanadi. Bu Shik reaksiyasi orqali aniqlanadi: 1/40 bo'lgan difteriya toksinidan teri ostiga 0,1 ml yuboriladi, terining 1 sm diametrda qizarishi va infiltratsiya paydo bo'lishi (musbat reaksiya) organizmning bu kasallikka beriluvchanligidan darak beradi. Kasallik o'tgandan so'ng organizmda boshqa bolalarda uchraydigan infeksiyalarga qaraganda beqaror maxsus immunitet paydo bo'ladi.

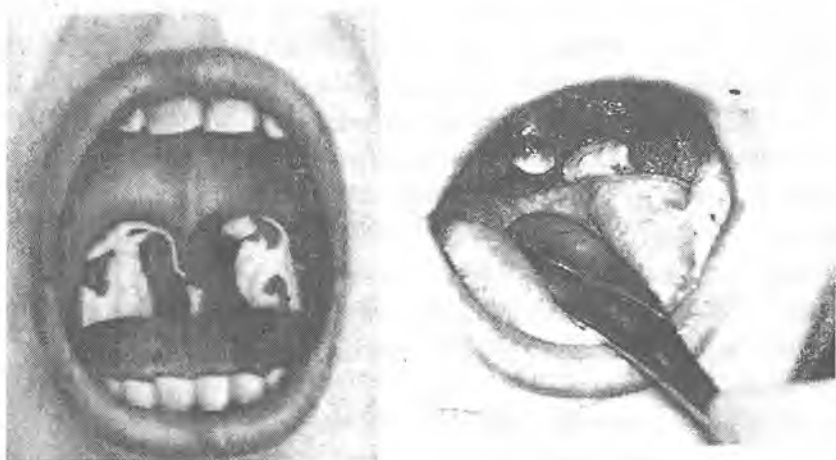


26-rasm. Difteriya. Halqum bo'g'masi, chegaralangan pardali turi.

Patogenezi. Infeksiyaga tomoq, burun, yuqori nafas yo'llarining shilliq pardalari kirish darvozalari bo'lib xizmat qiladi, ba'zan kasallik qo'zg'atuvchisi ko'z konyunktivasi, tashqi jinsiy a'zolarining shilliq pardasi va shikastlangan teri orqali organizmga tushadi. Difteriya mikrobi tushgan joyda fibrinoz yallig'lanish kuzatiladi va u yerdan organizmga qon, limfa va boshqa yo'llar orqali toksinlar tarqay boshlaydi. Fibrinoz yallig'lanish yuzaroq, krupoz yallig'lanish esa birmuncha chuqurroq joylashgan bo'ladi. Bunda difterik xarakter kasb etib, to'qimalardan ajraladigan fibrinoz parda hosil bo'ladi. Shu jarayonda qon to'lib oqishi natijasida regional limfatik tugunlar kattalashadi, hujayra elementlarida ba'zan to'satdan: teri osti kletchatkasini qoplab oladigan shish daydo bo'ladi. Organizmga yana toksinlar tushishi nerv sistemasini, yurak tomir va endokrin sistemasini zaharlab ishdan

chiqaradi, qon aylanishini buzadi, yurak mushaklari va buyrakni shikastlaydi, falajlik rivojlanadi.

Klinikasi. Inkubatsion davr 2 kundan 10 kungacha davom etadi. Patologik jarayonning qayerda rivojlanishiga qarab, kasallikning klinik turi xilma-xil bo'ladi. Difteriyaning og'iz, burun, halqum, traxeya va bronx, ko'z, tashqi jinsiy a'zolar, teri, kindik yaralari (bolalarda) paydo bo'lishi, shuningdek, og'iz va burun, halqum va hiquildoqning shikastlanishi bilan birga kechadigan xillari mavjud.



27, 28-rasmlar. Difteriya. Halqum bo'g'masining tarqalgan turi.

Halqum difteriyasi birmuncha ko'p uchraydigan turlarga kiradi va bu ham o'z navbatida lokalizatsiyalangan (orolsimon va pardasimon), shuningdek, I, II, III darajali toksik turlarga bo'linadi. Emlangan bolalarda difteriyaning ko'pincha orolsimon (yengil) turi uchraydiki, bunda bodomcha bezlarining yuzasida oq karashlar paydo bo'ladi. Difteriyaning lokalizatsiyalangan turida pardasimon oq karashlar bodomcha bezlaridan boshqa joylarda kuza-tilmaydi. Avval ular quyuq o'rgimchak to'ri ko'rinishida bo'ladi (bodomcha bezlari kattalashgan va ozgina qizargan bo'ladi), tez orada oqimtir-kulrang tus oladi, to'qimalarga yopishib ko'chirib

olinganda o'sha joy qonab turadi. Bemorlarda ozgina zaharlalish belgilari paydo bo'ladi, harorat 38° gacha ko'tariladi, ovqat yutganda tomoq biroz og'riydi. Difteriyaning tarqalgan turida intoksikatsiya belgilari yaqqol yuzaga chiqadi, harorat yuqori bo'ladi, karashlar zichroq joylashib, butun bodomcha bezlaridan tashqari, halqumning shilliq pardasini, tanglay ravoqlarini, yumshoq tanglayni, tilchani, yutqin devorlarini qoplaydi. Difteriyaning toksik turi sensibillangan organizmning giperergik reaksiyasi bilan namoyon bo'lib, keng mahalliy shikastlanishlar va umumiy ahvolining yomonlashuvi bilan kechadi. Haroratning ko'tarilishi, bosh og'rishi, et uvishishi, qayt qilish, bo'yin limfa tugunlarining kattalashishi, yaqqol bodomcha bezlarida chegaralanmagan va uncha katta bo'lmagan karashlarning paydo bo'lishi uning eng birinchi belgilari hisoblanadi. Keyinchalik karash tez tarqalib ketadi, halqum shilliq qavatida va limfatik tugunlar sohasidagi bo'yin teri osti kletchatkasida shish paydo bo'ladi. Bo'yindagi shishning katta-kichikligiga qarab difteriyaning I darajadagi toksik turi (shishning bo'yin yarmigacha tarqalishi), II darajasi (o'mrovgacha) va III darajasi (o'mrovdan pastgacha) farq qilinadi. Difteriyaning toksik turida og'izdan chuchmal-qo'lansa hid kelib turadi, nafas harakatlari qiyinlashib, shovqin chiqaradigan, xirillaydigan



29-rasm. Difteriya. Halqum bo'g'masi, eoksik turi.

bo'lib qoladi. Difteriyaning turli ko'rinishdagi subtoksik, gipertoksik (jadal), gemorragik (shikastlangan shilliq qavatlardan qon oqishi, qon quyilishi) va gangrenoz (og'iz va yutqin to'qimalarining parchalanishi bilan kechadigan) turlari mavjud bo'lib, bulardan oxirigisi kamdan kam uchraydi.

Hiqildoq difteriyasi yoki chin difteriya kru-

pi ko'pincha 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Kasallikning bu turida tovush bo'g'iq bo'lib qoladi, yo'tal zo'rayadi, nafas olish stenotik bo'ladi. Bu simptomlar ikkilamchi krupdan farq qilib, to'satdan paydo bo'lmasdan asta-sekin 1—3 kun davomida paydo bo'ladi. Stenoz nafas olish ancha shovqinli xirillash bilan kechadi, bunga sabab, havo tomoqning qisilgan teshigidan chiqib, ko'krakning oson bosiladigan sohasining nafas olish vaqtida botishidir. Difteriya krupining turli ko'rinishlaridan biriga o'zining og'ir kechishi bilan ajralib turadigan tarqoq krup ham kiradi.

Burun difteriyasi. Bu kasallikning pardali (burun shilliq qavtida, burun to'sig'ida, burun chig'anog'ida, burun bo'shlig'i devorlarida fibrinoz pardalar hosil bo'ladi) va kataral-yarali (bunda burundan oldin seroz, keyin esa seroz qonli suyuqlik ajraladi va burun teshiklari atrofidagi terini ta'sirlab, natijada teri yoriladi) turlari mavjud. Difteriyaning lokal (ko'z, teri, jarohat yuzlarida, jinsiy a'zolarida uchraydigan) turi birmuncha kamroq uchraydi.

Ko'z difteriyasi. Qovoqning shishishi, qon aralash yiring ajralishi bilan kechadi. Konyunktivada kulrang-oqimtir pardalar ko'rinib turadi.

Teri difteriyasi. Terining shikastlangan joylarida, bo'yinda, burun ostida kuzatiladi. Terida giperemiya, shish va kulrang fibrinoz pardalar paydo bo'ladi.

Jarohat difteriyasi. Jarohat yuzasi kulrang-qo'ng'ir karashlar bilan qoplanadi, seroz yiringli, ba'zan qonli ajralmalar paydo bo'ladi.

Kindik yarasi difteriyasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tipik fibrinoz yiringli karashlar va tez bitib ketmaydigan yaralar paydo bo'ladi.

Difteriyaning asoratlari. Organizmga toksinli ta'sir etishi bilan izohlanadi va ko'proq kasallikning toksinli turida uchraydi. Asoratlariga qon aylanishining buzilishi, miokardit, chegaralangan falajlar, polinevrit va nefroz kiradi. Bularning ichida birmuncha xavflirog'i kasallikning 1-haftasi oxirida va 2-haftasining boshida

rivojlanishi mumkin bo'lgan miokarditdir. Umumiy ahvolning yomonlashuvi, rang oqarishi, taxikardiya, yurak chegarasining kengayishi, yurak tonlarining bo'g'iq eshitilishi, aritmiya, sistolik shovqin, jigarning kattalashuvi, miokardit simptomlari hisoblanadi.

Falajlar. Kasallikning 1-haftasida yumshoq tanglay yoki akkomodatsiyaning falajlanishi kabi chegaralangan, shuningdek, umurtqaning sust falajlanishi turida namoyon bo'ladigan polinevrit (birmuncha kechroq, kasallikning 3-haftasida yuzaga chiqadigan) ko'rinishida bo'ladi. Uning ilk belgilari bo'lib, ayniqsa barmoqlarda ko'proq bilinadigan paylar refleksining pasayib, keyinroq esa umuman yo'qolib ketishi hisoblanadi. Ba'zan bularga nafas mushaklarining (hiqildoq, qovurg'alararo mushaklar, diafragma) falajlanishi qo'shilib kelishi mumkinki, bu hol bemorlarning hayotiga katta xavf tug'dirishi mumkin. Og'ir miokardit hollarida miya tomirlarida emboliya natijasida hosil bo'ladigan falajlanish kamroq uchraydi. Buyrak tomonidan bo'ladigan asoratlar toksik nefroz ko'rinishidagi (albumnuriya, silindruriya, ozgina gematuriya) yetishmovchilikka sabab bo'ladi. Krup hollarida eng ko'p uchraydigan asoratlarga ikkilamchi (kokkli) flora yuzaga chiqadigan pnevmoniya kiradi.

