O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASh VAZIRLIGI
RESPUBLIKA O‘RTA TIBBIYoT VA FARMATSEVTIKA XODIMLARI MALAKASINI OShIRISh VA ULARNI IXTISOSLAShTIRISh MARKAZI ANDIJON FILIALI

«TASDIQLAYMAN»
Respublika o‘rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlari malakasini oshirish va ularni ixtisoslashtirish markazi Andijon filiali direktor o‘rinbosari
_____ D.M.Gapparova

“Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi.”

MALAKA OShIRISh GURUHI TINGLOVChILARI UChUN

MA’RUZALAR TO’PLAMI

Uslubiy kengashda ko‘rib chiqildi
va ma’qullandi
“ 06 ” yanvar

2.1.O'quv moduliga ajratilgan soat 2	**Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati.**

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	1.Yuqumli kasalliklar to'g'risida ma'lumot 2.Mikroblar morfologiyasi va fiziologiyasi 3.Dezinfeksiya, dezenseksiya va deratizatsiya 4. Yuqumli kasalliklar tasnifi. 5.Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayoni

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta'lim beruvchi	**Ta'lim oluvchi**
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 d 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	O’quv faoliyatini natijalari:
Yuqumli kasalliklar faniga kirish. Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o‘tkazishda hamshiraning tutgan o‘rni.	Yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik ishi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi va bo‘limlarining tuzilishi, ish tartibi, me’yoriy xujjatlari. Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish tartibi.Yuqumli kasalliklar bilan og’rigan bemorlarni davolash va parvarishlash xususiyatlari.
O’qitish metodlari	“Klaster” metodi”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati.

Reja:

1.Yuqumli kasalliklar to‘g‘risida ma’lumot
2.Mikroblar morfologiyasi va fiziologiyasi
3.Dezinfeksiya, dezenseksiya va deratizatsiya
4. Yuqumli kasalliklar tasnifi.
5.Yuqumli kasalliklarda hamshiralik jarayoni

YuQUMLI KASALLIKLAR TO‘G‘RISIDA UMUMIY MA’LUMOT

Ibn Sino (980-1037) o‘lat, chinchechak, qizamiq kabi yuqumli kasalliklar ko‘zga ko‘rinmaydigan jonivorlar tomonidan chaqirilishini aytgan, epidemiologik jarayon xaqida tushuncha bergan. Yevropada italiyalik Frakastro (1478-1553) xam buni takrorlagan va yuqumli kasalliklarning yuqish yo‘llari haqida tushuncha bergan. Angliyalik E. Jenner (1749-1823) birinchi bo‘lib chinchechakka qarshi profilaktik usulni o‘ylab topgan.Fransuz Lui Paster (1822-1895) yuqumli kasalliklarda mikroorganizmlarning rolini isbotlab bergan, vaksinani olish usulini amalda joriy etgan, quturish va kuydirgiga qarshi vaksina topgan.

R. Kox (1843-1910) tomonidan mikroskopni kashf etilishi mikroorganizmlarni o‘rganishda katta ahamiyatga ega bo‘lgan.

I.I. Mechnikov (1845-1916) infeksiya va immunitet haqida ta’limotni asoslab berdi. Vabo, qaytalama terlama, zaxm, sil kasalliklarini epidemiologiyasini boyitdi. S.P.Botkin (1832-1889) kataral sariq kasalligi yuqumli kasalligini ta’kidladi.

O‘zbekistonda Toshkent Universitetining tibbiyot fakultetida ishlagan A.I.Kryukov, P.F. Borovskiy, N.I. Ragoza, I.A. Kassirskiy, L.M. Isaev, N.I. Xodukin, P.F. Samsonov, A.L. Katsenovich lar yuqumli kasalliklar fannini rivojlanishiga katta hissa qo‘shdilar.

O‘zbekistonda yuqumli kasalliklari urganishda olimlar: X.A. Yunusova, O.S. Maxmudov, I.K. Musabaev, Sh.X. Xodjaev, T.O. Daminov va yana ko‘p-ko‘p olimlar o‘z hissalarni qo‘shgan.

Hozirda 1060 dan ortiq yuqumli kasalliklarni turlari bor, ularning inson hayotida va iqtisodiyotga katta ta’siri bor. Yuqumli kasalliklar boshqa kasalliklardan quyidagilar bilan farq qiladi:

- Yuqumli kasalliklarni patogen mikrob kuzg‘atadi.
- Bemor kasallik manbai bo‘ladi va kasallikni boshqalarga yuqtiradi.
- Bemor organizmida bo‘lgan kasallikka qarshi immunitet xosil bo‘ladi.
- Yuqumli kasalliklar siklik utadi.

Yuqumli kasalliklar avj olishida quyidagi omillar zarur:

- Patogen mikrob miqdori yetarliligi.
- Patogen mikrob virulentligi yetarliligi.
- Odam organizmining reaktivligini pastligi.

Turli yullar bilan mikroorganizmning kirishi quyidagi natija bilan tugaydi:

- Himoya vositalari natijasida mikrob organizmdan chiqariladi yoki o‘ldiriladi.
- Patogen mikrob organizmda qulay sharoit topib o‘rnashadi.
- Mikroorganizm himoya mexanizmlari yordamida (fagotsitar elementlar, antitelolar, yallig‘lanish jarayoni) natijasida mikroorganizm ko‘payishiga to‘sqinlik qiladi, mikroorganizm ham o‘zini tashqi kuchlardan to‘sishga harakat qiladi (kapsula hosil qiladi, agressin, antifagin, virulin kabi moddalar ishlab chiqaradi).
- Mikrobning asosiy xususiyatlari virulentligi va toksigenligidir.
- Mikroorganizmning mikrobga qarshi kurash vositalari 2 ga bo‘linadi: spetsifik va nospetsifik. Mikrob patogenligi yuqori va organizm reaktivligi sust bo‘lganda quyidagi holat vujudga keladi.
- Patogen mikrob organizmda tez sur’atda ko‘payadi, uni himoya kuchlarini yengadi va kasallikni manifest shaklini yuzaga keltiradi.

Infeksion jarayonni 3-omili-tashqi muhit faktori mikroorganizmga ham ta’sir ko‘rsatadi. Bularga tashqi muxit harorati, namligi, dezinfeksiyalovchi moddalar, mikroblarning o‘zaro ta’siri kiradi.

MIKROBLAR MORFOLOGIYaSI VA FIZIOLOGIYaSI

Atrof muxitda nihoyatda keng tarqalgan, nihoyatda mayda bo‘lib oddiy ko‘z bilan qaraganda ko‘rinmaydigan tirik mavjudotlar, ya’ni mikroorganizmlarni o‘rganuvchi fan mikrobiologiya fanidir.

Mikroorganizmlar atrof muhitda nihoyatda keng tarqalgan bo‘lib u havoda, tuproqda, suvda, ovqatlarda, bizni o‘rab turgan jamiki predmetlarda, inson va hayvon tanasining tashqi va ichki qismlarida, o‘simliklarda topiladi va yashaydi.
Mikroblar tabiatda moddalarning doimiy aylanishida muhim joyni egallaydi va qatnashadi. Mikroorganizlar yordamida sanoatda muhim bo‘lgan non mahsulotlarini yetishtirish, vinochilik, organik kislotalarini ishlab chiqarish, fermentlar, oksillar, garmonlar, antibiotiklarni yaratishda ham ishlatiladi. Ular yerni unimdorligini oshirishda ham katta rol o‘ynaydi. ular toshko‘mir va neftni paydo bo‘lishida va boshqa protsesslarda aktiv ishtirok etadilar.

Mikroorganizmlarni foydali tomonlaridan tashqari nixoyatda katta zarari ham bordir. Ya’ni mikroblarning patogen turlari mavjudki ular nixoyatda xilma-xil kasalliklarni chaqiradi odamlarda, hayvonlarda, o‘simliklarda, hashoratlarda. Ular vaqti-vaqti bilan odamlar o‘rtasida epidemiyalar, pandemiyalar chaqirib millionlab kishilarni hayotdan maxrum qiladilar.

Mikroorganizmlarning morfologiyasi. Mikroblarning yer yuzidagi tirik organizmlarning eng qadamiysidir. Ular yer yuzida uch milliard yil oldin paydo bo‘lgan. Ba’zi olimlarning fikriga qaraganda yer yuzidagi hayot mikroblardan boshlangan, yana boshka olimlarning fikricha yer yuzida avval hujayrasiz tirik organizmlar (arxebiontlar, fotobiontlar, protobiontlar va boshqalar) bo‘lgan. Hayotning rivojlanishi oddiy organizmlardan murakkabroq organizmlarga qarab taraqqiy etgan. Avvalo viruslar (tarkibida RNK so‘ngra DNK borlar) paydo bo‘lib, undan so‘ng riketsiyalar, mikoplazmalar, bakteriyalar, ko‘k-yashil suv o‘tlar, zamburug‘lar, o‘simliklar va nihoyat hayvonlar yuzaga kelgan.
Sharsimon mikroblarning diametri 0,7 dan 1,2, tayoqchasimonlarning uzunligi 1 dan 10, eni 0,5-1 mkm gacha bo‘ladi. viruslarning hajmi juda mayda, shu sababli ular nanometr (nm) bilan belgilanadi (1 nmk10^{-9}m). Ipsimon mikroorganizmlar uzun bo‘lib, bir necha o‘n mikrometrga yetadi. Mikroblarning hajmi mayda, bir tomchi suvda bir necha million mikroblar joylashishi mumkin.
Tabiatda uchraydigan mikroorganizmlar asoan beshta katta gruppaga bo‘linadi:

- Bakteriyalar.
- Zamburug‘lar.
- Sodda organizmlar.
- Riketsiyalar.
- Filtrlovchi viruslar.

Mikroorganizmlarning dunyosi keng va xilma-xil bo‘lganligi sababli ularni tekshirish usullari doimiy mukammal emas. Ularni klassifikatsiyalashda anchagina qiyinchiliklarga duch kelinadi. Ammo shunga qaramasdan, dunyoda mikroorganizmlarning bir-biriga o‘xshash belgilari hisobga olinib, guruxlarga ajratilib klassifikatsiya qilinayapti.

Bakteriya – lotincha suz bo‘lib, tayoqcha ma’nosini bildiradi. Bakteriyalar odam va hayvonlarning kasallanishlariga sababchilar orasida katta o‘rin tutadi. Ular kengroq o‘rganilgan, shuning uchun bakteriyalarni tasvirlashga ko‘prok e’tibor beriladi.

Bakteriyalar bir hujayrali, xlorofilsiz, turli organizmlardir. Tashqi ko‘rinishi jihatidan turtta asosiy:
-Kokklar– sharsimon.
-Bakteriyalar va batsillalar– tayoqchasimon.
-Vibrion va spirillalar– bukilgan– bukilgan va spiralsimon.
-Xlomidobakteryalar– ipsimon guruhlarga bo‘linadi.

Yuqorida ko‘rsatilgan gruppalardan uchtasi odam va hayvonlarda kasallik ko‘zgatadi, to‘rtinchisi esa kasalllik ko‘zg‘atmaydi. Bularga oltingugurt va temir bakteriyalari kiradi.