Tashxisi. Difteriyaning tashxisi klinik ko'rsatmalariga asoslanib aniqlanadi. Difteriyaga shubha qilingan har qanday bemorni aniq tashxis qo'yish uchun kasalxonaning diagnostika bo'limiga yotqizish zarur. Diagnostikada bakteriologik usul muhim yordamchi usul bo'lib hisoblanadi. Bunda kasallikning mahalliy o'chog'ida (ko'pincha og'iz shilliq qavatidan) olingan ekmani Leffler muhitiga, shuningdek, qon qo'shilgan telluritli agarga ekib tekshiriladi. Bu usulda uzul-kesil javob 24—28 soat, ba'zan bundan ko'proq muddatda olingani uchun tashxis qo'yish cho'zilib ketadi.

Manfiy natija difteriya yo'q ekanligiga dalolat bo'lavermaydi. Retrospektiv tashxis qo'yish uchun agglyutsinatsiya reaksiyasidan foydalaniladi (yangi zardobda antitelo titrining oshib bori-

shi). Difteriyaning, differensial tashxis qilishda skarlatina, turli etiologiyali angina va eng avval Simanovski-Vintsent anginasi, infeksiyon mononukleoz, epidemik parotit, soxta krup, turli etiologiyali laringitlar (ko'pincha virusli), yutqin abssessi, turli etiologiyali pardali: konyunktivalar (ko'pincha adenovirusli)ni nazarda tutish lozim.

Prognozi. Emlash ishlarini keng miqyosda olib borish kasallikning ancha kamayishiga olib keladi. Halqum difteriyasi ko'pincha kataral yoki lakunar angina ko'rinishida kechadi, asoratlari yengil o'tadi, kamdan kam hollarda o'lim bilan tugaydi.

Davosi. Difteriya, ayniqsa uning toksik turi bilan og'rikan bemorlar o'rin-ko'rpa qilib yotishlari lozim. Bu kasallikning qancha davom etishiga, uning og'ir-yengilligiga, asoratlari bor-yo'qligiga qarab belgilanadi. Difteriyani davolashda bemorga iloji boricha ertaroq antitoksik zardob yuborishning ahamiyati katta. Zardob Bezredko usulida yuboriladi. Zardobning bir martalik yuboriladigan miqdori kasallikning og'ir-yengilligiga, joylashuviga, kasallangan muddatiga qarab 5000 dan 50000 XB gacha bo'ladi. Hadqum difteriyasining lokalizatsiyalangan turida 10000 dan 20000 XB gacha, tarqoq turida 20000—30000 XB gacha, II darajali toksik turida 60000 dan 80000 XB gacha, III darajali va gemorragik difteriyada 100000 dan 120000 gacha, I darajali toksik turida 20000 dan 50000 XB gacha, krupda 40000 dan 50000 XB gacha yuboriladi. Kasallikning klinik kechishiga qarab, zardob kasallikning keyingi kunlari qayta yuborilishi mumkin. Toksik difteriyada dezintoksikatsiya maqsadida plazmaning 10—20% li eritmasini 30 ml dan 100 ml gacha, glyukoza esa 15—30 ml dan yuboriladi. Shuningdek, bir guruhli qonning (40—50 ml) gemotransfuziyasini ham ishlatish mumkin. Katta miqdorda quyidagi vitaminlar yuboriladi: askorbin kislotasi kuniga 300 dan 600 mg gacha (nikotin kislotasi kuniga 2—3 marotaba 15—30 mg dan va bundan ko'proq).

Ikkilamchi streptokokk infeksiyalari bo'lgan hollarda odatdagi miqdorda antibiotiklar (penitsillin, tetrasiklin va boshq.)

tayinlanadi. Toksik difteriyada 4—6 hafta mobaynida odatdagi miqdorda venaga yoki teri ostiga strixnin yuboriladi. Og‘ir intoksikatsiya hollarida esa antibiotiklar bilan birga steroid garmonlar (kortizon, prednizolon, prednizon) tayinlanadi. Yurak dorilari ko‘rsatmaga qarab beriladi. Krupni davolashda nafas yo‘li stenoziga qarshi kurashish asosiy o‘rinni egallaydi, bunda bemorga tinch sharoit yaratiladi. Issiq muolajalar, (issiq vanna, bug‘li ingalyatsiya), toza salqin havo, kislorod terapiyasi qo‘llanadi. Terining oqarib borishi, sianoz, besaranjomlik yoki sustlik, ko‘p terlash, nafas olinganda pulsning pasayishi intubatsiya yoki traxeotomiya uchun ko‘rsatma bo‘la oladi. Intubatsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bemor kasalxonadan tuzalishiga qarab, ikki marotaba manfiy natijali bakteriologik tekshirishdan so‘ng chiqarib yuboriladi va poliklinika kuzatuv ostida turadi. Bakteriya tashuvchanlik bilan jadal kurashish, organizm umumiy rezistentligini oshirish va og‘iz bo‘shlig‘ini tetrasiklin guruhiga oid antibiotiklar yordamida sanatsiya qilish orqali olib boriladi. Surunkali tonzillit va adenoid bilan og‘rigan bolalar ko‘plab bakteriya tashuvchilikka sabab bo‘lishlari mumkin. Bunday bolalarni jarrohlik yo‘li bilan davolash (tonzilloektomiya va adenotomiya) samarali bo‘lmoqda. Emlash ishlarini keng miqyosda va sifatli olib borish ham bakteriya tashuvchilikning epidemio-logik xavfini birmuncha kamaytiradi.

Profilaktikasi. Hamma bolalarga difteriyaga qarshi vaksina yuborish shartdir. Vaksinat-siyalash qo‘shma preparat — ko‘k-yo‘tal-difteriya-qoqshol vak-sinasi bilan olib boriladi. Birlamchi vak-sina 2 oyli bolalarga yuboriladi. Vak-sina 30 kundan oralatib uch ma-rotaba yuboriladi. Revaksinatsiya ikki marotaba vak-sinatsiya ta-momlangandan so‘ng 1,5—2 yil o‘tkazib va bola 3 yoshdaligida o‘tkaziladi. Monovak-sina (difteriya anatoksini) bilan ko‘k-yo‘tal bilan og‘rib o‘tgan bolalar va ko‘k-yo‘tal zardobi bilan emlangan bolalar emlanadilar. O‘tkazilgan vak-sinatsiyaning natijasi qan-dayligini PGAR orqali tekshiriladi.

Tashkiliy profilaktika chora-tadbirlari bu difteriyaga gumon qilingan bemorlarni darhol kasalxonaga yotqizish, doimiy va yakunlovchi dezinfeksiya qilish, bemor bilan bevosita kontaktda bo'lganlarni bakteriologik tekshirish hisoblanadi.

YUQUMLI MONONUKLEOZ

Yuqumli mononukleoz yoki Filatov kasalligi — Herpes viridae oilasiga kiruvchi Epshteyn — Barr virusi keltirib chiqaradigan kasallik bo'lib, uzoq vaqt isitmalash limfadenopatiya, gepatosplenomegaliya, qonda atipik mononuklear paydo bo'lishi bilan kechadi. Yuqumli mononukleoz atamasi amerikalik olimlar Sprant va Evans tomonidan 1920-yil isitmalash, periferik limfa tugunlari kattalashishi limfotsitoz bilan kechuvchi kasallikni o'rganish vaqtida kiritilgan. Bir yildan keyin mualliflar yuqumli mononukleoz va bezli isitma aynan bir kasallik degan xulosaga kelishgan. Virus 1964—1965-yillarda kanadalik olimlar Epshteyn va Barr tomonidan ajratib olingan va shu olimlar nomi bilan atalgan.

Etiologiyasi. Virus gerpeviruslar oilasiga mansub bo'lib, DNK tutadi, 180 nm diametrlı, sferik shaklga ega. Virus efirga ta'sirchan bo'lib, yuqumli mononukleoz bilan og'rig'an odam qonida sog'lom odam miya hujayralari muhitida yaxshi o'sadi.

Epidemiologiyasi. Yuqumli mononukleoz dunyo bo'ylab keng tarqalgan bo'lib, 80—100% aholi zararlangani aniqlangan. Rivojlanayotgan davlatlarda 3 yoshgacha, qolgan aholi esa balog'at yoshigacha virus bilan zararlanib bo'ladi. Bola organizmiga virus tushishi ko'pincha belgisiz bo'ladi yoki (atipik shakli) mononukleozsimon sindrom bilan namoyon bo'ladi. Asosiy yuqish yo'li havo-tomchi, ba'zida zararlangan so'lak orqali yuqadi, shuning uchun bu kasallik o'lik kasalligi ham deyiladi. Bundan tashqari virus qon orqali va jinsiy aloqa orqali kechadi, onadan hammaga yuqishi va tug'ma anomaliyalar keltirib chiqarishi mumkin.

Patogenezi. Kasallik patogenezi asosida immun javobgar a'zolar qatnashishi va limfotsitlar subpopulyatsiyasi miqdoriy

oshishi bilan kechuvchi limfoproliferativ jarayon yotishi isbotlangan. Virus DNK si V-limfotsitlar genomiga joylashib oladi.

Rekonvalestsent davrida hosil bo'lgan immun komplekslar organizmdan chiqib ketmaydi. Ularning katta qismi qonda qoladi va qo'zg'atuvchi persistensiyasini ta'minlaydi, sensibilizatsiya va turli a'zo to'qimalarida autoantitanachalar hosil bo'lishida olib keladi.

Bodomcha bezlarida katta karashlar hosil bo'lishi virus ta'siridan tashqari bakteriya va zamburug'li infeksiya ham ahamiyatga ega. Og'ir shakllarida limforetikulyar to'qimalardan tashqari markaziy asab tizimi, miokard, oshqozon osti bezi va boshqalari ham zararlanadi.

Klinikasi. Yuqumli mononukleoz klinikasi turli-tumanligi va o'zgaruvchanligi bilan izohlanadi. Asosiy simptomokompleks quyidagilardan iborat: isitmalash (93,9%), limfadenopatiya (97,8%), og'iz-halqum zararlanishi (99,5%), burun-halqum zararlanishi (87,9%), jigar (98,1%) va taloq (93,5%) kattalashishi, qonda mononuklearnig sifatii va miqdoriy o'zgarishi 100%. Bundan tashqari ekzantema, enantema, yuz kerkishi, tumov, diareya va boshqalar bo'lishi mumkin.

Kasallik ko'pincha o'tkir, yuqori harorat bilan boshlanadi, lekin asosiy klinikasi 1-hafta oxiriga kelib namoyon bo'ladi. Erta nomoyon bo'ladigan belgilaridan isitmalash, bo'yin limfa bezlari shishi, bodom bezlaridagi karash, burundan nafas olishning qiyinlashishi, hafta oxiriga kelib jigar va taloq shishishi, qonda atipik mononuklearlar paydo bo'lishi bilan kechadi.

Klassifikatsiyasi. Yuqumli mononukleoz tipi, og'irligi va kechishi bo'yicha bo'linadi, tipik shakllarida asosiy belgilar bilan kechadi. Atipik shakllariga bilinar-bilinmas, belgisiz va vistseral shakllar kiradi. Tipik shakli og'irligi bo'yicha yengil, o'rta og'ir va og'ir shaklga bo'linadi. Og'irlik ko'rsatkichi umumiy zaharlanish darajasi limfa bezlari o'lchamlari, og'iz, burun-halqum zararlanish darajasi, jigar va taloq o'lchamlari, atipik mononuklear soni hisoblanib kechishi bo'yicha tekis, asoratsiz, asoratli va cho'zilgan bo'ladi.

Kechishi. Yuqumli mononukleoz ko'p holda tekis, asoratsiz kechadi. Kasallik 2—4 haftada tugaydi, ba'zida qoldiq belgilar qolishi mumkin. O'RVI yoki bakterial infeksiya qo'shilishi asoratlarga olib kelishi mumkin (sinusit, otit, bronxit, zotiljam va boshqalar).

Tashxis. Tipik hollarda tashxis qo'yilishi qiyin emas. Serologik usullardan Paul-Bunnell reaksiyasi (1932-y) qo'llaniladi. Bunda bemor qonida ko'p eritrotsitlarga qarshi antitanachalar topiladi. 1932-yil Davidson bu usulni takomillashtirdi. Paul-Bunnell—Davidson reaksiyasi 85—95% musbat natija beradi. Hozirda IFA usuli qo'llaniladi. Tashxis uchun reaksiya titri 1:14.

Bundan tashqari ot eritrotsitlari agglyutinatsiya reaksiyasi qo'llaniladi. Bu usul uchun bir tomchi bemor zardobi kerak bo'ladi.

Qiyosiy tashxis. Anginali yuqumli mononukleoz tomoq difteriyasi bilan taqqoslanadi. Yuqumli mononukleozda tomoqda o'zgarish minimal bo'lib, orqa bo'yin limfa tugunlari kattalashadi. Qonda atipik mononuklearlar topiladi, yuqori harorat, burundan nafas ololmaslikka qaramay bemor ahvoli kuchli o'zgarmaydi. Harorat oshishi yuqumli mononukleozda uzoq davom etadi, difteriyada esa 3—4 kunda pasayadi. Virusli gepatitlarda yuqumli mononukleoz kabi isitmalash, qondagi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Virusli gepatitda qonda bioximik o'zgarishlar yaqqol bilinadi (bilirubin, oqsil, timol sinamasi va boshqalar).

Davosi. Yuqumli mononukleozning maxsus davosi yo'q. Simptomatik va patogenetik davo qo'llaniladi. Kasallikning hamma shaklida issiq tushiruvchi, desensibillovchi, antiseptiklar, vitaminlar tayinlanadi.

Antibiotiklar asoratlari qo'shilganda tayinlanadi. Shuni yodda tutish kerakki, ampitsillin yuqumli mononukleozda qo'llanilmaydi, chunki 70% hollarda og'ir allergik reaksiyalarga olib kelishi mumkin (toshma, Kvinke shishi, toksik allergik holatlar). Yaxshi natijalarni trixopol beradi (flagin, metronidazol).

Og'ir hollarda gormonlar tayinlanadi (prednizalon 2–2,5 mg/kg/sut 5–7 kun davomida).

Kasallik cho'zilib kechganda immunokorrektorlar (levomizol, metiluratsil) tayinlanadi. Levomizol 2,5 mg/kg/sut bir marta, 3 kun beriladi. 4-kundan keyin qaytariladi. Metiluratsil 2,5 mg/kg/sut 10 kun beriladi.

Oldini olish. Maxsus profilaktikasi yo'q. Vaksina ishlab chiqarishga harakatlar bor. O'chog'ida epidemiyaga qarshi chora o'tkazilmaydi. Bemor kasallikning o'tkir davrida alohidalanadi. Yengil shakllarida kasalxonaga yotqizish shart emas.

Test savollari

1. Halqum bo'g'masida asosiy klinik sindromlar:

- A. Intoksikatsiya, fibrinoz pardalar.
- B. Intoksikatsiya, yiringli pardalar.
- C. Krup sindromi.
- D. Diareya sindromi.
- E. Meningoensefalitik sindrom.

2. Yuqumli mononukleozning qo'zg'atuvchisini ko'rsating:

- A. Paul–Bunnell.
- B. Epshteyn–Barr.
- C. Virus Zoster.
- D. Stafilokokk.
- E. Korinobakteriya.

3. Halqum bo'g'masi asoratlari:

- A. Toksik miokardit, polinevrit, nefroz.
- B. Zotiljam, otit.
- C. Pankreatit, orxit.
- D. Talvasa sindromi.
- E. Poliartrit, ekzantema.

4. Bo'g'mani maxsus davolashda ishlatiladi:

- A. Antitoksik zardob.
- B. Anatoksin.
- C. Vaksina.

D. Immunoglobulin.

E. Bakteriofag.

5. Burun bo'g'masining turlari:

A. Kataral — yarali, plyonkali.

B. Yiringli — serozli.

C. Serozli — gemmoragik.

D. Atrofik.

E. Gipertrofik.

6. Yuqumli mononukleozda periferik qon manzarasi:

A. Giperleyoksitoz.

B. Leykopeniya.

C. Trombotsitopeniya.

D. Eozinofiliya.

E. Atipik mononuklearlarning topilishi.

7. Yuqumli mononukleozda kasallik manbai:

A. Kasal odam.

B. Virus tashuvchi.

C. Bakteriya tashuvchi.

D. Kasal odam va virus tashuvchi.

E. Hayvonlar.

8. Bo'g'ma kasalligi qo'zg'atuvchini ko'rsating:

A. Ebert tayoqchasi.

B. Borde—Jangu tayoqchasi.

C. Korinobakteriyalar.

D. Stafilokokk.

E. Epshteyn—Barr.

9. Yuqumli mononukleozda qo'zg'atuvchining asosiy xususiyatlari:

A. Limfoid retikulyar to'qimaga tropizmi.

B. MNS ga tropizmi.

C. Orqa miya gangliygacha tropizmi.

D. Persistentlik xususiyati.

E. Yurak qon-tomir tizimiga tropizmi.

10. Bo'g'maning profilaktikasi:

- A. AKDS.
- B. ADMS.
- V. KPK.
- G. OPV.
- D. BSJ.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. 8 yoshli Aziz. Klinikaga quyidagi shikoyatlar bilan keldi: harorat 2 kun davomida 38°C ga ko'tarilishi, yutinganda tomoqda og'riq. Kelganda bolaning ahvoli o'rta og'irlikda, teri qoplamlari oqish rangda, tomoqda kuchsiz qizarish, bodomcha bezlari biroz shishgan, orolchasimon karash qoplangan, bu karash qiyin kuchayib oyna orasida yozilmaydi. Bodomcha bezidan karash olinganda qon oqdi. Reginar limfa tugunlari loviya donasiday kattalashgan.

Savol: 1. Dastlabki tashxis.

2. Tekshiruv rejalarini tuzing.

2-masala. Bemor A. 4 yoshda, yuqumli kasalliklar shifoxonasiga kasallikning 4-kuni quyidagi shikoyatlar bilan yotqizildi; tana haroratining 39°C ga ko'tarilishi, burunning to'lib qolishi, yutinganda og'riq bo'lishi, behollik, injiqlik, burundan suyuq mis oqishi. Onasining so'ziga qaraganda, bemor yuqumli kasallar bilan muloqotda bo'lmagan. Obyektiv: umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, teri qoplamlari toza, bo'yin limfa tugunlari qimirlaydi og'riqsiz. Tomog'i qizargan, bodomcha bezlari g'adir-budir, pardasimon oq karash bilan qoplangan. Yurak ohanglari bo'g'iqlik, o'pkadan vezikulyar nafas eshitilmoqda. Qorin yumshoq, jigari qovurg'a yoyidan $+3,0$ sm, talog'i $+1,0$ sm, qon tahlili: leykotsitlar — 12,500, tayoqchalar — 3,0, limfatsitlar — 33, monotsitlar — 40.

3-masala. 3 yoshli bola LOR bo'limiga «lakunar angina» tashxisi bilan kasallikning 2-kuni tushgan. Bo'limda ko'rilganda tomoqda kuchsiz giperemiya, bodomcha bezlari shishgan, o'ng bodomcha bezi kulrang-oq rangli pardali karash bilan qoplangan, bodomcha bezining to'qimasi ustidan bo'rtib turibdi,

ko'chirilganda qiyinchilik bilan ko'chirilmoqda. Bo'yin oldi limfa tugunlari zich, kam og'riqli. Bola behol, bo'sh, tana harorati 37,8°C. Tashxis qo'ying. Bo'limda qanday epidemiyaga qarshi chora tadbirlar o'tkazilishi lozim?

4-masala. 6 yoshli bolada tomoq bo'g'masining, II darajali toksik turi tashxisi qo'yilgan. Bemorning umumiy ahvolini izohlab bering va davo rejasini tayinlang.

5-masala. 2 yoshli bola bo'limga «yuqumli mononukleoz» tashxisi bilan kelgan. Qabulxonada ko'ruv paytida tomoq bo'g'masining, tonzillyar turiga gumon paydo bo'ldi. Nima qilish kerak?

6-masala. 1 yosh-u 6 oylik bolaning tana harorati 37,3°C gacha ko'tarildi, quruq do'rillovchi yo'tal paydo bo'ldi. 2-kuni yo'tal ohangi pasayib, ovozi bo'g'ilib qoldi, tana harorati N, kasallikni 3-kuni bemorga havo yetishmasdan bo'g'ilishi kuza-tildi, tez tibbiy yordam shifokori laringotraxeit bilan asoratlangan gripp tashxisi qo'yib, bemorni O'RVI bo'limiga yotqizdi.

Sizning tashxisingiz?

Muloqotda bo'lganlar orasida qanday epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar o'tkazish kerak?

7-masala. 1 yoshi-u 3 oylik bolaga hiqildoq bo'g'masi, II darajali stenoz tashxisi qo'yildi. Bemorning umumiy ahvolini izohlab bering. Davolash rejasini tuzing.

Nazorat savollari:

1. Bo'g'ma qo'zg'atuvchisining asosiy xususiyatini ayting.
2. Bo'g'ma qo'zg'atuvchisiga xarakteristika bering.
3. Ushbu kasallikning yuqish yo'llari.
4. Bo'g'maning klinikasi.
5. Bo'g'maning klinik tasnifi.
6. Kasallikning davrlari va uning davomiyligi.
7. Bo'g'mada laborator tekshiruv usullari.
8. Bo'g'maning oqibati va asoratlari.
9. Bo'g'mada antitoksik zardob yuborish usullari va davolash tamoyillari.

9-mavzu. KO'KYO'TAL

Ko'ko'tal bu nafas yo'llari katari, xurujli yo'tal va umumiy intoksikatsiya belgilari bilan siklik kechuvchi o'tkir yuqumli kasallikdir.

Tarixiy ma'lumotlar. Tarixda birinchi ma'lumotlarni 1578-yili fransuz olimi Baylou Parijda bo'lib o'tgan epidemiyada kuzatib «g'aroyib yo'tal» («причудливый кашель») nomini bergan. 100 yildan so'ng, ya'ni 1679-yili Sedenam Angliyadagi ko'kyo'tal epidemiyasini kuzatib kasallikning klinik belgilarini chuqurroq yoritgan.