Bakteriya hujayrasining tuzilishi. Elektron mikroskop va ultramikrotom kashf kilinguncha, mikroblarning tuzilishini o‘rganish qiyin bo‘ldi.

Bakteriya hujayrasi qobiq, protoplazma va uzakli moddalardan iborat. Bulardan tashqari, ayrim bakteriyalarda doimiy bo‘lmagan harakatlanish organlari– xivchinlar, noqulay sharoitda muayyan turining saqlab qolish vazifasini bajaradigan gilof xam bo‘ladi.

Sporalar. Ko‘pincha tayoqchasimon bakteriyalar spora hosil qilib, muayyan turining saqlab qolinishiga imkon beradi. Tayoqchasimon bakteriyalar spora hosil qiladi, kokklarda sporalar hosil bo‘lishi juda kam uchraydi, vibrion va spiralsimonlarda spora hosil bo‘lishi noma’lum.

Zamburug‘lar. Ular turli mikroorganizmlar va bakteriyalar kabi o‘simlik dunyosiga kiradi. Ammo zamburug‘larning tuzilishi bakteriyalarning tuzilishiga qaraganda murakkab. Ularda xlorofill bo‘lmagani uchun yuqori darajali o‘simliklardan farq qiladi.

Ular har xil substratlarda yashayveradi. Kislorodga ham muhtoj emas. Sovuqqa nihoyatda chidamli. Shuning uchun zamburug‘larni xolodilniklarda ham uchratish mumkin. Zamburug‘larning asarityai ko‘p hujayrali bo‘lib, hujayralari kupincha cho‘ziq shaklda va ipga o‘xshaydi.

Rikketsiyalar turli shaklli polimorf grammanfiy mikroblardir. Hujayralarning tarkibida DNK, RNK, oqsil va 46% gacha lipidlar bor. Shakli va hajmiga ko‘ra ular bakteriyalarga, kultural va biologik xususiyatlariga ko‘ra esa viruslarga yaqin. Shu tariqa rikketsiyalar bakteriyalar va viruslar oralig‘idagi joyni egallaydi.

Rikketsiyalar asosan bit, kana, burgalar parazitlik qiladi. Odamlar yoki hayvonlarning organizmiga kirganda kasallikni qo‘zg‘aydi. Bu kasallar – riketsiozlar deb ataladi.

Mikoplazmalar (PPLO) va bakteriyalarning–L shakli. Ular – poliform, turli shakldagi mikroorganizmlar, nihoyatda mayda xaqiqiy bakteriyalardan qobig‘idan devori yo‘qligi bilan farqlanadi. mikoplazmalarning PPLO guruxi ingliz tilida «Plevropnevmoniya layke organizme» deb yuritiladi.

Grammanfiy mikoplazmalar ko‘pincha harakatsiz, sporalar hosil qilmaydi, bakteriyali filtrlardan o‘tadi. Shuning uchun ham ular bakteriya va viruslarning oralig‘idagi mikroorganizmlardir.

Immunitet lotincha so‘z bo‘lib, immunitas-ozod bo‘lish yoki kutkazish ma’nosini bildiradi.

Bu murakkab fiziologik moslashish kompleksidir. Shu moslashish kompleksi organizmga tashqaridan begona genetik informatsiyani tashuvchi tirik organizm yoki moddalarni kirishga to‘sqinlik qilib yo‘l bermaydi. Organizm faqat yuqumli kasal ko‘zg‘atuvchilarga va ular ishlab chiqargan zaxarli moddalargagina karshi turmasdan, u begona to‘qimalarga xam qarshi turadi. Organizmning begona to‘qimalarga bunday qarshi turish qobiliyati transplantatsion deb nom olgan. Immunitetni o‘rganadigan fan immunologiya deyiladi.

Lui Paster Eduard Djenner kashf etgan hodisaning sharafiga yuqumli kasalga qarshi emlashni «vaksinatsiya» deb atashni tavsiya etgan. Ya’ni organizmga mikroblarni yuborib, ularga qarshi immunitet hosil qildirish maqsadida emlash vaksinatsiya deb atalgan. Vaksinatsiya lotincha «vakka» - sigir so‘zidan olingan. 1881 yildan boshlab L.Paster tomonidan immunitet ta’limoti yanada rivojlantirildi. L.Paster kuydirgi, tovuqlarning vabo kasalliklari ko‘zg‘atuvchilarini kuchsizlantirish yo‘llarini topib, shu kuchsiz shtammlardan vaksina tayyorlashga muvaffaq bo‘ldi. Bu vaksinaning yaratilishi qiziq hodisa bilan bog‘liq. L.Paster tovuqlar vabo kasalini ko‘zg‘atuvchi mikroorganizmlar bilan ishlashni laboratoriyadagi laborantlarga topshirib, dam olishga ketadi.

Immunitetning turlari. Immunitetning paydo bo‘lishiga qarab uni bir necha turlarga bo‘lish mumkin. Bular: infeksion immunitet va infeksion bo‘lmagan, ya’ni transplantatsion immunitet.

Infeksion immunitet spetsifik va spetsifik bo‘lmaganlarga bo‘linadi. Spetsifik bo‘lmagan immunitet tabiiy yoki tug‘ma va organizmni himoya qilish anatomo-fiziologik faktorli bo‘ladi. tabiiy yoki tug‘ma immunitet o‘z navbatida ikkiga: absolyut yoki mutloq va nisbiyga bo‘linadi. Spetsifik immunitet ham ikki xil: tabiiy va sun’iy bo‘ladi. ular ham aktiv va passivga bo‘linadi. Aktiv immunitet steril va steril bo‘lmaganga bo‘linadi.

Spetsifik bo‘lmagan immunitet ikkiga bo‘linadi: tabiiy yoki tug‘ma organizmni himoya qilish anatomo-fiziologik faktorlari.

Tabiiy yoki tug‘ma immunitet evolyutsiya jarayonida hosil bo‘lib, nasldan-naslga o‘tadi. Masalan: qoramollar, otlarning mannka kasalligiga, otlar, itlarning toun kasalligiga, odam esa chuchqalarning va itlarning toun kasalligiga sezgir emas.

Nisbiy immunitetda esa organizm fizikaviy-ximiyaviy va biologik faktorlar yoki tashqi muhitning ta’sirida qo‘zg‘atuvchi mikroorganizmlarning katta miqdori bilan zaxarlantirilsa, shu qo‘zg‘atuvchi mikroorganizmlarga organizmning qarshi turish qobiliyati yo‘qoladi. Masalan: tabiiy sharoitda kaptar kuydirgi kasalini qo‘zg‘atuvchi mikroorganizmlarga chidamli. Lekin unga avval alkagol berib, keyin mikroorganizmlar yuborilsa, u albatta kuydirgi bilan kasallanadi.

Antigenlar – antigen grekcha so‘z bo‘lib, anti-qarshi, va genis – avlod degan ma’noni bildiradi. Organizmga tushib, immunologik reaksiyani paydo qiladigan xar qanday moddalar o‘ziga xos maxsus antitelalar hosil qilishi bilan ifodalanadi. Antigen nomi 1899 yili vengriyalik olim Ladislau Doych tomonidan tavsiya etilgan. Antigenlarning molekulyar massasi nihoyatda yuqori. Shu sababli antitellalarni xosil qilish xususiyatlari xam yuqori.

Sifatli antegenlarning ximiyaviy tuzilishida aromatik gruppalar radikal bo‘lib ishtirok etadi. Ular organizmga kiritilsa, o‘ziga qarshi maxsus immun

moddalar xosil bo‘ladi va shu immun moddalar bilan probirkada xam spetsifik birlashadi oladi. Oqsil moddalardan bunday xususiyatga ega bo‘lmaganlari gemoglobin va jelatindir.

Sifatsiz intigenlar yoki geptonlar organizmga parenteral yo‘li bilan yuborilganda, o‘ziga qarshi maxsus immun moddalar xosil qila olmaydi. Gepton nomini 1936 yili Landshtener degan olim tavsiya etgan. Sifatsiz antigenlarga yoki geptonlarga murakkab uglevodlar, lipidlar va boshqa moddalar kiradi. Agarda geptonlarga kam miqdorda bo‘lsa xam oqsil qo‘shilsa, ular sifatli antigenlarning xususiyatlarini oladilar.

Antitellalar – bu organizmida antigenlar ta’sir qilgandan so‘ng hosil bo‘ladigan maxsus oqsillar immuno-globulinlar (gamma-globulin)dir. Antitellalar termolobil bo‘lib, molekulyar massasi nihoyatda katta (160000-195000). Antitellalarning asosiy xususiyati ular hosil qilgan antigenlarga sezgirligidir. Antitelo bilan antigenlarning o‘zaro ta’sir etishi orqali antigen zararsizlantiriladi. Xamma antitellalar uchta katta gruppaga bo‘linadi: antimikrobli, antitoksinli va antixujayrali.

Antitellalar o‘rtasida vujudga keladigan immun reaksiyalar o‘z spetsifikligiga ko‘ra meditsina praktikasida keng qo‘llanadi.

Vaksinalar-tirik zaiflashtirilgan va o‘ldirilgan mikroblardan tayyorlanadi. Chinchechak, sil, kuydirgi, qutirish, qizamiq, o‘lat, shol va brutsellyoz, qora oqsoq kasalliklariga qarshi vaksinalar o‘ldirilgan vaksinalar hisoblanadi. Ba’zi kasalliklarga mikrobning o‘zi, emas balki uning zaxari (toksini) ta’sir ko‘rsatadi. Bu maqsadda toksik xususiyati yo‘qotilib, antigenlik xususiyati saqlanib qolgan kuchsizlantirilgan preparatlar anatoksinlar (kokshol, bugma) qo‘llaniladi.

Yuqumli kasalliklar profilaktikasida zardoblar qo‘llaniladi. Keyingi vaqtlarda bug‘ma, qoqshol, botulizmga qarshi profilaktika maqsadida zardoblar urniga globulinlar keng qo‘llanilmoqda. Masalan: gripp, qizamiq, virusli gepatit. Sun’iy immunitet: faol va passiv bo‘lishi mumkin. Vaksinalar yordamida hosil qilinadigan immunitet **faol,** zardoblar yordamida xosil qilinadigan immunitet esa **passiv** immunitet xisoblanadi.

Sun’iy faol immunitetning kuchi uzoq muddat saqlansa, sun’iy faol bo‘lmagan immunitet qisqa davom etadi. Mikroorganizmlarga qarshi kurashda shilliq qavatlarning bakteriotsid xususiyati katta ahamiyatga ega. Kuz yoshida, balg‘amda, so‘lakda, kukrak sutida, qorin bo‘shlig‘idagi suyuqlikda qon zardobida mikroblarni halok qiladigan lizosin moddasi mavjuddir.

Emlash yo‘li bilan immunitet hosil qilish **vaksinatsiya** deyiladi. Emlash maxsus emlash taqvimi asosida olib boriladi. Profilaktik emlash ishlarining reja asosida o‘tkazilganligi tufayli 1978 yilda yer yuzida chinchechak butunlay tugatilgan. Butun Jaxon Sogliqni Saqlash Tashkiloti 2000 yilga borib yer yuzida shol (poliomielit) kasalligini mutloq tugatilishi shiorini o‘rtaga tashladi. Bu maqsadda rejali emlashdan tashqari, bu kasallik ko‘proq uchrab turadigan mamlakatlarda yoppasiga emlash kunlari utkazilmoqda. Uzbekistonda xam 1994 yildan boshlab "poliomielitga qarshi ommaviy emlash milliy kun" lari o‘tkazilmoqda.

Epidemiologik jarayon. Yuqumli kasalliklarning muayyan jamoada kelib chiqishi, tarqalish yo‘llari va ularning oldini olishga asoslangan qonuniyatlarini o‘rganadigan ta’limot **epidemiologiya** deyiladi. Epidemiologiya lotin tilidan “epi”- ko‘p, “demos”- aholi degan ma’noni anglatadi.

Epidemiologiya nuqtai nazaridan har bir yuqumli kasallikka xos **epidemik jarayon** mavjud. Lekin har qanday epidemik jarayon 3 bo‘g‘indan iborat.

- Infeksiya manbai.
- Kasallik mikroblarining tarqalishi.
- Kasallikka moyil odam.

Infeksiya manbai. Antroponoz kasalliklarda infeksiya manbai **odam** hisoblanadi. U bemor odam yoki bakteriya tashuvchi bo‘lishi mumkin.Zoonoz kasalliklarida infeksiya manbai odam yoki hayvon hisoblanadi. Masalan brutsellyozda infeksiya manbai faqat uy hayvonlari hisoblanadi. Kuydirgi o‘lat kabi kalliklarda kasal hayvon ham infeksiya manbaidir. Kasallik mikroblarining tarqalishi yo‘llari. Epidemik davom etishi uchun patogen mikrob, infeksiya manbaidan tashqariga chiqishi kerak. Har bir kasallikda mikrobning tarqalish yo‘llari turlicha bo‘ladi.

Nafas yo‘llari infeksiyasi havo - tomchi yo‘li bilan tarqalsa, ichak infeksiyalari mikroblari esa asosan najas bilan ajralib, sog‘lom kishi organizmiga og‘iz orqali tushadi. Odam va hayvon to‘qimalarida kasallik ko‘zgatuvchisi ko‘payishi uchun imkoniyat bo‘lgan taqdirdagina shu organizm yuqumli kasallikka moyil bo‘ladi. qizamiq, gripp kabi kasalliklar atrofdagi odamlarga juda oson yuqadi. Bug‘maning yuqish ehtimoli o‘rtacha, ichak infeksiyalarida undan ham kamroq.

Boshqa tomondan, yuqumli kasalliklarning qanchalik og‘ir o‘tishi odam organizmining genetik xususiyatlari, ushbu mikrobga qanchalik bardosh berishiga bog‘lik. Shu sababdan bir xil sharoitda kasalik yuqqan bo‘lsa ham, ba’zilarda uning alomatlari unchalik sezilmasa boshqalarda o‘rtacha og‘irlikda, hatto g‘oyat og‘ir holda kechishi mumkin.

Yuqumli kasallikka yo‘liqqan odamlarning ko‘p yoki ozligiga qarab, epidemiologik jarayonning turli xillari ajratiladi.

- **Sporadik kasalliklar**. Kasallikka yo‘liqqan kishilar soni unchalik kup bo‘lmaydi va bemorlar onda-sonda uchraydi.
- **Epidemiya**-yuqumli kasallikning bironta o‘lka, viloyatda yoki mamlakatda keng tarqalib ketishi.
- **Pandemiya** - bir vaqtda halkaro miqyosda, ya’ni bir necha mamlakat va qit’alar bironta yuqumli kasallikning keng tarqalib ketishi (masalan: xolera, gripp epidemiyalari).
- **Endemiya** - muayyan hududda bironta, yuqumli kasallikning doimiy uchrab turishi
- **Ekzotik** kasalliklar-xorijdan keltirilgan yukumli kasalliklar (masalan: bezgak, OITS kabilar)

Dezinfeksiya, dezenseksiya va deratizatsiya asoslari.

Yuqumli kasalliklar profilaktikasida dizenfeksiya ishlarining amalga oshirilishi katta axamiyatga ega.Dezinfeksiya tashqi mutitdagi yuqumli kasalliklarning qo‘zg‘atuvchilarini va ularning manbalarini yo‘qotish usullari va vositalari.Dezinfeksiya tarkibiga quyidagilar kiradi:

-Dezinfeksiya yuqumli kasalliklarni keltirib chiqaradigan mikroblarni tashqi atrof-muhitdan yo‘qotish haqidagi ta’limotdir.

-Dizenseksiya yuqumli kasalliklarni tarqatuvchi bug‘imoyoklilar (pashshalar, chivinlar, burgalar, bitlar, kanalar) ni qirish demakdir.

-Deratizatsiya yuqumli kasalliklarni tarqatuvchi kemiruvchilar (sichqon, kalamush, bursiq kabilar) ni qirishdir.

Profilaktik dezinfeksiya yuqumli kasallik manbai borligi noma’lum bo‘lganida ham muntazam ravishda o‘tkaziladi (suvni xlorlash yoki qaynatib ichish, sanitariya-gigiena qoidalariga amal qilish va boshqalar).

Manba **dezinfeksiyasi** yuqumli kasallik aniqlangan epidemik o‘choqda o‘tkaziladi.Joriy dezinfeksiya bemor uyida qolganida uning xonadonida, yuqumli kasallik shifoxonalarida bemor chiqindilarini tez-tez zararsizlantirib turishdan iborat:

Yakunlovchi dezinfeksiya bemorning uyida, uni shifoxonaga jo‘natgandan so‘ng yuqumli kasalliklar shifoxonalarida esa bemor uyiga ketganidan keyin amalga oshiriladi. Bemorning kiyim –kechaklari, ko‘rpa tushaklari dezinfeksion kameralarda dezinfeksiya qilinadi, idish- tovoqlari qaynatiladi.

Dezinfeksion apparatlar. Ishlov beriladigan yuzalarga dezinfeksiya va dezinseksiya qiladigan suvli eritmalar va suspenziyalarni tushirish uchun gidropultlar, avtomakslar, dezinfol, chang yutgich, lattadan foydalaniladi.

Ochiq tabiatdagi katta maydonlar, maydoni va hajmi katta yopiq binolar, hovlidagi sanitariya moslamalarini dezinfeksiya qilish uchun gidravlik, pnevmatik va pnevmogidravlik purkagichlari bo‘lgan mexanizatsiyalashgan purkagich apparatlardan foydalaniladi.

Dezinseksiya. Bo‘g‘imoyoqlilarga qarshi kurashish tadbirlari bo‘lib ikkiga bo‘linadi: a) profilaktik, b) qirib tashlash.

Profilaktik dezinseksiya choralari bo‘g‘imoyoqlilarni ko‘payishiga va ularni odam yashaydigan yoki yashamaydigan binolarga kirib qolishiga qarshi qo‘llanadi.

Qirib tashlash choralari bo‘g‘imoyoqlilarni ko‘payib chiqish joylarida, uchib kelib odamlar atrofida, uning tanasida, binolarda, jihozlarda yo‘qotishga qaratilgan. Dezinseksiya usullari: mexanik, fizik, biologik, kimyoviy.

Deratizatsiya-kemiruvchilarni qirish. Odatda kalamush, sichqon, yumronqoziqlarni qirish maqsadida zookumarin, rux fosfidi va boshqa zaxarli preparatlar qo‘llaniladi. Kemiruvchilarni qopqon yordamida ham qirish mumkin.

a) Profilaktik choralarga oziq-ovqat masulotlari, ularning qoldiqlarini kemiruvchilar tusha olmaydigan joylarda to‘g‘ri saqlash, uy-joy omborlar, bazalarga kemiruvchilar kira olmaydigan texnik chora-tadbirlar qo‘llanishi kiradi;

b) Kemiruvchilarni qirib yo‘qotishda mexanik, kimyoviy va biologik usullardan foydalaniladi.

Yuqumli kasalliklar tasnifi. Yuqumli kasalliklarni quyidagi gruhlarga bo‘lib o‘rganish tavsiya etilad:

1. Ichak yuqumli kasalliklari.
- Tipik (vabo, ichburug‘, tenidiozlar, lentasimon gijja, enterobioz)
-Toksikoinfeksiyalar (botulizm, salmonellezlar, stafilokokkli toksikoinfeksiyalar)
-Ichakdan tashqari organlarda patologik o‘zgarishlarga olib keladigan ba’zi ichak kasalliklari (amyobiaz, askaridoz, trixenellez, exinokokkoz)
- Ba’zi ichak kasalliklarida bakteremiya sodir bo‘ladi va mikroblar turli organlarni shikastlaydi (qorin tifi, paratif A, V, brutsellez, ornitoz, leptospiroz, rishta)

2.Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari.
- Qo‘zgatuvchilar kirgan va o‘rnashgan joyda ko‘payadi (ko‘kyo‘tal, qizamiq)
- Qo‘zg‘atuvchilar bakteremiya chaqirib turli organlarni shikastlaydi (meningokokkli va parotitli infeksiya)
- Qo‘zg‘atuvchilar bakteremiya chaqirib, terida va shilliq qavatlarda spetsifik o‘zgarishlarga olib keladi(chinchechak, suvchechak, moxov)
- Havo-tomchi yo‘lidan tashqari kontakt yo‘li bilan ham yuqadi (difteriya, skarlatina)

3.Qon orkali yuqadigan yuqumli kasalliklar.
- Tipik (malyariya, rikketsiozlar, leyshmanioz, endemik ensefalit, qaytalama terlama)
- Boshqa hamma qon orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar zoonozdirlar (o‘lat, tuleremiya)

4.Teri va shilliq pardalarda joylashgan yuqumli kasalliklar.
-Patologik o‘zgarishlar yuzaki joylashgan (traxoma, qo‘tir, psoriaz, streptotrixozlar)
- Jarohatdan keyingi yuqumli kasalliklar (saramas, qoqshol, piodermiya, kuydirgi)
- Patologik o‘zgarish to‘qimaning chuqur qismida bo‘ladi(aktinomikoz, sap, yaщur, shistosomoz, ankilostomidoz)
-.Hayvon Qopgandan so‘ng (quturish, sodoku).

5.Turli yo‘llar bilan yuqadigan yuqumli kasalliklar (kuydirgi, sil, o‘lat, tulyaremiya, difteriya, skarlatina).
Yuqumli kasalliklar manbaiga qarab 3 guruxga bo‘linadi:
1. antrponozlar.
2. zoonozlar.
3. antropozoonozlar.

Yuqumlikasalliklar klinikasi. Kechishi bo‘yicha yuqumli kasalliklar 4 davrgi bo‘linadi:inkubatsion (yashirin) infeksiya yuqqanidan kasallikning birinchi simptomlari paydo bo‘lguncha.
- boshlang‘ich (prodromal) kasallikning birinchi simptomlari paydo bo‘lgandan kasallik avj olguncha
- avj olgan davri kasallikning asosiy klinik simptomlari yaqqol namoyyon bo‘lganda
- so‘nish davri (rekonvalissensiya, tuzalish) kasallikning klinik simptomlari so‘nish davri.
- yuqumli kasalliklar kechishi bo‘yicha o‘tkir, cho‘zilgan va surunkali bo‘ladi.
- o‘tkir kechish – kasallik boshlangandan 3 oygacha davom etadi
- chuzilgan – kasallik 3 oydan- 6 oygacha davom etadi

- surunkali- 6 oydan va undan ko‘p vaqtgacha.