XVIII asr oxiri va XX asr boshlarida ko'kyo'tal butun dunyoga tarqalgan va bir yoshgacha bo'lgan bolalarda o'lim ko'p kuzatilgan.

1906-yillarda fransuz olimlari Bordet, Gengou ko'kyo'tal qo'zg'atuvchisini topganlar (*Bact. haemophilus pertussis*). Shundan so'ng kasallik patogenezini chuqurroq o'rganildi hamda spetsifik profilaktikasi uchun imkon tug'ildi.

VOZ ma'lumotiga ko'ra, dunyo bo'yicha 350000 bola ko'kyo'tal bilan kasallanadi va ulardan 4–15% nobud bo'ladi.

Etiologiyasi. Kasallik qo'zg'atuvchisi Borde–Jangu tayoqchasi bo'lib *Bact. haemophilus pertussis* hisoblanadi. U *Brucellaceae* oilasi, *Bordetella* turiga kirib *Vord. pertussis*; *Bord. parapertussis*, *Bord. bronchiseptica* larni o'z ichiga oladi.

Vord. pertussis mayda, kalta tayoqcha bo'lib, chetlari to'mtoq, (ovoid) uzunligi 0,5–2 mkm, eni 0,2–0,5 mkm. Tayoqcha harakatsiz, spora hosil qilmaydi, grammanfiy. Metilen ko'ki, karbolfuksinda yaxshi bo'yaladi. Romanovskiy–Gimza bo'yicha bo'yalganda kapsulasi yaxshi ko'rinadi. Surtmada alohida-alohida yoki juft hamda zanjirga o'xshab joylanadi.

Tashqi muhitga chidamsiz. 56°C haroratda 10–15 daqiqada, to'g'ridan to'g'ri quyosh nurida esa 1 soatda o'ladi. Dezinfeksiyalovchi eritmalarda bir necha daqiqada o'ladi.

Ko'kyo'tal tayoqchasi kartoshka-glitterinli agarga 20% qon aralashtirilgan ozuqa muhitida yaxshi o'sadi (Borde–Jangu

muhiiti). Optimal harorat 35–36°C. Qonli agarda qo'zg'atuvchi tiniq yarimshar shaklida bo'lib xuddi simob tomchisiga o'xshaydi, uning atrofida gemoliz zonasi bo'ladi.

Tayoqcha murakkab antigen tuzilishiga ega. Hozirda 12 xil antigen aniqlanib ulardan 3 tasi (agglyutinogen, toksin, gemaglyutinin) ko'proq o'rganilgan.

I. Agglyutinogen (allergen) — mikrobnining yuzasida joylashgan oqsillardan iborat bo'lib, to'liq antigenlik xususiyatiga ega. Zararlangan organizmda u agglyutininlar ishlab chiqarishda ishtirok etadi va serologik reaksiyalar-agglyutinatsiya, pretsipitatsiya, komplementni bog'lash reaksiyalari musbat natija beradi. Bular-dan tashqari agglyutinogen allergik xususiyatiga ham ega. Teri osti sinamasi.

II. Toksin — qo'zg'atuvchi o'lganidan so'ng ajraladi, ya'ni endotoksin. Toksinning 0,025 ml miqdori sichqonni o'ldiradi. Toksin termolabil (56°C gacha chidaydi) va termostabil (100°C da 5 daqiqada parchalanadi). Ko'proq termolabil toksin ahamiyatli. Termolabil toksin odam yoki hayvon teri ostiga yuborilsa nekroz chaqiradi. Lekin toksinning antigenlik xususiyati sust. Ya'ni kasallanganlar va rekonvalescentlar qonida antitoksin topilmaydi. Toksinni patogenezdagi roli aniq emas. Taxmin qilinadiki, toksin mikrobnining to'qimaga kirishiga yo'l ochadi, allergik o'zgarishlarga olib keladi, kapilyarlarga, nerv sistemasiga ta'sir ko'rsatadi.

III. Gemagglyutinin eritrotsitlarni agglyutinatsiyaga uchratadi. U chidamsiz 60° da tez parchalanadi. Infeksion jarayonda uning roli yaxshi o'rganilmagan (muammo).

Agglyutinogen, toksin, gemagglyutininlar ma'lum miqdorda antitelolar ishlab chiqarsa ham immunitetda roli juda sust.

IV. Boshqa antigenlardan «himoya antigeni» va gistaminsensibillovchi faktorni immunitetda ahamiyati katta. «Himoya antigeni» organizmda qo'zg'atuvchini virulentli shtammiga qarshi antitelo ishlab chiqarishda ishtirok etadi. «Himoya antigeni» bu qo'zg'atuvchining metabolitik mahsuloti bo'lib, qo'zg'atuvchi

o'lganda ajraladi. Bu antigen kelajakda vaksina ishlab chiqarishni takomillashtirishga yordam beradi (muammo).

V. Gistaminsensibillovchi faktor eksperimentda hayvonlarda gistaminga sezuvchanlikni oshiradi.

Yangi ajratib olingan qo'zg'atuvchi yuqori virulentlik, patogenlik va immunogenlik xususiyatiga ega. Qayta-qayta ekilsa yuqoridagi xususiyati yo'qolib, saprofit holga o'tadi.

Epidemiologiya. Kasallik manbai bemor odam. Kasallikning 1-kunidan 3—4 haftagacha atrofga xavfli hisoblanadi. Kataral va spazmatik yo'talning boshlang'ich davrida zararliligi yuqori darajada bo'ladi. Bu davrda bakteriologik tekshiruvda 90—100% hollarda musbat beradi. So'ng bemorni atrofga qo'zg'atuvchini tarqatishi kamayadi. Spazmatik yo'tal davrining 2-haftasida 60—70%; 3-haftasida 30—35%; 4-haftasida 10% hollarda bakteriologik tekshiruv musbat natija beradi. Antibiotik olganlarda kasallikning 25-kunida 6% bemorda tekshiruv musbat natija beradi. Kasallik qancha og'ir kechsa, qo'zg'atuvchini atrofga tarqatish shuncha uzoqroq va intensiv bo'ladi. Yengil, atipik shakllarini ahamiyati katta, sababi ular izolyatsiya qilinmaydilar.

Klinik belgilarisiz (subklinik) shakllarining epidemiologik ahamiyati katta emas. Sababi ularda yo'tal yo'q.

O'tish mexanizmi (havo-tomchi). Atrofga qo'zg'atuvchi yo'tal va aksa urganda chiqariladi. Qo'zg'atuvchi tashqi muhitga chidamsiz va qizamiqqa o'xshab uzoq masofaga uchib bora olmaydi. Shu sababli yuqish uchun yaqin masofa va uzoq vaqt muloqotda bo'lish zarur. Kontagiozlik indeksi 0,70—0,75, ya'ni moyillik yuqori. Hamma yoshdagilar moyil. Hatto 1 kunlik chaqaloq ham. Lekin 1—5 yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi. Kasallanganlarning 10% ni 1 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil qiladi. 80—85% ni 1—5 yoshdagi bolalar tashkil qiladi. Kasallikdan so'ng turg'un immunitet paydo bo'ladi. Qayta kasallanish 1% gacha.

Ko'kyo'talga mavsumiylik xos emas. Ayrim olimlarni kuzatishicha (S.V.Guslits) bahor-yoz oylari bo'lsa, boshqalarda

(M.A. Adanaylo) kuz-qish oylari. Bizning regionda bahor-yoz oylari. Bu ko'kyo'tal epidemiyasidan so'ng moyil organizmlarning ko'payib borishiga va iqlimiy sharoitga bog'liq.

Patologik anatomiyasi. M.A. Skvorsov, N.N. Kolesnikov, A.I. Strukov, I.K. Musaboyevlar ko'kyo'talda organ va to'qimalarda o'ziga xos (spetsifik) morfologik o'zgarishlar kuzatilmaydi deb hisoblashadi. Chunki, ko'kyo'tal intoksikatsiyasi o'limga olib kelmaydi, uning asorati o'limga olib keladi (asosan 2 yoshgacha), ya'ni pnevmoniya, atelektazlar, emfizemalar, 1 oygacha bo'lgan bolalarda laringospazmdan so'nggi asfiksiya; markaziy asab tizimidagi asoratlari — miyaga qon quyilishi, ensefalitlar. Pnevmoniyadan o'lim 96,8%, markaziy asab tizimi asoratidan o'lim 2,6%, asfiksiyadan o'lim 0,6% ni tashkil etadi. I.K. Musaboyev kuzatuv natijalari bo'yicha yuqorida ko'rsatilgan asoratlarning hammasi kasallik avjiga chiqqan davrda kuzatiladi. Kataral davrda laringoskopiyada hiqildoq va traxeya shilliq pardalarida kataral o'zgarishlar kuzatiladi. Spazmatik davrda ham hiqildoq, traxeya va bronxlarda banal kataral o'zgarishlar kuzatiladi. O'ta og'ir kechgan hollardagina epiteliy nekrozi kuzatiladi.

Mayda bronxiolalar shilliq pardalari nursimon ko'rinishni (фестончатный) oladi. Bu bronxiola mushaklarining spastik holatidir. O'pkada limfa va qon aylanishi kuchli buziladi (limfostaz). Kasallikning avjiga chiqqan davrida bo'lgan bolalarda o'tkir o'pka emfizemasi kuzatiladi. Taranglashib turgan alveola yorilsa interstitsial emfizema rivojlanadi. Bunda havo to'sh orqasi, bo'yinning teri osti kletchatkasiga yig'iladi. O'pka to'qimasi argirofil tolasining shishi kuzatiladi. Bu holat gipoksiya, gipoksemiya hisobiga kelib chiqadi.

Yurak qon-tomir sistemasida esa kichik qon aylanish doirasida tiqilish (застой), o'ng qorincha kengayishi, devorlarining gipertrofiyasi kuzatiladi. Juda kam hollarda ichki a'zolarda qon quyilishlar bo'ladi. Qon aylanishning buzilishi hisobiga miya kapillyarlari kengaygan, miya shishgan bo'ladi.

Gipoksemiya, gipoksiya va ko'kyo'tal qo'zg'atuvchisining zahari neyrotrop ta'siri hisobiga nerv hujayralari zararlanib entsefalopatiya, entsefalitlar va o'choqli simptomatikani (karlik, ko'rlik, soqovlik) berishi mumkin.

Bemor yuzi shishgan, kerkgan, ko'kimtir. Konyuktiva va ko'z sklelarisida, og'iz-burin shilliq pardalarida qon quyilishlar kuzaatiladi. 1/3 bemorlar tili ostida yara paydo bo'ladi. Bu pastki tishga ishqalanish hisobiga patogenezi ko'kyo'talda infeksiyani kirish darvozasi bo'lib yuqori nafas yo'llari hisoblanadi. Ko'kyo'talda kasallikning bakteremiya va boshqa ichki a'zolarga tarqalishi kuzatilmaydi. I.K. Musaboyev kuzatuv bo'yicha patogenezi fazalarga bo'lib o'rganiladi.

I. Nafas yo'liga qo'zg'atuvchining kirishi va adaptatsiyasi.

II. Markaziy asab tizimida patologik o'choqning paydo bo'lishi.

III. Organ va sistemalarda, ayniqsa, nafas va nerv sistemasida ikkilamchi o'zgarishlar.

IV. Immunitetning paydo bo'lishi, zararlangan a'zolarning tiklanishi, infeksiyon jarayonning tugashi.

I. Qo'zg'atuvchining nafas yo'liga kirishi va moslashuvi.

Yuqori nafas yo'li shilliq pardalariga o'rnashib moslashadi va ko'payadi. So'ng bronxial yo'l bilan alveolagacha boradi. Qo'zg'atuvchi ko'payganda va parchalanganda agressiv faktor (toksin, fermentlar va h.k) ajratadi. Bu nafas yo'li shishi pardalariga joyida ta'sir ko'rsatadi. Masalan, toksinning termolabil fraksiyasi shilliq pardalarda mahalliy yallig'lanish chaqirib qo'zg'atuvchini chuqurroq kirishiga imkon yaratadi. Qo'zg'atuvchining nafas yo'llarida kuchayishi 2–3 hafta davom etadi. Ko'kyo'tal tayoqchasi zahari qonga so'rilib organizmga umumiy ta'sir ko'rsatadi (Asosan nerv tizimiga). Yallig'lanish jarayoni kuchayib allergik o'zgarishlar, qon va limfa tomirlari o'tkazuvchanligining buzilishi, limfa va qon aylanishining buzilishi va buning natijasida shishlarga sabab bo'ladi. Qonga so'rilgan toksin nerv sistemasiga, generallashgan tomir spazmiga (arterial gipertoniya) mayda bronxlar, ovoz tirqishi spazmiga, skelet mushaklarining klonik-tonik tirishishiga olib keladi.

II. Markaziy asab tizimida patologik (застойный очаг) o'choqning paydo bo'lishi.

Bu davrda yo'tal spazmatik tirishishli (спазматический судорожный) xususiyatga ega bo'ladi. Bu kuchli yo'tal yuqori nafas yo'lidagi kataral yallig'lanishlarga mos kelmaydi.

Buning sababi N.F. Filatov fikri bo'yicha nerv sistemasining zararlanishidir. Avval tushunilardiki xuruj (pristup)li yo'talga sabab joyli mexanik qitiqlanish deb, ya'ni hiqildoq epiteliysida yuzaki nekroz, yoki bronxlarga yopishqoq, cho'ziluvchan balg'amlar yoki ajralib chiqqan epiteliyalarning tiqilishi tushunilgan. Lekin A.I. Dobroxotova kuzatib borib N.F. Filatovning fikrini tasdiqladi, ya'ni ko'kyo'talda markaziy asab tizimi zararlanar ekan. Jonsonning aytishicha, yo'tal bu «o'pkani qo'riqllovchi it». Yo'tal bu reflektor akt hisoblanib nafas yo'lidagi qitiqlagichlarning chiqarilishiga yordam beradi. Yo'tal bu avval shilliq qavatda joylashgan adashgan nerv tarmoqlarini qitiqlanishi, bu qitiqlanish yo'tal va nafas markazlariga o'tishi (uzunchoq miyada joylashgan), undan markazdan qochuvchi signallar nafas olish mushaklariga borishi natijasida bronxial va nafas chiqaruv mushaklarining taranglashuvi, ovoz tirqishining bekilishiga olib keladi va ko'krak qafasi ichida bosim oshadi. So'ng ovoz tirqishi ochilib havo kuch bilan shovqinli chiqadi, qitiqlagichlarni olib chiqib ketadi. Ko'kyo'talda qitiqlagich bo'lib Borde—Jangu tayoqchasi va uning toksini hisoblanadi. Bu qitiqlagichlar nafas yo'li shilliq pardalari nerv retseptorlarini doimiy qitiqlab turadi. Buning natijasida markaziy asab tizimida (nafas va yo'tal markazida) mustahkam patologik qo'zg'aluvchan o'choq (застойный очаг возбуждения) paydo qiladi. Bu A.A. Uxtomskiy fikri bo'yicha dominant o'chog'i hisoblanadi. Dominant o'chog'i nerv sistemasining boshqa sohasidagi qo'zg'aluvchanlikni ham qamrab oladi. Shu sababli ko'kyo'tal nafaqat nafas yo'li qitiqlagichlari, balki boshqa qitiqlagichlar hisobiga kuzatiladi. Masalan, tomoq ko'rilayotganda, inyeksiyada, oq xalatni ko'rganda, shpatelni ko'rganda. Ko'kyo'tal infeksiyasi tugagandan so'ng

ham xurujli yo'tallar davom etishi mumkin. Kuchliroq qitqlagichlar paydo bo'lganda dominant o'chog'i tormozlanadi. Bu bolani chalg'itganda, joyini o'zgartirganda, o'ynatganda va hokazoda yo'tal kuzatilmasligida ko'riladi.

I.A. Arshavskiy va V. D. Sobolyevalar fikri bo'yicha spazmatik yo'tal davrida nafas olishning yuqori cho'qqisida nafas 3—45 daqiqa to'xtaydi (inspirator apnoe). Hamma nafas mushaklari tonik tirishish (sudorga) holida bo'ladi. Hatto diafragma ham nafasda ishtirok etmaydi. Shu mahalda qobirg'a oralig'i mushaklari hisobiga kuchsiz nafas chiqarish (толчки) kuzatiladi. Bu yo'tal bilan nafas chiqarish, toki bola olgan nafasi hammasi chiqmaguncha davom etadi. So'ng kuchli shovqinli nafas oladi (реприз).

Inspirator tirishish (судорга) asosida Traube fenomeni yotadi. Ya'ni adashgan nervning markaziy qismini faradik tok bilan qitqlansa nafas inspiratsiya fazasida to'xtaydi. Ko'kyo'talda yosh bolalarda ekspiratsiya yoki inspiratsiyada nafas to'xtashi mumkin. Shunday qilib, spazmatik yo'talning kelib chiqishiga nafas yo'li shilliq pardalari zararlanishi, markaziy asab tizimining reflektor qitqlanishi va bulbar qismda patologik qo'zg'aluvchanlik o'chog'ining paydo bo'lishi hamda qo'zg'atuvchi zaharining nerv sistemasiga to'g'ridan to'g'ri ta'sir etishi sabab bo'ladi.

III. Organ va sistemalarda ikkilamchi o'zgarishlar.

Nafas ritmining buzilishi (inspirator apnoe) o'pka ichki bosimining oshishiga sabab bo'ladi. Bu esa o'tkir alveolyar emfizema va alveolyar yorilishga olib keladi. Gipoksiya a gipoksemiya rivojlanadi. Bu asosan spazmatik davrning 2—3-haftalarida kuzatiladi. Bronxlardagi yallig'lanish, bronxlarda sekretlarning tiqilishi, gipoksiya, emfizema, allergik holatlar ikkilamchi bakterial infeksiyaning qo'shilishiga sabab bo'ladi va (pnevmokokk, stafilokokk, streptokokk va h.k) natijada yiringli asoratlar beradi. MNS zararlanishi zaharning to'g'ridan to'g'ri ta'siri va kichik qon aylanish doirasida gemodinamikaning buzilishi hisobiga bo'ladi, natijada miya shishadi, qon quyuqlashadi. Davomli kislorod yetishmovchiligi atsidozga olib keladi va hamma modda almashi-

nuvi buziladi. Borde—Jangu tayoqchasi faqat nafas yo'llaridagina ko'payadi va rivojlanadi. Ularni yo'qotish uchun ko'plab mononuklear elementlar kerak va ular o'pkada ko'plab to'planadilar. O'pkada qon-tomir va limfa tomirlari ko'pligidan ular to'g'ridan to'g'ri qonga o'tib ketadi.

IV. Qonda immunoglobulinlarning paydo bo'lishi.

Immunitet paydo bo'lishi infeksiyon jarayon to'xtayotganligidan dalolat beradi. Zararlangan a'zolar tiklanadi. Tuzalish asta-sekinlik bilan boradi. Ayniqsa markaziy asab tizimidagi patologik o'choqning yo'qolishi.

Klinikasi. 4 ta davrga bo'lib o'rganiladi:

1. Yashirin davri 2—3 kundan 14—15 kungacha, o'rtacha 5—8 kun.
2. Boshlang'ich, ya'ni kataral davri 1,5—2 haftagacha.
3. Spazmatik yo'tal davri 3—4 hafta.
4. Tuzalish davri 2—4 hafta.

Kasallik yuqqandan to tuzalgungacha o'rtacha 10—12 hafta ketadi. Kasallikning yashirin davri organizmning reaktivligi (ko'kyo'talga qarshi immunitet bor-yo'qligi va qo'zg'atuvchining dozasi, virulentligiga) bog'liq.

Kasallik asta-sekin boshlanadi. Sog'lom yurgan bolada biroz yo'tal, gohida tumov, tana harorati subfebril yoki me'yorida, ya'ni doimiy emas. Kam hollarda 39°C va undan yuqori bo'ladi.

Yo'tal quruq bo'ladi. Bolaning umumiy ahvoli kam o'zgaradi yoki o'zgarmaydi. Ishtahasi yaxshi. Bu davrda periferik qonda biroz leykotsitoz formulasi o'zgarishsiz. EChT me'yorda bo'ladi. Agar bola bemor bilan muloqotda bo'lganligi aniq bo'lmasa odatda uchastka shifokori «yuqori nafas yo'li katari» tashxisi bilan davolaydi. Lekin borgan sari yo'tal kuchaya boradi, asosan kech-qurunlari, bola qaysar, ta'sirlanuvchan bo'lib qoladi. Ishtahasi bo'g'iladi, uyquzi buziladi. Terisi oqaradi, qovog'i biroz shishadi, o'pkada tarqoq quruq xirillash, perkussiyada timpanit. Davo natija bermaydi. Yo'tal kuchayib borib 2-haftaning oxiri, 3-haftada yo'tal xurujli tus oladi.

Spazmatik, ya'ni konvulsiv yo'tal davrining asosiy simptomlari bu xurujli (pristupli) yo'tal. Ketma-ket dam olmasdan yo'talish so'ng hushtakli nafas olish, ya'ni repriz. Yo'tal birdaniga boshlanishi mumkin. Kattaroq bolalarda qisqa mudatli aura (predvestnik), ya'ni tomoq qirilishi, ko'krak qisilishi, bezovtalik kuzatiladi. Shu sababdan bola qo'rqib o'yinchoqlarini tashlab kattalar oldiga yugurib boradi. So'ng bola dam olmay uzluksiz bir necha bor yo'taladi, so'ng nafas birozga to'xtaydi. Bundan so'ng chuqur hushtakli nafas oladi, repriz. Nafas olish cho'qqisida nafas mushaklarining inspirator taranglashuvi kuzatiladi va shuning asosida qisqa, bir necha bor nafas chiqaruvchi yo'tal kuzatiladi. Bola qamab olgan nafasini chiqarmaguncha yo'tal to'xtab, pauza kuzatiladi, ya'ni qaytariladi. Xuruj 1—3—5 daqiqa davom etishi mumkin.