Profilaktikasi maxsus va nomaxsus bo‘ladi. Nomaxsus profilaktikaga sanitariya oqartuv ishlari, aholini sanitariya gigienik saviyasini oshirish, dezinfeksiya, dezinseksiya chora tadbirlari va boshqalar kiradi. Maxsus profilaktika organizmda aniq bir kasallikka immunitet hosil qilishga asoslanadi. Bunga vaksinatsiya, anatoksinlar-aktiv sun’iy immunitet hosil qilish uchun; gamma globulinlar-passiv sun’iy immunitet hosil qilish maqsadida qo‘llaniladi.

yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi va hamshiralik jarayoni

Yuqumli kasallikga chalingan bemorlarni parvarish qilish, parvarish rejasini tuzish, uni amalga oshirish, bemorlar ahvolini yengillashtirish xamshiralardan bilim ,chaqqonlik va mahorat talab qiladi**.**

Ish kuni kasal to‘shagi yonida navbatchilik qabul qilib olishdan boshlanadi. Og‘ir yotgan kasallar va yangi kelganlarga birinchi navbatda xizmat ko‘rsatiladi.

Yuqumli kasallik vaqtida bemorlardan qattiq isitma chiqib turishi va organizmning umumiy zaharlanishi, ishtahasi pasayib, ko‘ngil aynib turishiga, qayt qilishi, qusishi, chanqashiga olib keladi. Bemorlarni ovqatlantirish hamshiradan katta sabr–toqatni talab qiladi, ularga mo‘l-ko‘l suyuqlik ichirib turish ham kerak bo‘ladi. Hamshira bemorga tez-tez, oz-ozdan suv, limonli iliq choy, meva suvlari ichirib turishi lozim. Oziq-ovqatlarda vitaminlar kamayib qoladigan kezlarida ko‘proq vitaminli meva suvlari, namatak qaynatmasi, limon, apelsinlar olib berib turish kerak (kasal me’da- ichak yo‘lining ahvoli bunga imkon beradigan bo‘lsa). Bemorning tomog‘idan narsa o‘tishi qiyinlashib qolganida u zond orqali yoki oziqli klizmalar yordamida ovqatlantirib turiladi.

Bemorning harorati kuniga 2 mahal: ertalab soat 7 va kechqurun soat 6 da o‘lchab turiladi, lekin vrachning buyurganiga qarab kuniga 2-3 mahal ham o‘lchab turiladi (bezgak, sepsis va boshqalarda). Harorat oldin bemorning qo‘ltiq tagini quritib olib, faqat quruq termometr bilan va faqat hamshiraning ko‘z oldida (ayniqsa bemor o‘zini har alfosda tashlab besaranjom bo‘lib yotganda yoki o‘zini bilmay yotganida) o‘lchanadi. Haroratni o‘lchash natijalari bemor to‘shagi yonida turadigan harorat varag‘iga yozib qo‘yiladi.Isitma baland bo‘lsa buni darrov shifokorga ma’lum qilinadi. Uning aytganiga qarab bemor boshiga yoki yirik bo‘yin venalariga muzli haltachalar qo‘yiladi, unga suv ichiriladi, venasi yoki mushak orasiga amidopirin yuboriladi, badaning terisi mentol spirt bilan artiladi, xona shamollatiladi.

Tibbiyot hamshirasi buyurilgan rejimga amal qilinishini kuzatib borishni va buning zarurligini bemorga tushuntirishi lozim. Chunonchi qorin tifi bilan og‘rigan bemor vaqtidan ilgari o‘rnidan turib yurib ketadigan bo‘lsa, ichagining devori yorilib qolishi yoki ichagidan qon ketishi mumkin.

Dumbalar sohasiga ukol qilib antibiotiklarni uzoq muddatgacha hadeb mushaklar orasiga yuboraverish natijasida infiltratlar paydo bo‘lib, absesslarga aylanib ketishi mumkin, tabiiyki, bu oqibatni yomonlashtirib qo‘yadi. Aseptika va antiseptikaga qattiq rioya qilishdan tashqari dumbalar, sonlar sohasiga grelka qo‘yish, parafin aplikatsiyalarini qilish, UVCh singari oddiy uslublarni ham unutmaslik kerak. Antibiotiklarni og‘izdan ichirib turish ko‘pincha, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardasida ba’zan disbakterioz paydo bo‘lishiga olib keladi: aftlar,

yara-chaqalar, gingivit paydo bo‘lishi, bemor og‘zi qattiq og‘rib, achishib turganidan ovqat yeya olmay qolishi mumkin. Bunday holatlarda og‘iz shilliq qavatlarga kaliy permanganat, brilliant yashili eritmasi surib turiladi; og‘izni soda eritmasi bilan chayqash, shilliq pardaga asal, nistatin bilan moydan tayyorlangan maz surtib turish durust natija beradi; tilga suvli glitserin surtib turiladi. Mana shu davrda bemorning og‘zini achishtirmaydigan muloyim sal iliq ovqatlar bilan ovqatlantirib borish, unga ko‘p suyuklik ichirib turish kerak. Mana shu chora tadbirlarning hammasi yiringli parotitning oldini oladigan choralar bo‘lib ham xisoblanadi.Ko‘pgina infeksiyalar (gripp, meningitlar, qizamiq, ko‘k yo‘tal, tiflar va boshqalar) vaqtida tez-tez uchrab turadigan asorat bo‘lmish zotiljam kasalligining oldini olish maqsadida bemorni yotgan o‘rnida tez-tez bir yonboshidan ikkinchisiga ag‘darib yotqizib qo‘yish, palatani shamollatib turish, kislorod berish va nafas yo‘llariga ovqat tushib qolib, keyin aspiratsion zotiljam paydo bo‘lmasligi uchun bemorni yedirib-ichirayotganda juda ehtiyot bo‘lish kerak; xantallarni yaxshisi yaltiroq qog‘oz ustidan uzoqroq vaqtga qo‘yib qo‘ygan ma’qul, shunda bular badanni ancha chuqurroq va yaxshiroq qizdiradi; mo’neliklar bo‘lmagan mahallarda bankalar qo‘yiladi.

Bemorlar o‘rnida uzoq yotadigan va harorati ko‘tarilib turgani uchun ko‘pincha qabziyat boshlanib, qorni dam bo‘lib ketadi(meteorizm). Bunday hollarda gaz o‘tkazib turuvchi naycha qo‘yib qo‘yiladi, ichni tozalaydigan gipertonik yoki sifonli huqna qilinadi.Organizm suv muvozanatini hisobga olib borish uchun bemorning sutkalik diurezini sinchiklab hisoblab borish zarur, vabo, ovqat toksikoinfeksiyalari, meningokokk infeksiyasi singari kasalliklarda bu ayniqsa muhim bo‘ladi. Bemorning ichgan hamda unga parenteral yo‘l bilan yuborilgan suyuqlik miqdorini sutkalik siydik miqdori, ya’ni diurezga solishtirib ko‘rish yo‘li bilan suv balansi to‘g‘risida tasavvur qilish mumkin. Hamshira bemorning yonida bo‘ladigan tibbiyot hamshirasi uning ahvolidagi o‘zgarishlarni birinchi bo‘lib shifokorga ma’lum qilib turishi, basharti yaqin orada shifokor bo‘lmay qolsa, shoshilinch yordam bera bilishi kerak.

Nazorat uchun savollar

1.Mikroblar morfologiyasi va fiziologiyasi.
2.Saprofit va patogen mikroblar to‘g‘risida tushuncha.
3.Saprofit mikroblarning odam organizmida ,sanoatda tutgan o‘rni.
4.Tabiatda uchraydigan mikroorganizmlar gruxlari ,ularning tuzulishi va xsusiyatlari.
5.Yuqumli kasalliklarning tarixi,asosiy klinik simptomlari,tarqalish yo‘llari,
6.Yuqumli kasalliklarni diagnostikasi va davolash yo‘llari,profilaktikasi.
7.Imunitet xaqida tushuncha. 8.Immunitetning turlari.
9.Antigen va antitelolar xaqida ma’lumot.
10.Allergik reaksiyalar,uning rivojlanishi, bosqichlari.
11.Vaksinalar,ularning tayyorlanishi.
12.Vaksinalar turlari,ularni saqlash tartibi
13.Emlash ishlarini olib borilish tartibi.
14.Epidemiya va epidemiolgik jarayon.
15.Epidemiologik jarayon turlari.

16.Dezenfeksiya va uning turlari.
17.Dezenseksiya va deratizatsiya tadbirlari.
18.Dezenfeksiya uchun qullaniladigan apparatlar
19.Dezenfeksion eritmalar,ularning ishlatilishi.

Mavzulashtirilgan testlar:

1. Reinfeksiya nima?
A.Mazkur qo‘zg‘atuvchi bilan qayta zararlanish
V.Infeksiya tashuvchanlik
S.Uzoq davom etadigan yuqumli kasallik
D.Birinchi infeksiya yuqolmasdan ikkinchisi qo‘shilishi

2.Infeksion jarayon:
A.Patogen-mikroorganizm bilan makroorganizmning o‘zaro munosabati
V.Patogen mikroorganizm uning yuqish yo‘llari moyil makroorganizmlar
S.Mikroorganizm ta’sirida mikroorganizmda kasallik kelib chikishi
D.Yukumli kasallik

3.Epidemik jarayon nima?
A.Yuqumli kasallik qo‘zg‘atuvchilarining kishilar jamoasi orasida tarqalishi
V.Kasallikning avj olishi
S.Infeksiya tashuvchanlik
D.Kasallikning sog‘lom odamga yuqishi

4.Dezinfeksiya nima?
A.hashoratlarni yuqotish
V.Kasallik qo‘zg‘atuvchilarini tashqi muhitda yuqotish
S.Kasal hayvonlarni yuqotish
D.Kemiruvchilarni yuqotish

5.Dezinseksiya nima?
A.Kemiruvchilarni yuqotish
V.Kasallik qo‘zg‘atuvchilarini tashqi muhitda yuqotish
S.Kasal hayvonlarni yuqotish
D.hashoratlarni yuqotish

Vaziyatli masalalar

1-masala

Qishloq hududida ichimlik suvi ochiq ariqlardan olinadi. Aholi orasida ich ketishi, qusish va tana haroratining ko‘tarilishi bilan kechuvchi kasallik ko‘paydi. Laborator tekshiruvda bemorlarning ayrimlarida Cholera aniqlangan.
Savollar:

- Kasallikning yuqish yo‘lini aniqlang.
- Qaysi ijtimoiy va gigiyenik omillar sabab bo‘lgan?
- Oldini olish choralarini belgilang.

2-masala

Talabalar yotoqxonasida bir nechta talaba yo‘tal, isitma va kechasi terlashdan shikoyat qildi. Tekshiruvda ularda Tuberculosis aniqlangan.
Savollar:

- Kasallikning asosiy yuqish mexanizmi qanday?

- Yotoqxona sharoitining roli nimada?
- Profilaktika choralarini ayting.