31-rasm. Ko'kyo'tal. K o'z sklerasiga qon quyilishi.



32-rasm. Ko'kyo'tal. Til o'zagidagi yara.

Xuruj maholidagi bolaning ko'rinishi: yuzi shishgan, qizargan ayrim hollarda ko'kimtir. Bo'yin va bosh venalari bo'rtgan, ko'zlari qizargan. Tili iloji boricha oldiga chiqarilgan, uchi yuqoriga tortilgan, ko'zi katta ochilgan, qorachig'i kengaygan. Ko'zi yoshlangan, burnudan shilliq, gohida qon chiqadi. Bola qo'zg'aluvchan,

qulay joy qidiradi, ushlaydi. Og'ir hollarda mimik va qo'l-oyoq mushaklari tortishgan. Ichi o'tib ketadi, siyib yuboradi. Qusish bo'ladi. Xurujdan biroz holsizlanib turib yana hech narsa bo'lmagandek o'ynab ketadi.

Spazmatik yo'tal davri-ning 2–3-haftasigacha yo'tal kuchayib, ko'proq va uzoqroq bo'ladi. Yengil kechganda xuruj 5–12 marotaba, og'ir hollarda 50–60 marotabagacha kuzati-

ladi. Spazmatik davrida xurujsiz vaqtida ham bolaning ko'rinishi xosdir. Yuzi shishgan, ko'kimtir-oq, og'iz atrofida sianoz, qovoq shishgan. Sklerada qon quyilishlar, yuz, bo'yinda mayda gemorragiyalar, yutqun halqasi shishgan, giperemiyalangan. Ayrim bolalarda til ostida sarg'imtir-oqish yara bo'ladi (patognomonik belgi). O'pkada quruq xirillash, periferiyada timpanit. Bu davrda tana harorati normal yoki subfebril, bola qaysar qo'zg'aluvchan bo'lib qoladi. Periferik qonda leykotsitoz va giperleykotsitoz (15000–40000) limfotsitoz 70–85%, EChT — me'yorida. Spazmatik yo'tal davrining 3–4 haftasidan boshlab yo'tal kamayadi, qisqaroq bo'lib boradi. Qusish kuzatilmaydi, repriz asta yo'qolib boradi, yo'tal oddiy bo'lib boradi. Tashqi qitiqlagichlar spazmatik yo'talga sabab bo'lishi mumkin (tomoqni ko'rish, yechintirish, kiyintirish, ovqatlashtirish va h.k.). Ko'p klinitsistlar spazmatik yo'tal asosan kechqurun kuchayishini kuzatadilar. Balki bu bola yotgan xonaning aeratsiyasi buzilishi hisobigadir. Lekin N.F. Filatovning aytishicha kasallik kechqurun ko'proq bezovta qilgani uchun shunday tuyuladi.

Tuzalish davrida bola faol, tinchlangan bo'ladi. Uyquasi va ishtahasi yaxshilanadi. Periferik qondagi o'zgarishlar tiklanadi. Qo'shimcha infeksiyalar (masalan, yuqori nafas yo'llari virusli

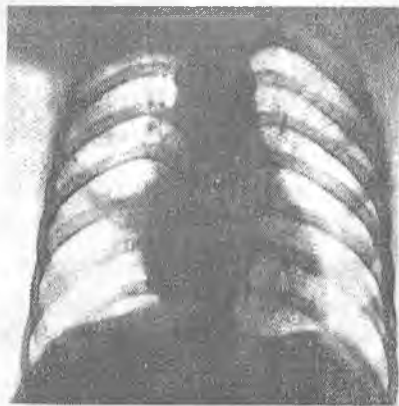


30-rasm. Ko'kyo'tal. Spazmatik yo'tal xuruji.

kasalliklari, pnevmoniya) yoki salbiy emotsiyalar yana spazmatik yoʻtalga sabab boʻlishi mumkin. Lekin bu retsidiv emas, balki dominant oʻchoqli nospetsifik qitiqlanishdir.

Koʻk yoʻtalda koʻproq nafas organlari, qon aylanish va nerv sistemasi zararlanadi. Pnevmonoklyush termini ham kiritilgan.

Koʻk yoʻtal tayoqchasi va uning zaharidan nafas sistemasining bronxo-alveolyar, interstitsial toʻqimasi, qon va limfa aylanishi va nerv apparati buziladi.



33-rasm. Koʻk yoʻtal. Koʻkrak qafasi rentgenogrammasi.

Fizikal tekshiruvda tarqoq quruq xirillash keyinchalik nam xirillash eshitiladi. Kataral davr oxiri va spazmatik yoʻtal boshidanoq oʻpka emfizemasi belgilari namoyon boʻladi. Perkussiyada oʻpkada timpanit avjiga chiqqanda qutichali tovush eshitiladi. Bir vaqtning oʻzida kuraklar oʻrtasida perkutor tovush qisqaradi (укороченный перкуторный звук) limfa bezlarining shishi hisobiga. Bolalarda hansirash, sianoz, nafas ritmini oʻzgarishi hatto nafas toʻxtashi va asfiksiya kuzatiladi.

Rentgenologik tekshirilganda oʻpkaning yorugʻligi kuchaygan (повышенные прозрачности легочных полей).

Diafragma qalinlashgan (эмфизема). Oʻpka suratining kuchayishi (усиления легочного рисунка), chiziqli dogʻlar

(линейные тени) «bazal uchburchagini» hosil qiladi. Bu uchbur-chak asosi diafragmada uchi esa gilyusda. O'pkadagi o'zgarishlar ko'kyo'talda uzoq davom etadi.

Ko'kyo'talda doimo yurak qon-tomir sistemasi zararlanishi kuzatiladi. Yurakga qaraganda ko'proq qon-tomir zararlanadi. Puls tezlashadi. Xuruj davrida AKB va VKB oshadi. Gemorragik sindrom 9–10% bemorlarda uchraydi. Kapillyarlarning rezis-tentligi kamayib konyuktiva va skleraga teri va shilliq pardalarga qon quyiladi. Og'ir kechganda, asorat berganda (пневмония) yurak kengayishi (ko'proq o'ng) kuzatiladi. O'ta xavfli hisobla-nadi.

Markaziy asab tizimiga qon quyilishi – entsefalit, entsefa-lopatiyalarni keltirib chiqaradi. Kichik qon aylanish doirasi buzi-lishi katta qon aylanish doirasining buzilishiga olib keladi.

Ko'kyo'tal tayoqchasining zahari neyrotrop ta'sirga ega, shu sababli asab sistemasi doimo zararlanadi. Toksindan tashqari gi-poksiya, gipoksemiyalar ham nerv sistemasi zararlanishiga olib keladi. Kasallikning kataral davri oxiridayoq bola darmonsiz (вялый), qo'zg'aluvchan, ta'sirchan bo'lib qoladi, uyqusi buziladi. Spazmatik yo'tal davrida bular kuchayadi og'ir hollarda mimik skelet mushaklari tortilishi, titrashi, pay reflekslarining kuchayi-shi kuzatiladi. Miya nervlarining (ChMN) qisqa muddatli parezi ixtiyorsiz siydik ajratish va defakatsiyaga olib keladi.

Odatda hazm qilish sistemasida ishtaha bo'g'ilishi va qusish-dan boshqa o'zgarishlar kuzatilmaydi. Og'ir kechgan hollarda ge-modinamikaning buzilishi hisobiga hamda asorat bergan hollarda jigar kattalashishi mumkin. Siydik chiqaruv sistemasida deyarli o'zgarishlar kuzatilmaydi.

Tana harorati me'yorda bo'ladi, og'ir kechgan hollarda va asorat berganda 38–39°C gacha ko'tariladi.

Gemogrammadagi o'zgarishlar: leykotsitoz va limfotsitoz, gi-poxrom anemiya. EChT me'yorda yoki biroz pasaygan.

Klinik tasnifi:

I. Tipik shakllari:

1. Yengil
2. O'rta og'ir
3. Og'ir

II. Atipik shakllari:

1. O'ta yengil (стрептая)
2. Subklinik
3. Ko'kyo'tal chaqaloqlarda

III. Ko'kyo'talga emlanganlarda:

• *Yengil shaklida* tana harorati me'yorda, intoksikatsiya yo'q, uyqusi tinch, ishtahasi yaxshi. Xuruji xos lekin qisqa va kam, qusishsiz. Xurujlar sutkasiga 10–15 tadan oshmaydi. Kislorod yetishmovchiligi kuzatilmaydi.

• *O'ta og'ir shakli.* Intoksikatsiya yaqqol, bola darmonsiz, ta'sirlanuvchan, qaysar, ishtaha kamaygan, uyqusi buzilgan, harorat me'yorda yoki subfebril. Yuzi oqish, shishgan, xuruj vaqtida yuzi ko'kargan, gohida akrotsianoz. Xuruj tez-tez, uzoqroq, qusish bilan tugaydi. 20–30 ta xuruj sutkasiga. O'pka perkussiyasida timpanit, auskultatsiyada ko'p quruq va nam xirillashlar.

• *Og'ir shakli.* Intoksikatsiya juda kuchli. Bola lanj, darmonsiz, uyqu va ishtahasi buzilgan, ozgan. Harorati 38°C va yuqori. Yuzi oqish kerkgan, qovoqlari shishgan. Shilliq pardalar ko'kimtir. Gohida aura kuzatiladi. Xuruj sutkasiga 40–50 marotaba, uzoqroq. Repriz 10–15 marotaba, sianoz va akrotsianoz. Xuruj yopishqoq balg'am chiqishi va qusish bilan tugaydi. Gemorragik belgilar. Ko'z va teriga qon quyilishlari, burun qonashlari kuzatiladi. Yosh bolalarda xuruj cho'qqisida nafas olishning to'xtashi, hushning yo'qolishi, mimik va qo'l-oyoq mushaklari tortilishi kuzatilishi mumkin. O'pkada ko'proq nam xirillashlar eshitiladi. Asorat berganda pnevmoniya, atelektaz, entsefalopatiya, entsefalit belgilari paydo bo'ladi.

• *O'ta yengil shakli (стрептая).* Intoksikatsiya yo'q. Harorat normal, spazmatik yo'tal xuruji bo'lmaydi. Lekin 4–6 hafta davomida quruq oddiy yo'tal kuzatiladi. Bu shakli emlangan-

larda uchraydi va tashxisi mushkul. Epid anamnez va laborator tekshiruvga asoslanadi.

- *Subklinik shakli.* Klinik belgilar kuzatilmaydi. Odatda bu ham emlanarlarda uchraydi.

Chaqaloqlarda ko'kyo'tal og'ir kechadi. Yashirin davri 3—5 kun; kataral davri 2—6 kun, harorati yuqori, yo'tal, biroz tumov kuzatiladi. Spazmatik yo'tal davrida xuruj reprizsiz, lekin 2—3 daqiqa davom etib, asfiksiya (umumiy sianoz, klonik va tonik tirishishlar) kuzatiladi.

Ayrim hollarda yo'tal o'rniga tirishishli aksa urish, xuruqli sianoz va asfiksiya kuzatiladi. Chaqaloqlarda ko'proq pnevmoniya asoratini beradi. O'lim 0,8%.

Asoratlari. Asoratlari asosan chaqaloqlarda ko'proq kuzatiladi, gipotrofiya, raxit va nafas yo'llari kasalliklari bilan og'riganlarda og'irroq o'tadi. Ko'p uchraydigan asoratlari: asfiksiya, o'pka emfizemasi, atelektazlar, pnevmoniya, entsefalit, teri osti emfizemasi.

Tashxisoti. Spazmatik yo'tal davrida tashxis qiyin emas. Lekin kataral davrining birinchi kunlari va atipik kechgan hollarda mushkulroq.

Epid anamnez. Yo'talning asta kuchaya borishi asosan kechqururlari, fizik o'zgarishlarning kamligi (klinik belgilarga qaramay), umumiy ahvoli o'zgarmay qolishi, periferik qondagi o'zgarishlar (leykotsitoz, o'ta yuqori limfotsitoz 60—80%, EChT-normal), o'pkadagi rentgenologik o'zgarishlar (o'pka ildizining simmetrik kengayishi, o'pka soyasi tiniqligining oshishi, atelektaz) hamda bakteriologik tekshirishlar tashxisida yordam beradi.

Xos diagnostik usullar bu bakteriologik, serologik va teri osti sinamasi hisoblanadi.

1. Yo'talning plastinka usuli (Borde usuli). Xuruj vaqtida ozuqa muhiti Petri kosachasini bemor og'zi oldida 8—10 sm uzoqlikda 10—20 daqiqa tutib turiladi.

2. Yutqunning orqa devoridan bukilgan tampon bilan material olib ekish.

Bakteriologik tekshiruvlar kataral davrda va spazmatik yoʻtalning 1-haftasida olinsa 90–100% musbat natija beradi, 2-haftasida 60–70%; 3-haftasida 30–35%; 4-haftasida 10% gacha.

Serologik tekshiruv bu retrospektiv analiz hisoblanadi, sababi kasallikning 3–4-haftasidagina antitelalar paydo boʻladi. Koʻproq antitela oʻta yengil shakllarda ahamiyatliroqdir (RA, KBR). Tekiruvlardan IFA va PZR ham qoʻllaniladi.

Differensial diagnostika gripp, bronxoadenit, bronxial astma, tomoqda yot jism (инородное тело), parakoʻkyoʻtallar bilan oʻtkaziladi.

Gripp oʻtkir boshlanadi. Intoksikatsiya belgilari kataral oʻzgarishlardan yuqoriroq turadi (harorat juda yuqori, neyrotoksikoz).

Oʻtkir respirator kasalliklarda ham intoksikatsiya, yuqori temperatura, uyqu, ishtaha buzilishi, hamda qoʻzgʻatuvchiga xos shilliq pardalarning zararlanishi kuzatiladi. Masalan, rinoviruslarda kuchli serozli tumov kuzatilsa; paragrippda laringit, respirator sintitsial infeksiyalarda bronxit astmotoidli komponent bilan, lekin yoʻtal reprizsiz.

Astmoid bronxitda anamnez «astmoidli» va periferik qonda koʻkyoʻtaldagidek oʻzgarishlar kuzatilmaydi. Yot jism nafas yoʻllarida boʻlsa (noʻxot, danaklar, metall shariklar va h.k.) bunda yoʻtal toʻxtovsiz, hansirash, xurujli yoʻtal kuzatiladi. Lekin siklik kechish kuzatilmaydi.

Parakoʻkyoʻtalni koʻkyoʻtaldan ajratish qiyinroq, chunki yoʻtal juda oʻxshash. Lekin yengilroq kechadi. Asosan bakteriologik tekshiruvga qarab tashxis qoʻyiladi. Ozuqa muhitda oʻstirilganda bu jigarrang pigment hosil qiladi. Antigenlik xususiyati bilan ham farqlanadi.

Davolash. Ogʻirlik darajasi va epidemiologik sharoitga qarab bemor kasalxonaga yotqiziladi. Qayerda davolanishidan qatʼi nazar bemor bolaga optimal rejim (parvarish, vitamanga boy ovqatlar, oz-ozdan ovqatlantirish, quruq pechene va qattiq nonlarni cheklash, fizik va psixik tinchlik, bolani oʻyinlar bilan chalgitish,

yaltiroq o'yinchoqlar, toza havoda ko'proq yurish, uyqu) yaratish zarur.

Etiotrop davo: streptomitsin, tetrasiklin, levomitsitin, sefalosporinlar 25000 YD 1 kg ga, streptomitsin 10–14 kun. Levomitsitin 15 kg og'irligi bo'lgan bolalarga 0,2–0,25 tadan 4 mahal, 7–8 kun. Tetrasiklin 25 mg dan 1 kg og'irlikka.

Ko'kyo'talga qarshi immunoglobulin-donorlarniki. Immunoglobulin 1 yoshgacha bolalarga hamda reaktivligi sust bo'lgan bolalarga buyuriladi. 3 mg dan kunora № 3-4-6. Agarda ko'kyo'talga qarshi immunoglobulin yo'q bo'lsa, platsentar gammaglobulin 3,0–6,0 №3 qilish mumkin.

Asab sistemasini qo'zg'aluvchanligini kamaytirish uchun 1–2% brom eritmasini 1 osh qoshiqda 3–4 marotaba ichirish; fenobarbital, belladonna preparatlari (belladonna damlamasi 1 tomchidan 2–3 mahal) 1 yoshgacha; 1–2 tomchi 2 yoshgacha va 3 tomchi 3–6 yosh va h.k.

Markaziy asab tizimidagi qo'zg'algan o'choqni so'ndirish uchun og'ir hollarda aminazin – 1–1,5 mg/kg sutkasiga buyuriladi. Sutkalik dozani 2 ga bo'lib mushak orasiga yuboriladi. Birinchisini kunduzgi uyqudan oldin, ikkinchisini kechki uyqudan oldin – 6–10–12–15 kun og'irligiga qarab yuboriladi.

Desensibilizatsiya uchun kalsiy glyukonat 0,2–0,5 gr dan 3 mahal, 5% kalsiy xlor 1 choy qoshiqdan yoki 10% – 1,0 tomirga yuboriladi. Dimedrol 1 yoshgacha 0,002–0,003 gr dan 1–2 marta, 2–5 yoshda 0,005–0,015 gr dan, 6–12 yosh 0,015–0,03 gr dan yuboriladi.

Og'ir hollarda garmonal preparatlar beriladi. Prednizolon 1–1,5 mg/kg ichishga sutkasiga (4 ga bo'lib) 3 kun. Tomir ichiga sutkasiga prednizolon 2–3 barobar ko'p yuborish kerak. Sababi preparat tez metobollashadi va organizmdan tez chiqib ketadi. Gidrokortizon 3–5 mg/kg sutkasiga.

Kislorod yetishmovchiligi sababli bola toza havoda ko'proq bo'lishi kerak. Og'ir hollarda oksigenoterapiya kislorod palatalarda, kislorod yostiqlarda nam kislorod beriladi. Vitaminoterapiya

o'tkaziladi. Askorbin kislotasi 0,1–0,15 dan 3 mahal ichishga yoki 5% – 1,0 glyukoza bilan vena ichiga.

Vitamin K – 0,02 gr 3 mahal gemorragik sindromlarda.

Vitamin A – 1000–5000 XB ichishga 1–2 mahal.

Kokarboksilaza 25–50 mg dan m/o yoki tomir ichiga;

Vitamin V_6 , V_{12} .

Ko'kyo'talda gipoglikemiyaga moyillik kuzatiladi, bu esa entsefalopatiyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Shu sababli 20–40% li glyukozani 10,0–20,0 miqdorda yuborish buyuriladi. Yurak qon-tomir preparatlari korglikon, strofantin, kordiamin va h.k.

Fizioterapiya – elektroforez ko'krak qafasiga 2% kalsiy xlor va 2% novokain bilan; UVCh – terapiya.

Miyada qon aylanishi buzilganda (hushi yo'qolganda, tiri-shishlar bo'lganda, parez va paralichlarda) dehidratatsion va de-sensibilizatsiyalovchi terapiya o'tkaziladi. 20–40% li 10–20 ml glyukoza, askorbin kislotasi bilan, laziks (0,5), prednizolon, reo-poliglyukin buyuriladi. Tirishishlarda magniy sulfat eritmasini 25%–0,2 mg/kg mushak orasiga yoki aminazin, litik aralashma (aminazin + dimedrol) buyuriladi.

Og'ir hollarda lyumbal funksiya qilinadi.

Asorat berganda davo choralari qo'llaniladi.

Nafas to'xtaganda tilni tutib turib sun'iy nafas oldirish tavsiya qilinadi. Bobrov apparatida namlangan kislorod berish 10–20 ml 20–40% li glyukoza, 1,0–2,0 ml 5% li askorbin kislotasi. Yurak preparatlari va gormonlar beriladi.

Sititon, lobelin va boshqa nafas markazini qitiqlovchi pre-paratlar berish taqiqlanadi. Sababi apnoe kuchli qo'zg'alish hiso-biga kuzatilgan.

Pnevmoniyada streptomitsin bilan birga keng spektrli antibio-tiklar qo'llaniladi.

Entsefalitlarda lyumbal funksiya (diagnostika va davolash maqsadida), dezintoksikatsiya (glyukoza, gemodez, reopoli-glyukin), oksigenoterapiya, stimullovchi, desensibillovchilar

beriladi, degidratatsiya, desensibilizatsiya, stimulyatsiya qilinadi.

Profilaktika. AKDS — 1 ml tarkibida 30 LF difteriya anatoksini, 10 EC qoqshol anatoksini va 40 mlrd o'ldirilgan ko'kyo'tal mikrobinini tutadi. AKDS — 0,5 ml dan teri ostiga 3 marotaba 30–40 kun intervalda yuboriladi. 9–12 oydan so'ng birinchi revaksinatsiya 0,5 ml va 4 yoshda ikkinchi revaksinatsiya 0,5 ml qilinadi.

Bemor bolalar kasallik boshlangandan 40 kungacha izolyatsiya qilinishlari kerak. Agar spazmatik yo'taldan hisoblansa 30 kun.

Muloqotda bo'lgan bolalar agar kasallanmagan bo'lsa 14 kun izolyatsiya qilinadi.

Bir yoshgacha bo'lgan bolalar muloqotda bo'lgan bo'lsa ko'kyo'talga qarshi gammaglobulin yoki platsentar immunoglobulin 3–6 mg mushak orasiga 2 marotaba 48 soat interval bilan buyuriladi.

Test savollari

1. Ko'kyo'talda dispanser kuzatuv muddati:

- A. Kuzatuvga olinmaydi.
- B. 3 oy mobaynida.
- C. 6 oy mobaynida.
- D. 1 yil davomida.