3-masala

Bolalar bog‘chasida emlanmagan bolalar orasida toshma va yuqori isitma bilan kechuvchi kasallik tarqaldi. Shifokor Measles tashxisini qo‘ydi.

Savollar:

- Kasallikning o‘ziga xos xususiyatlari nimalardan iborat?
- Ijtimoiy omil sifatida emlashning ahamiyati qanday?
- Epidemiyaga qarshi qanday choralar ko‘riladi?

4-masala

Shaharda ko‘chib kelgan migrantlar zich joylashgan hududda yashamoqda. Sanitariya sharoiti past. Aholi orasida Typhoid fever bilan kasallanish ko‘paydi.

Savollar:

- Kasallikning manbai va yuqish yo‘llari qanday?
- Ijtimoiy muhitning ta’sirini tushuntiring.
- Sanitariya tadbirlarini belgilang.

5-masala

OIV bilan kasallangan bemorlar soni ma’lum hududda ortib bormoqda. Tekshiruv natijasida ko‘pchilik himoyalanmagan jinsiy aloqa va steril bo‘lmagan tibbiy asbob-uskunalardan foydalanganligi aniqlangan. Tashxis: HIV/AIDS.

Savollar:

- Kasallikning yuqish yo‘llarini sanang.
- Ijtimoiy xulq-atvor omillarini izohlang.
- Profilaktik chora-tadbirlar nimalardan iborat?

6-masala

Yoz faslida chiqindilar o‘z vaqtida olib chiqilmaydi. Pashshalar ko‘paygan. Bolalarda ichak infeksiyalari soni oshgan, ayrimlarida Dysentery aniqlangan.

Savollar:

- Kasallikning yuqish mexanizmi qanday?
- Atrof-muhit gigiyenasining ahamiyati nimada?
- Oldini olish choralarini ayting.

7-masala

Aholi orasida qishda grippga o‘xshash kasallik tez tarqaldi. Ko‘pchilik yopiq, shamollatilmaydigan xonalarda ishlaydi. Shifokorlar Influenza tashxisini qo‘ydi.

Savollar:

- Kasallikning epidemik xususiyatlari qanday?
- Ijtimoiy va ekologik omillarni tahlil qiling.
- Profilaktika choralarini belgilang.

8-**masala**

Tog‘li hududda chorvachilik bilan shug‘ullanuvchi aholida terida yara va isitma bilan kechuvchi kasallik uchramoqda. Tekshiruvda Anthrax aniqlangan.

Savollar:

- Kasallikning manbai nima?
- Kasallik kelib chiqishida kasb sharoitining o‘rni qanday?
- Himoya choralarini sanang.

“Klaster” metodi

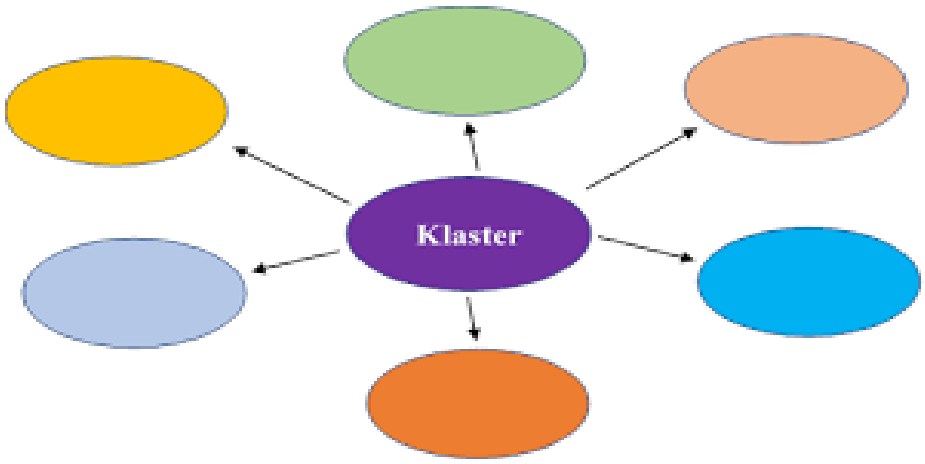
Maqsad: Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlarini tizimlashtirish.

Markaziy tushuncha:
Yuqumli kasalliklar

Shoxlari:

- Kasallik qo‘zg‘atuvchisi (virus, bakteriya, zamburug‘)
- Yuqish yo‘llari
- Tarqalish tezligi
- Profilaktika choralar
- Ijtimoiy sharoit ta’siri
- Atrof-muhit omillari

Talabalar guruhda klaster tuzadi va taqdim qiladi.



2.1.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari**.

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Kasalxona ichi infeksiyalari tushunchasi va kelib chiqish sabablari 2.Kasalxona ichi infeksiyalarining asosiy manbalari va yuqish yo‘llari 3.Yuqumli kasalliklarning oldini

	olishda sanitariya-gigiyena talablarining ahamiyati 4.Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda **"aqliy hujum"** usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O'quv faoliyatini natijalari**:
Yuqumli kasalliklar faniga kirish. Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida	Yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik ishi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi va bo'limlarining tuzilishi, ish tartibi,

ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o‘tkazishda hamshiraning tutgan o‘rni.	me’yoriy xujjatlari. Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish tartibi.Yuqumli kasalliklar bilan og’rigan bemorlarni davolash va parvarishlash xususiyatlari.
O’qitish metodlari	“Kichik guruhlarda ishlash ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: **Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari.**

Reja

1. Kasalxona ichi infeksiyalari tushunchasi va kelib chiqish sabablari
2. Kasalxona ichi infeksiyalarining asosiy manbalari va yuqish yo‘llari
3. Yuqumli kasalliklarning oldini olishda sanitariya-gigiyena talablarining ahamiyati
4. Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish

Kasalxona ichi infeksiyalari (KII) yoki nosokomial infeksiyalar — shifoxonaga kirgandan so‘ng bemorlarda rivojlanadigan, ularning o‘zi bilan olib kelgan yoki shifoxona muhitidan yuqqan yangi infeksiyalar bo‘lib, stafilokokklar, streptokokklar, grammanfiy bakteriyalar (ko‘k yiring tayoqchalari kabi) va viruslar (rotaviruslar) sabab bo‘ladi, bemorlar va xodimlarning zaif immuniteti, sanitariya qoidalariga rioya qilmaslik va mikroblarning shifoxona sharoitida ko‘payishi esa asosiy kelib chiqish sabablaridir.

Kasalxona ichi infeksiyalari (KII) tushunchasi

- **Ta’rif**: Bemor shifoxonaga yotqizilgandan so‘ng, odatda, davolashning 48-72 soati o‘tgach paydo bo‘ladigan yangi infeksiyalar. Ular bemorning o‘zi olib kelgan (endogen) yoki shifoxona muhitidan yuqqan (ekzogen) bo‘lishi mumkin.
- **Sababchi agentlar**:

- **Bakteriyalar**: Stafilokokklar (ayniqsa, *Staphylococcus aureus*), streptokokklar, grammanfiy tayoqchalar (ko‘k yiring tayoqchasi, E. coli), Klebsiella, Pseudomonas aeruginosa.
- **Viruslar**: Rotaviruslar, noroviruslar.
- **Shartli-patogen mikroorganizmlar**: Sog‘lom odam mikroflorasida bo‘ladigan, lekin immuniteti sus bemorlarda kasallik keltirib chiqaradiganlari.

Kelib chiqish sabablari

- **Bemorga bog‘liq omillar**:
- **Susaygan immunitet**: Kasalliklar, yoshi, immunitetni tushiruvchi dorilar sababli bemorning tabiiy himoya kuchlari zaiflashadi.
- **Invazivlik**: Tomir ichiga kateterlar, siydik kateterlari, ventilyatsiya apparatlari orqali mikroblarning to‘g‘ridan-to‘g‘ri kirib kelishi.
- **Shifoxona muhitiga bog‘liq omillar**:
- **Sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik**: Qo‘llarni to‘g‘ri yuvmaslik, dezinfeksiya qoidalarining buzilishi.
- **Mikroblarning yuqori kontsentratsiyasi**: Kasalxona xonalari, asbob-uskunalar, xodimlar orqali infeksiyaning tarqalishi.
- **Antibiotiklarga chidamli mikroblarning rivojlanishi**: Antibiotiklarni noto‘g‘ri qo‘llash natijasida mikroblarning dorilarga chidamliligi oshadi.
- **Infeksiya tarqalish yo‘llari**:
- **Kontakt-uy-ro‘zg‘or**: Infeksiya qo‘llar orqali, bemorlar, xodimlar, bemor buyumlari orqali tarqaladi.
- **Havo-tomchi**: Yo‘talish, aksirish orqali tarqaluvchi infeksiyalar.
- **Oziq-ovqat orqali**: Sanitariya sharoiti buzilgan taomlar.
- **Asboblar orqali**: To‘g‘ri sterilizatsiya qilinmagan tibbiy asboblar.

Shifoxona ichi infeksiyasi - bemor shifoxonada davolanishi yoki tibbiy yordamga murojaat qilishi natijasida, kasallik belgilari statsionarda yoki undan chiqqandan so‘ng ambulatoriya-poliklinika muassasasida yoki uy sharoitida paydo bo‘lishidan qat’iy nazar yuqumli kasalliklarni keltirib chiqaruvchi mikroorganizmlar qo‘zg‘atadigan shuningdek, tibbiyot xodimining ish faoliyati davomida yuqishi oqibatida yuzaga keluvchi yuqumli kasallikdir.

Shifoxona ichi infeksiyasi lotincha pososotit, yunoncha posokoteo — shifoxona. Ushbu termin “shifoxona ichi” infeksiyasining sinonimidir. Shifoxonaga tushishdan oldin mavjud bo‘lgan infeksiyaning davomi yoki asorati bo‘lgan yuqumli kasalliklar ShII bo‘lib hisoblanmaydi. Shuning bilan birga bemordagi yuqumli kasallikdan tashqari boshqa infeksiya rivojlanishi yoki mavjud bo‘lgan infeksiya ustiga yangi qo‘zg‘atuvchining qo‘shilishi (paydo bo‘lishi) ShII deb baholanadi.Shifoxona ichi infeksiyasi qo‘zg‘atuvchilari o‘z tuzilishiga ko‘ra viruslardan tortib bir xujayrali jonivorlargacha bo‘lishi mumkin. ShII

qo‘zg‘atuvchilari ko‘pincha bakteriyalar, kamdan-kam holatlarda viruslar va zamburug‘lar bo‘lishi mumkin.