2. Ko'kyo'talda xurujli yo'tal mexanizmi:

- A. Neyrogen.
- B. Kataral.
- C. Obstruktiv.
- D. Astmatik.
- E. Allergik.

3. Ko'kyo'talda periferik qon manzarasi:

- A. Giperleykotsitoz, limfotsitlar hisobiga.
- B. Leykopeniya.
- C. Trombotsitopeniya.
- D. Eozinofiliya.

E. Retikulotsitoz.

4. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'k'yo'talning kechish xususiyatlari:

A. Entsefalopatiya belgilari, apnoe bilan.

B. Diareya sindromi bilan.

C. Meningial sindrom bilan.

D. Infeksion toksik shok bilan.

E. Ekzantema sindromi bilan.

5. Ko'k'yo'talda infeksiya manbai:

A. Kasal odam.

B. Virus tashuvchi.

C. Bakteriya tashuvchi.

D. Kasal odam va virus tashuvchi.

6. Ko'k'yo'tal yengil formasining klinik kechishi:

A. Uzoq davom etuvchi, xaraktersiz yengil yo'tal.

B. Yo'tal xuruji sutkasiga 10–15 marta, 3–5 ta reprizlar bilan ba'zida qayt qilish bo'ladi.

C. Yo'tal xuruji sutkasiga 15–26 martagacha 10 ta reprizlar bilan ko'karish kuzatiladi.

D. Yo'tal xuruji 25 martadan 40–50 martagacha, reprizlar 10 tadan oshiq, apnoe kuzatilishi ham mumkin.

7. Ko'k'yo'talda emlashni boshlash muddati:

A. 3–5 kunlikdan.

B. 2 oylikdan.

C. 3 oylikdan.

D. 4 oylikdan.

8. Ko'k'yo'talning emlangan bolalarda kechishi:

A. Meningial ko'rinishlar bilan.

B. Yengil formada.

C. O'rtacha og'irlikda.

D. Tez asoratlari bilan.

9. Ko'k'yo'talning o'rtacha og'irlikdagi formasining klinik kechishi:

A. Uzoq davom etuvchi, xaraktersiz yengil yo'tal.

B. Yo'tal xuruji sutkasiga 10–15 marta, 3–5 marta reprizlar bilan, ba'zida qayt qilish bo'ladi.

C. Yo'tal xuruji sutkasiga 15–26 martagacha 1marta reprizlar bilan ko'karish kuzatiladi.

D. Yo'tal xuruji 25 martadan 40–50 martagacha reprizlar 10 tadan oshiq, apnoe kuzatilishi ham mumkin.

10. Ko'kyo'talning kataral davri qiyosiy tashxisi:

A. O'RVI yuqori nafas yo'llarining virusli kasalliklari bilan.

B. Meningit bilan.

C. Qizamiq bilan.

D. Qizil ko'ylak bilan.

Vaziyatli masalalar yechish

1-masala. 4 yoshli bola 13-fevraldan og'rib, quruq yo'tal bezovta qildi, 23 fevraldan xurujsimon, bir kecha-kunduzda 12–13 martagacha bo'lgan reprizlar bilan kechadigan bo'ldi. Yo'tal xuruji 1–2 minut davom etadi. Yo'tal xuruji vaqtida yuzi qizaradi, ba'zan ko'karib, bo'yin tomirlari bo'rtib chiqadi.

Savol: Tashxis qo'ying?

1. Ko'kyo'talning spazmatik yo'tal davri.

2. Ko'kyo'talning kataral davri.

3. O'tkir bronxopnevmoniya.

4. Parakoklyush.

5. O'tkir bronxit.

2-masala. 8 oylik bola bolalar shifoxonasida o'tkir respirator virusli kasallik bilan davolangan. 2 haftadan buyon bronxit ham qo'shilgan. Kuzatuv vaqtida shifokor xuruji yo'talning o'ziga xos ko'rinishini kuzatdi.

Savol: Kasallikka nisbatan sizning taktikangiz?

1. Izolyatsiya, umumiy qon analizi.

2. Statsionarda belgilangan davo usulini davom ettirish.

3. Ko'krak qafasiga rentgenogramma.

4. Bemorga uyiga ketish uchun javob berish.

3-masala. Y. 1 yosh. Bolaning ota-onasi shifokorga bolaning biroz tana haroratining ko'tarilishi, quruq yo'talga, oz-moz miqdorda ko'karishiga shikoyat qilishdi.

Ko'ruv paytida bolaning umumiy ahvoli nisbiy og'ir, bolada yo'tal boshlangan, yo'tal asta-sekin kuchayib, og'ir ahvolga olib keldi va xurujsimon xarakterda bo'lib, bu xuruj qayt qilish bilan davom etmoqda.

Savol: 1. Tashxisni aniqlash uchun qanday tahlil tekshirishlar o'tkazish mumkin?

2. Qanday tekshiruvlar qilish kerak?

4-masala. Bola A. 3 yosh. Bola bir hafta davomida ambulator davolangan, davolanish jarayonida o'zgarish bo'lmagan, ahvoli yomonlashgan. Ko'ruv paytida bola bo'shashgan, lohas, tana harorati 38°C, yuzi oqargan, shishinqiragan qovoqlari shishgan, ko'zga ko'rinadigan shilliq pardalar ko'kimtir. Nafas olish tezlashgan 1 daqiqada 60 marotaba. Nafas yordamchi muskullar ishtirokida boradi. Bola yotgan paytida betoqat bo'layapti. Yo'tal tutishi tez-tez sutkada 40 martagacha, davomiyligi 25–30 ta rep-riz hisobda. Yo'tal xuruji ko'karish bilan boradi. Yo'tal quyuq balg'am va qusish bilan tugaydi.

Savol: 1. Klinik tashxis qo'ying va kerakli muolaja qiling.

5-masala. 9 oylik A. 2 haftadan buyon O'RVI tashxisi bilan shifoxonada davolanmoqda. Ko'ruv mobaynida yo'tal kuchayishi e'tiborni tortadi. Yo'tal xuruji tutgan paytida bemorning yuzi qizarib ketadi, ba'zan hattoki ko'karib ketadi. Bo'yin venalari bo'rtgan. Yo'tal quyuq cho'ziluvchan balg'am, ba'zi hollarda esa qayt qilish bilan tugaydi. Bunday yo'tal tutishlar 3 martagacha kuzatiladi.

Savol: 1. Klassifikatsiya bo'yicha tashxis qo'ying va kasallik og'irligini aniqlang.

Nazorat savollari:

1. Ko'kyo'tal kasalligi qo'zg'atuvchisining asosiy tarkibini ayting.

2. Ko'k'yo'tal qo'zg'atuvchisiga xarakteristika bering.
3. Ushbu kasallikning yuqish yo'llari.
4. Ko'k'yo'talning klinikasi.
5. Ko'k'yo'talning klinik tasnifi.
6. Kasallikning davrlari va uning davomiyligi.
7. Ko'k'yo'talda laborator tekshiruv usullari.
8. Ko'k'yo'talning oqibati va asoratlari.
9. Ko'k'yo'talning davolash tamoyillari.
10. Ko'k'yo'talning profilaktikasi va epidemiyaga qarshi kurash usullari.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

Asosiy adabiyotlar

1. Закирходжаев А.Х. Детские инфекционные болезни. — Т., 2008.
2. А.Х. Zokirxo'jayev. Bolalar yuqumli kasalliklari. — Т., 2008.
3. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. — М., 1998.

Qo'shimcha adabiyotlar

1. Богадельников И.В. Дифференциальный диагноз важнейших инфекционных болезней у детей. — 2002.
2. Володина, Фадеева. Типовые тестовые вопросы и ответы о педиатрии. — М., 1998.
3. Гусель НА., Маркова I.B. Справочник педиатра по клинической фармакологии. М. 1997.
4. Даминов Т.А., Таджиева У.Н. Корь. — Ташкент, 2005.
5. Даминов Т.А., Туйчиев Л.Н., Таджиева У.Н. «Инфекционные болезни в деятельности ВОП». — Т., 2007.
6. Зубик Т.М. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. — Ленинград., 1991.
7. Казанцев А.Г. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней и др. — Москва. 1999.
8. O.S. Maxmudov. Bolalarning yuqumli kasalliklari. — Т., 1995.
9. Медицинский журнал Узбекистана (2001–2011).
10. Соринсон С.Н. Неотложные состояния инфекционных больных. — Л., 1990.
11. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Михайлов И.Б. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций. — СПб., 2005.
12. Учайкин В.Ф.. Руководство по инфекционным болезням у детей. — Изд. ГЭОТАР, Медицина, 1998.

13. Шлоссберг Д., Шульман И.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. — М., СПб.: Бионом: Невский диалект, 2000.

14. U.N. Haydarov. Meningokokk infeksiyasi klinikasi, diagnostikasi davosi. Uslubiy tavsiyanoma. — T., 1998.

15. Эпидемиология и инфекционные болезни. Журнал (2001–2011).

Yuqumli kasalliklar bo'yicha Internet saytlari

1. <http://www.ziyonet.uz/>
2. <http://www.primer.ru/>
3. <http://www.medline.com/>

MUNDARIJA

KIRISH	3
--------------	---

BOLALARDA HAVO-TOMCHI YO‘LI BILAN YUQUVCHI KASALLIKLAR

1 mavzu. SKARLATINA – QIZIL KO‘YLAK	6
2 mavzu. QIZAMIQ	19
3-mavzu. QIZILCHA	33
4-mavzu. MENINGOKOKKLI INFEKSIYA	41
5-mavzu. SUVCHECHAK (Varicella)	61
6-mavzu. O‘TKIR RESPIRATOR VIRUSLI INFEKSIYALAR	77
7-mavzu. PAROTIT	109
8-mavzu. DIFTERIYA (Diphtheria)	127
9-mavzu. KO‘KYO‘TAL	142

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI	164
--	-----

YULCHIBAYEV MIRZAXAMDAM,
MULLADJANOVA KIMYAXON AXATOVNA

BOLALARDA HAVO-TOMCHI YO‘LI BILAN YUQUVCHI YUQUMLI KASALLIKLAR

O‘quv qo‘llanma

Muharrir: *M. Tursunova*

Musahhih: *M. Turdiyeva*

Dizayner sahifalovchi: *D. Ermatova*

TipOze

O'zbekiston faylasuflari milliy jamiyati nashriyoti.
100029, Toshkent shahri, Matbuotchilar ko'chasi, 32-uy.
Tel.: 236-55-79; Faks: 239-88-61.

Nashriyot litsenziyasi: AI №216, 03.08.2012.

Bosishga ruxsat etildi 18.09.2014. «Uz-Times» garniturası. Ofset usulida chop etildi. Qog'oz bichimi 60x84 $\frac{1}{16}$. Bosma tabog'i 10,5. Nashr hisob tabog'i 11,0. Adadi 500 nusxa. Buyurtma № 42.

«START-TRACK-PRINT» XK bosmaxonasida chop etildi.
Manzil: Toshkent shahri, 8-mart ko'chasi, 57-uy.

O'ZBEKISTON FAYLASUFLARI
MILLIY JAMIYATI

ISBN 978-9943-391-86-4