Shifoxona ichi infeksiyalarining epidemiologiyasi. Ko‘pchilik ShII antroponozlarga kiradi. Antropoz tabiatli ShII qo‘zg‘atuvchilar va ba’zi zooantroponozlarning manbai bemorlar, tibbiyot xodimlari, bemorni parvarish qilish uchun jalb etilgan qarindoshlar, tashrif buyuruvchilar bo‘lishi mumkin. So‘nggi yillarda qator ShII infeksiya qo‘zg‘atuvchisining manbai sifatida tibbiyot xodimlarining ahamiyati oshib bormoqda. Bemorlarni parvarish qilish uchun jalb etiluvchi shaxslar ShII qo‘zg‘atuvchilarining manbai sifatida bemorlar va tibbiyot xodimlaridan keyin 3 o‘ringa qo‘yildi.ShII ortib borishi quyidagi qamrovli omillar bilan bog‘liqdir: - holsizlangan bemorlar va doimo hamda yaqindan bemorlar bilan muloqotda bo‘luvchi tibbiyot xodimlarining katta zichligiga ega bo‘lgan o‘ziga xos ekologiyaga ega bo‘lgan yirik shifoxona komplekslarining barpo etilishi; - qo‘zg‘atuvchilarni invaziv aralashuvlar, davolash va diagnostik tibbiy muolajalar, tibbiy apparaturaning qo‘llanilishi bilan bog‘liq bo‘lgan sun’iy yuqish yo‘llarining shakllanishi; - infeksiyaning yashirin shakllari bo‘lgan yoki tashuvchilari bo‘lgan mijozlar, tibbiyot xodimlari, bemorlar ko‘rinishida bo‘lgan ShII doimiy manbalari; - antibiotiklarning keng qo‘llanilishi; - yuqori chidamlilikga ega bo‘lgan gospital ichi shtammlarning shakllanishi; - xavf omillari kontingenti – zamonaviy tibbiyot yutuqlari tufayli parvarish qilinadigan va davolanadigan bemorlarning ko‘payishi; - “hayotning ikkita qutbida” joylashuvchi bemorlar ulushining ortishi, bemorlar orasida keksa yoshdagilarning ko‘payishi; - diagnostika va davolash uchun murakkab moslamalar va asboblarning keng qo‘llanilishi; - davolash muassasalarida sanitariya-gigienik tartibning buzilishi ShII bilan kasallanishning keskin ortishi va avj olishiga olib keladi.

ShII yuqish mexanizmlari va yo‘llari: Fekal-oral, havo-tomchi, transmissiv, muloqot-maishiy, parentral, vertikal, alimentar.

ShII profilaktikasi va ular bilan kurashish choralari: Infeksiya qo‘zg‘atuvchilari manbalarini erta aniqlash va oldini olish bo‘yicha ishlarni tashkil etish muhim ahamiyat kasb etadi: - mijozlar va tibbiyot xodimlari orasida bemorlar va tashuvchilarni erta va maksimal tarzda to‘liq aniqlash; - bemorlarni qabul qilishda to‘g‘ri saralash; - yiringli-yallig‘lanishli va boshqa yuqumli kasalliklari bo‘lgan bemorlarni aniqlash; - tug‘ruqxonaning fiziologik bo‘limi, “toza” va yiringli jarrohlik bo‘limiga kelib tushadigan bemorlar oqimini chegaralash; - ShII bemorlarni o‘z vaqtida alohidalash hamda tegishli bo‘limlari va palatalarga o‘tkazish; - tibbiyot xodimlari orasida bemorlarni aniqlash uchun “filtr” faoliyatini tashkil etish.

Shifoxona ichi infeksiyasi profilaktikasida bir martalik vositalarning (shprislar, qon, eritmalar quyish uchun sistemalar) qo‘llanilishi artifitsial zararlanishni oldini olishda muhim o‘rin tutadi. Biroq, tibbiyot vositalarining barchasi ham bir marta qo‘llanilish uchun mo‘ljallanmagan. Markaziy sterilizatsiya bo‘limlarini (xonalar) tuzib, ularning ishonchligini fizik, kimyoviy va bakteriologik testlar yordamida tekshirish lozimdir. Dezinfeksiya tartibiga rioya etilishini uning tashkil etilishi, dezinfeksiya preparatlarini shifoxonaga tushgan vaqtidan boshlab ishchi eritmalarning qo‘llanilishigacha nazorat qilish zarur bo‘ladi. Dezinfeksion eritmalarni noto‘g‘ri saqlaganda va konsentratsiyasi pasaytirilgan eritmalarni qo‘llaganda ularning qo‘llanilishi o‘z mazmunini yo‘qotadi. Tug‘ruqga yordam beruvchi muassasalar, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarish etish bo‘limlari, jarrohlik yo‘nalishidagi bo‘limlarda kamerali dezinfeksiya ham muhim ahamiyatga egadir. ShII avj olishini oldini olish uchun oziq-ovqat bloklari faoliyati, oziq-ovqat mahsulotlarini qayta ishlash va sotish, ayniqsa, sut va go‘sht mahsulotlari, tuxum mahsulotlari, salatlar, venegretlarni sotish ustidan nazorat o‘rnatish muhimdir. Qon bilan ishlovchi tibbiyot xodimlari (muolaja hamshiralari, jarrohlar, akusherginekologlar, stomatologlar, klinik va biokimyoviy laboratoriyalar, qon quyish stansiyalarining xodimlari) V gepatitga qarshi emlanishi lozimdir. Shuningdek, tibbiyot xodimlari tomonidan gigienik qoidalarga so‘zsiz rioya etilishi talab etilishi kerak bo‘ladi. Qo‘lni sovun bilan yaxshilab yuvish kabi oddiy muolaja kasallanishni 20-50% kamaytirishi mumkin.

Epidemiologik nazorat. ShII epidemiologik nazoratning tizimi o‘z ichiga quyidagi elementlarni oladi: - ShII hisobga olish va ro‘yxatga olish; - ularning etiologik tarkibini aniqlash; - DPM tashqi muhit ob’ektlarini sanitar bakteriologik tekshirish; - patogen va shartli patogen organizmlarning sirkulyatsiyasini o‘rganish; - mikroorganizmlarning tarqalish kengligi hamda antibiotiklar, antiseptiklar va dezinfektantlarga chidamlilik spektrini aniqlash; - tibbiyot xodimlarining salomatlik holati (kasallanishi, epidemiologik jihatdan ahamiyatga ega bo‘lgan mikroorganizmlarni tashuvchanligi) ustidan nazorat qilish; - DPM sanitar-gigienik va epidemiyaga qarshi tartibga rioya etilishini nazorat qilish; - ShII bilan kasallanishning tahlil qilinishi (joriy va retrospektiv) qo‘zg‘atuvchilarning manba’i, yuqish yo‘llari va omillari, shuningdek, qo‘shimcha zararlanish to‘g‘risida xulosaga kelish imkoniyatini beradi.

Yuqumli kasalliklarning oldini olishda sanitariya-gigiyena talablarining ahamiyati

Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarning oldini olishda sanitariya-gigiyena talablariga qat’iy rioya qilish muhim o‘rin tutadi. Bu talablar tibbiy

muassasalarda xavfsiz muhitni yaratish, bemorlar va tibbiy xodimlar sog‘lig‘ini muhofaza qilishga qaratilgan asosiy chora-tadbirlar hisoblanadi.

Sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilinmasligi kasalxona ichi infeksiyalarining keng tarqalishiga sabab bo‘ladi. Ayniqsa, jarrohlik bo‘limlari, reanimatsiya, tug‘ruq zallari va infeksion bo‘limlarda gigiyenik talablarning buzilishi og‘ir asoratlar keltirib chiqarishi mumkin.

Sanitariya-gigiyena talablariga quyidagilar kiradi:

— xonalarni muntazam shamollatish;

— nam tozalashni dezinfeksiyalovchi vositalar bilan olib borish;

— tibbiy asbob-uskunalarni to‘g‘ri saqlash;

— bemorlar palatalarida tozalikni ta’minlash;

— yotoq anjomlarini o‘z vaqtida almashtirish.

Tibbiy xodimlar tomonidan qo‘l gigiyenasiga rioya qilinishi eng muhim talab hisoblanadi. Qo‘llarni yuvish va antiseptik bilan ishlov berish ko‘plab infeksiyalarning oldini oladi. Shuningdek, niqob, qo‘lqop, xalat kabi shaxsiy himoya vositalaridan to‘g‘ri foydalanish infeksiya yuqish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi.

Sanitariya-gigiyena tadbirlariga rioya etish bemorlarning davolanish jarayonini tezlashtiradi, asoratlar sonini kamaytiradi va kasalxona ichida epidemiologik barqarorlikni ta’minlaydi. Shu sababli har bir tibbiy xodim bu talablarni bilishi va kundalik ish faoliyatida qat’iy bajarishi zarur.

Sanitariya va gigiyena tushunchasi

Sanitariya — aholi salomatligini saqlashga qaratilgan tashkiliy, texnik va tibbiy choralar majmuasidir.

Gigiyena — sog‘liqni saqlash va kasalliklarning oldini olishga qaratilgan ilmiy asoslangan qoidalar tizimi.

Sanitariya-gigiyena talablari jamiyat salomatligini ta’minlashda asosiy profilaktik omil hisoblanadi.

Yuqumli kasalliklar quyidagi yo‘llar bilan yuqadi:

1. Havo-tomchi yo‘li – yo‘tal, aksirish orqali (masalan, Influenza).
2. Fekal-oral yo‘l – ifloslangan suv va oziq-ovqat orqali (masalan, Typhoid fever).
3. Kontakt yo‘li – bevosita muloqot orqali.
4. Qon orqali – tibbiy asboblar yoki biologik suyuqliklar orqali.
5. Transmissiv yo‘l – hasharotlar orqali.

Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilish

Aseptika va antiseptika kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarning oldini olishda eng muhim profilaktik choralar hisoblanadi. Ushbu qoidalar tibbiy muolajalar vaqtida mikroorganizmlarning bemor organizmiga tushishining oldini olishga qaratilgan.

Aseptika — bu mikroblarning yara, qon, to‘qimalar va organizm ichki muhitiga tushishini oldini olishga qaratilgan choralar majmuasidir. Aseptikaning asosiy

maqsadi — sterillikni saqlashdir. Jarrohlik amaliyotlari, in’eksiya, qon quyish va bog‘lam qo‘yish vaqtida aseptika qoidalariga qat’iy rioya qilinishi shart.
Aseptika talablariga quyidagilar kiradi:
— steril asbob-uskunalardan foydalanish;
— steril qo‘lqop, xalat va niqob kiyish;
— steril materiallarni yopiq holda saqlash;
— toza va iflos zonalarni qat’iy ajratish;
— bir martalik tibbiy buyumlardan foydalanish.
Antiseptika esa organizmga tushib bo‘lgan mikroorganizmlarni yo‘q qilish yoki ularning ko‘payishini to‘xtatishga qaratilgan tadbirlar majmuasidir. Antiseptika jarohatlar, teri, shilliq qavatlar va qo‘llarga qo‘llaniladi.
Antiseptika turlari quyidagilardan iborat:
— mexanik antiseptika (yuvish, tozalash);
— kimyoviy antiseptika (spirt, yod, xloramin va boshqalar);
— biologik antiseptika (antibiotiklar);
— fizik antiseptika (ultrabinafsha nurlar, drenaj).
Aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilinmasligi infeksiya tushishiga, yiringli asoratlar, sepsis va boshqa og‘ir holatlarning kelib chiqishiga sabab bo‘ladi. Shu sababli har bir tibbiy xodim bu qoidalarni chuqur bilishi va kundalik amaliyotda to‘liq bajarishi lozim.
Ayniqsa, hamshiralarning bu boradagi mas’uliyati katta bo‘lib, ular har bir muolaja oldidan va keyin gigiyenik ishlovlarni to‘g‘ri bajarishi orqali bemor hayotini saqlab qolishda muhim rol o‘ynaydi.

Dezinfeksiya, sterilizatsiya va presterilizatsion tozalash tadbirlari

Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarning oldini olishda dezinfeksiya, sterilizatsiya va presterilizatsion tozalash tadbirlari muhim ahamiyatga ega. Ushbu chora-tadbirlar tibbiy asbob-uskunalar, xonalar va buyumlar orqali infeksiya yuqishini bartaraf etishga qaratilgan.
Dezinfeksiya — tashqi muhitda mavjud bo‘lgan kasallik qo‘zg‘atuvchilarini yo‘q qilish yoki ularning faoliyatini susaytirish jarayonidir. Dezinfeksiya kasalxonada kundalik ravishda amalga oshiriladi va u bemor palatalari, muolaja xonalari, asbob-uskunalar, tibbiy chiqindilar va xodimlar kiyimlariga nisbatan qo‘llaniladi.
Dezinfeksiya turlari:
— joriy dezinfeksiya (bemor bo‘lgan paytda);
— yakuniy dezinfeksiya (bemor chiqarilgach);
— profilaktik dezinfeksiya (oldini olish maqsadida).
Presterilizatsion tozalash — asboblarni sterilizatsiyadan oldin mexanik va kimyoviy yo‘l bilan tozalash bosqichidir. Bu jarayonda qon, biologik suyuqliklar va dori qoldiqlari butunlay olib tashlanadi. Agar bu bosqich to‘g‘ri bajarilmasa, sterilizatsiya samarasiz bo‘ladi.
Presterilizatsion tozalash bosqichlari:
— asboblarni yuvish;
— maxsus eritmalarda ivitish;
— mexanik tozalash;

— suv bilan chayish;
— quritish.

Sterilizatsiya — mikroorganizmlarning barcha turlarini, shu jumladan sporalarni ham to‘liq yo‘q qilish jarayonidir. Sterilizatsiya jarrohlik asboblari, ignalar, shpritslar, bog‘lam materiallari uchun majburiy hisoblanadi.

Sterilizatsiya usullari:
— bug‘li (avtoklav);
— quruq issiqlik (shkaf);
— kimyoviy usul;
— gazli usul;
— radiatsion usul.

Mazkur jarayonlarning to‘g‘ri bajarilishi kasalxona ichi infeksiyalarining oldini olishda muhim o‘rin tutadi. Hamshira dezinfeksiya va sterilizatsiya qoidalariga qat’iy rioya qilishi, ishlatilgan asboblarni o‘z vaqtida qayta ishlashi va steril materiallardan to‘g‘ri foydalanishi shart.

Shunday qilib, dezinfeksiya, presterilizatsion tozalash va sterilizatsiya tadbirlari tibbiy muassasalarda xavfsiz muhit yaratishning asosiy omillaridan biridir.

Nazorat savollari

1. Kasalxona ichi infeksiyalari deganda nima tushuniladi?
2. Kasalxona ichi infeksiyalarining asosiy manbalari qaysilar?
3. Sanitariya-gigiyena talablarining ahamiyatini tushuntiring.
4. Aseptika va antiseptika tushunchalariga ta’rif bering.
5. Dezinfeksiya turlari va ularning farqini izohlang.
6. Presterilizatsion tozalash nima uchun zarur?
7. Sterilizatsiya usullarini sanab bering.
8. Tibbiy xodimlarning shaxsiy gigiyenasi nega muhim?
9. Kasalxona ichi infeksiyalarini oldini olishda hamshiraning roli qanday?
10. Yuqumli kasalliklarning tarqalishini cheklashda izolyatsiyaning ahamiyati nimada?

Test savollari

1. Kasalxona ichi infeksiyasi bu:
   A) Uy sharoitida yuqadigan kasallik
   B) **Tibbiy muassasada yuqadigan infeksiya**
   C) Faqat operatsiyadan keyin yuzaga keladigan holat
   D) Faqat bolalarda uchraydigan kasallik
2. Aseptikaning asosiy maqsadi nima?
   A) Mikroblarni davolash
   B) **Mikroblarning organizmga tushishini oldini olish**
   C) Bemorni tinchlantirish
   D) Dori ta’sirini kuchaytirish
3. Antiseptika nimaga qaratilgan?
   A) Steril asbob saqlashga
   B) **Mikroorganizmlarni yo‘q qilishga**
   C) Qon aylanishini yaxshilashga
   D) Ovqatlanishni tartibga solishga

4. Qaysi usul sterilizatsiyaga kiradi?
   A) Nam tozalash
   B) Shamollatish
   C) **Avtoklavda bug‘ bilan ishlov berish**
   D) Oqartirish
5. Presterilizatsion tozalash qachon amalga oshiriladi?
   A) Dezinfeksiyadan keyin
   B) Sterilizatsiyadan keyin
   C) **Sterilizatsiyadan oldin**
   D) Muolajadan oldin
6. Dezinfeksiyaning yakuniy turi qachon o‘tkaziladi?
   A) Har kuni
   B) Bemor yotgan paytda
   C) **Bemor chiqarilgandan so‘ng**
   D) Faqat jarrohlikda
7. Qo‘l gigiyenasi nimaning oldini oladi?
   A) Og‘riqni
   B) **Infeksiyaning tarqalishini**
   C) Haroratni
   D) Qon bosimini
8. Tibbiy chiqindilar qanday yig‘iladi?
   A) Oddiy paketlarda
   B) Ochiq idishda
   C) **Maxsus belgilangan konteynerlarda**
   D) Oqartirilgan idishda
9. Kasalxona ichi infeksiyalarining oldini olish kimning vazifasi?
   A) Faqat shifokorning
   B) Faqat hamshiraning
   C) Faqat sanitarkaning
   D) **Barcha tibbiy xodimlarning**
10. Sterillik buzilishi nimaga olib keladi?
    A) Davolanish tezlashadi
    B) Bemor holati yaxshilanadi
    C) **Yuqumli asoratlar rivojlanadi**
    D) Ta’sir qilmaydi

Vaziyatli masalalar

1-masala

Kasalxona oshxonasida sanitariya qoidalariga rioya qilinmagan. Natijada bemorlarda oziq-ovqatdan zaharlanish holatlari kuzatildi, ayrimlarda Salmonellosis aniqlangan.

Savollar:

- Oziq-ovqat gigiyenasining ahamiyati nimada?
- Oshxona xodimlarini tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish tartibi qanday?
- Dezinfeksiya rejimini tuzing.

2-**masala**
Reanimatsiya bo‘limida sun’iy nafas oldirish apparatiga ulangan bemorlarda pnevmoniya rivojlandi. Laborator tekshiruvda Pneumonia tasdiqlandi.
Savollar:

- Ventilyator bilan bog‘liq infeksiyaning oldini olish choralari qanday?
- Asbob-uskunalarni dezinfeksiya qilish tartibini tushuntiring.
- Qo‘l gigiyenasining ahamiyati nimada?

3-**masala**
Kasalxonada umumiy tozalash ishlari o‘z vaqtida o‘tkazilmayapti. Turli bo‘limlarda nozokomial infeksiyalar soni ortmoqda.
Savollar:

- Sanitariya-epidemiologik nazorat tizimi qanday tashkil etiladi?
- Dezinfeksiya, dezinseksiya va deratizatsiya o‘rtasidagi farqni tushuntiring.
- Kasalxonada infeksion nazorat komissiyasining vazifalari nimalardan iborat?

4-**masala**
Gematologiya bo‘limida qon quyishdan so‘ng bir bemorda Hepatitis B aniqlangan.
Savollar:

- Qon preparatlarini tekshirish tartibi qanday?
- Parenteral yuqishning oldini olish choralari nimalardan iborat?
- Tibbiy chiqindilarni utilizatsiya qilish tartibini tushuntiring.

5-masala
Bolalar bo‘limida bir bemorda ich ketishi kuzatildi va qisqa vaqt ichida boshqa bolalarda ham shunga o‘xshash belgilar paydo bo‘ldi. Tekshiruvda Rotavirus infection aniqlangan.
Savollar:

- Infeksiyaning tez tarqalish sababi nimada?
- Palatalarni dezinfeksiya qilish tartibi qanday?
- Xodimlarning gigiyena qoidalariga rioya qilishi qanday nazorat qilinadi?

6-masala
Urologiya bo‘limida uzoq muddat kateter qo‘yilgan bemorlarda siydik yo‘llari infeksiyasi ko‘paydi.
Savollar:

- Kateter bilan bog‘liq infeksiyaning oldini olish choralarini sanang.
- Aseptik texnika nima?
- Tibbiy manipulyatsiyalarni cheklashning ahamiyati nimada?

“Kichik guruhlarda ishlash”
Tinglovchilar 3–4 guruhga bo‘linadi**.**
1-guruh:
Kasalxona ichki infeksiyalarining **manbalari**
(masalan: bemorlar, tibbiyot xodimlari, asbob-uskunalar)
2-guruh:
Yuqish yo‘llari
(havo-tomchi, kontakt, qon orqali)
3-guruh:
Profilaktika choralari
(dezinfeksiya, sterilizatsiya, antiseptika)
4-guruh:
Tibbiyot xodimlarining roli
Har guruh natijani taqdim etadi.

2.1.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Aholi o’rtasida uchraydigan ichak infeksiyalari haqida tushuncha. Salmonellyoz, dizenteriya kasalliklarining etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, tashxisoti.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Ichak infeksiyalari haqida umumiy tushuncha va ularning aholi salomatligidagi ahamiyati 2.Salmonellyoz kasalligining etiologiyasi va epidemiologiyasi 3.Dizenteriya (shigellyoz) kasalligining etiologiyasi va epidemiologiyasi 4.Salmonellyoz va dizenteriyaning asosiy klinik belgilari
O’quv mashg’uloti maqsadi: **1.Ta’limiy:** • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko‘nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash **2.Tarbiyaviy maqsadi:** • Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish	

- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.

tinglovchilar bilimini mustaxkamlash		
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O'quv faoliyatini natijalari**:
Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o'tkazishda hamshiraning tutgan o'rnini tinglivchiga to'liq o'rgatish. Aholi o'rtasida uchraydigan ichak infeksiyalari haqida tushuncha. Salmonellyoz, dizenteriya etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari, asosiy klinik belgilari, tashxisot usullari va bemor parvarishi. Parhez ovqatlantirishning ahamiyati.	Bemorni parvarishlash xususiyatlari va profilaktik chora-tadbirlarni olib borishda hamshiraning o'rni. Ichak infeksiyalarida oral regidratatsiyaning afzalligi. Kasalliklarni oldini olish chora-tadbirlari. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2015-yil 25-martdagi "Respublika aholisi o'rtasida ich terlama, paratif, salmonellez, va o'tkir ichak kasalliklarning oldini olish borasida olib borilayotgan chora-tadbirlarni takomillashtirish to'g'risida"gi 122-sonli buyrug'i mazmun mohiyatini bilish.

O’qitish metodlari	“qopdagi mushuk usuli” “klaster” “baliq skleti” jadvali
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Aholi o’rtasida uchraydigan ichak infeksiyalari haqida tushuncha. Salmonellyoz, dizenteriya kasalliklarining etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, tashxisoti.

Reja

1. Ichak infeksiyalari haqida umumiy tushuncha va ularning aholi salomatligidagi ahamiyati
2. Salmonellyoz kasalligining etiologiyasi va epidemiologiyasi
3. Dizenteriya (shigellyoz) kasalligining etiologiyasi va epidemiologiyasi
4. Salmonellyoz va dizenteriyaning asosiy klinik belgilari

Ichak infeksiyalari haqida umumiy tushuncha va ularning aholi salomatligidagi ahamiyati

Ichak infeksiyalari — ovqat hazm qilish tizimini zararlovchi, asosan ich ketishi, qusish, qorin og‘rig‘i va umumiy intoksikatsiya belgilari bilan kechadigan yuqumli kasalliklar guruhidir. Bu kasalliklar ko‘pincha mikroorganizmlar — bakteriyalar, viruslar va parazitlar ta’sirida yuzaga keladi.

Ichak infeksiyalarining asosiy qo‘zg‘atuvchilari qatoriga salmonellalar, shigellalar, ichak tayoqchasi, rotaviruslar, enteroviruslar va ayrim parazitlar kiradi. Ushbu infeksiyalar asosan **og‘iz–ichak yo‘li** orqali yuqadi, ya’ni ifloslangan suv, oziq-ovqat mahsulotlari va yuvilmagan qo‘llar orqali organizmga tushadi.

Ichak infeksiyalari aholining barcha qatlamlari orasida uchrashi mumkin, ammo ayniqsa bolalar, keksalar va immuniteti pasaygan shaxslarda og‘ir kechadi. Bu kasalliklar tez suvsizlanishga olib kelishi sababli hayot uchun xavfli asoratlar rivojlanishi mumkin.

Epidemiologik jihatdan ichak infeksiyalari yoz–ko’z mavsumida ko‘proq uchraydi. Issiq ob-havo sharoitida oziq-ovqat mahsulotlarining tez buzilishi, suv manbalarining ifloslanishi va gigiyena qoidalariga rioya qilinmasligi kasallik tarqalishini kuchaytiradi.

Ichak infeksiyalari nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy muammo ham hisoblanadi. Ular mehnatga layoqatni vaqtincha yo‘qotishga, bolalar muassasalarida ommaviy kasallanishlarga va sog‘liqni saqlash tizimiga katta yuk tushishiga sabab bo‘ladi.
Shu sababli ichak infeksiyalarining oldini olishda sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish, toza ichimlik suvi bilan ta’minlash, oziq-ovqat mahsulotlarini to‘g‘ri saqlash va aholining sanitariya madaniyatini oshirish muhim ahamiyatga ega.

Salmonellyoz

Salmonellyoz – zooantropanoz, ya’ni xam xayvonlardan, xam odamlardan yukadigan va kupincha gastroenterit simptomlari bilan, ba’zi xollarda esa tarqoq infeksiya belgilari bilan ta’riflanadigan utkir yukumli ichak kasalligidir.

Etiologiyasi: Salmonellyozni ko’zgatuvchi mikroblar salmonellalar avlodi va ichak bakteriyalari guruxiga mansubdir. Kurinishi tayokchaga uxshaydi. Xivchinlari bor, spora va kapsula xosil kilmaydi. Gramm manfiy. Xamma ozuka moddalarida kupayaveradi.

Salmonellalar fakultativ anaerobdir, ular parchalanganda endotoksin ajralib chiqadi. Endotoksinning termostabil O-antigeni, termolabil N-antigeni va kapsulasiga mansub yuza joylashgan N-antigeni bor. Salmonellalar O-antigening xiliga karab bir nechta serologik O guruxga bulinadi. Xar bir O-guruxda N-antigenining ichki tuzilishiga karab bir-biridan fark qiladigan bir nechta serovarlar mavjud. Salmonellalarning 2000 ga yakin serologik xillari ma’lum bo‘lib, ulardan 700 tadan kuprogi odamlarda uchraydi.

Epidemiologiyasi: Infeksiyaning asosiy manbai uy xayvonlaridir. Salmonellalar shu xayvonlarning suti, siydigi, axlati, sulagi bilan tashkariga chikib, tuprok, yaylov yerlar, suv xavzalari, ut-xashakka tushadi va bularni yukumli kilib kuyadi.

Salmonellalar bilan ifloslangan gusht va sut maxsulotlarini, balik, tuxum va boshka maxsulotlarni iste’mol qilish okibatida kasallik odamlarga yukadi.

Salmonellyoz qontakt yuli bilan xam yukishi mumkin. Bunda u salmonellalar bilan ifloslangan idish-tovoklar, uyinchoklar va boshka buyumlar orkali yukadi. Va nixoyat, salmonellalar xavo-chang orkali yukishi xam mumkin, chunki salmonellalarning 20-25 darajali xaroratda 80 kunga kadar tirik saklana oladi. Yoz va ko’z oylarida salmonellalar bilan ifloslangan biror ovkatni birdaniga kup odamlar iste’mol qilishi natijasida salmonellyoz ba’zan epidemiya kurinishida uchraydi. Usha ovkatdan iste’mol kilganlarning deyarli xammasi bir-ikki kun ichida kasallanadi.

PATOGENEZ: Salmonellalar ovkat bilan me’da-ichak yuliga tushadi. Me’dadagi xlorid kislota ta’sirida salmonellalarning kupchiligi xalok buladi. Ozuka moddalari ichida uralib kolganlari bu nokulay sharoitni yengib utib, ingichka ichakka tushadi, sungra ichak shillik pardasidagi retikuloendotelial tukimaga kiradi va u yerda kupaya boshlaydi.

Salmonellalar limfa tomirlari buylab mezenterial tugunlar - charvi limfa tugunlariga utadi va shu joyda ba’zan xammasi xalok bo‘lib ketadi, unda limfotsitlar va makrofaglar katta rol uynaydi. Ba’zi xollarda charvi limfa tugunlaridagi fagotsitlarda salmonellalar uzok vakt xalok bulmay tirik saklanishi mumkin. Ana shu salmonellalar kaytadan limfa tomirlari orkali ichakka tushadi. Bunda kasallik simptomlari bulmaydi va odam bakteriya tashuvchi bo‘lib koladi.

Kupincha mezenterial limfa tugunlarida salmonellalar kurashishda davom etadi. Ularning bir kismi parchalanib endotoksin ajratib chiqadi. Endotoksin xar xil organ va sistemalarga ta’sir qiladi, buning ta’sirida adenilatsiklaza aktivlashadi, xujayralarda biologik aktiv moddalar qonsentratsiyasi kupayadi. Natijada enterit boshlanadi. Me’da-ichak yuli faoliyati buziladi. Endotoksin ta’sirida vazomotor markaz falajga uchraydi va qon bosimi pasayib ketadi. Bosh miya faoliyati xam toksin ta’sirida buziladi va tif xolati paydo buladi. Toksinning miyaga ta’siri natijasida gipotermiya, gipertermiya boshlanadi, nafas va qon tomirlarni xarakatlantiruvchi markazlar faoliyati izdan chiqadi. Toksin ta’sirida suv-tuzlar almashinuvi buzilib organizmni suvsizlanish xolatiga keltirib kuyadi. Salmonellalar zur berib kupayishi va kuplab parchalanishi natijasida ajralgan endotoksin shok xolatiga sabab bulishi mumkin. Endotoksik shok yuz berganda qonning ivish sistemasi zararlanadi, mikrotsirkulyatsiya izdan chiqadi, tukimalarda kislorod yetishmaydi, bu esa uz navbatida moddalar almashinuvining buzilishi, atsidoz boshlanishi, qonda mochevina va koldik azotning kupayishiga, xar xil organlar xujayralarining distrofiya va nekrozga uchrashiga sabab buladi.

Klinikasi: Inkubatsion davri 6-8 soatdan 2-3 kungacha chuziladi. Ko’pincha 12-24 soat davom etadi. Salmonellyozning kuyidagi klinik formalari uchraydi:

1. Gastrointestinal formasi. Kasallikning bu xili tusatdan boshlanadi va dispeptik alomatlar bilan ta’riflanadi. Odatda bemor a’zoi-badani titrab, xarorati kutariladi va gastrit, gastroenterit simptomlari yakkol kurinadi. Xarorat 3-4 kundan sung pasayadi. Kasallikning bu xili utkir gastrit, gastroenterit, gastroenterokolit kurinishida utadi.
2. Utkir gastrit. Bemor darmoni kurib, kungli aynaydi, ishtaxasi bugiladi. Boshi, korni ogriydi, badani kakshaydi, xarorati sal kutariladi. Kupincha rangi okargan, tili karash bilan koplangan bo‘lib, pulsi tez uradi, korni ogriydi, 1-2 kun ichida sogayadi.
3. Utkir gastroenterit. Salmonellyozning bu kurinishi kup uchraydi. Tusatdan boshlanadi. Bemor eti uvishib, kaltiraydi. Xarorati kutarilib,2-4 kun yuqori darajada turadi. Kungli aynab, ketma-ket kusadi, sungra shir-shir ichi keta boshlaydi. Bir kecha-kunduzda bemorning 15 martagacha ichi ketadi. Bemor axlati suyuk, yashilrok rangda va juda sassik buladi. Bemorning axvoli anchagina ogir buladi, darmoni kuriydi, a’zoi-badani zirillab, bezovta qiladi,

ishtaxasi yukoladi. Kupincha bemorlarning rangi odatda okarib turadi, lekin ba’zan bir kizarishi mumkin. Labiga uchuk toshadi. Tomiri tez uradi, qon bosimi pasayadi. Tili kalin ok yoki kulrang karash bilan koplanadi. Ba’zan kollaps yuz berishi mumkin.

Qon tekshirilganda gemoglobin va leykotsitlar soni ozgina kupaygani, EChT normal ekani aniklanadi. Salmonellyozning bu kurinishi 1-4 kun davom etadi, ba’zan uzokrok chuziladi.

Utkir gastroenterit yengil, urtacha ogir va ogir utishi mumkin.

4. Salmonellyozga alokador uta utkir gastroenterit avvalo kuchli intoksikatsiya bilan ta’riflanadi. Bemor tusatdan eti uvishib, kaltirab, xarorati kutariladi, boshi aylanib, kattik ogriydi. Kasallik boshlanishidayok kollaps bulishi mumkin. Bemor ketma-ket varak-varak kusaveradi, betuxtov shir-shir ichi ketadi. Bemor axlati xuddi vabo kasalligidagidek yovgon xurdaga uxshaydi. Kup utmay organizmda suvsizlanish xolati boshlanadi. Bemor birinchi kuniyok ozib ketadi, ko’zlari ich-ichiga tushib, yuzi chakak-chakak bo‘lib koladi, umuman rangi uchib, kukimsirab koladi. Qon bosimi pasayadi, oliguriya yoki anuriya buladi. Bemorning ovozi chikmaydi, oyok-kul mushaklari tortishib ogriydi. Kupincha pnevmoniya, nefrozonefrit alomatlari aniklanadi. Uz vaktida tegishli davo choralari amalga oshirilmasa, bemor nobud bulishi mumkin.
5. Tarkok formasi. Bu formadagi kasallikning asosiy simptomi xaroratning yuqori kutarilishidir. Kasallik ba’zan xarorat kutarilishidan tashkari gastroenterit alomatlari bilan boshlanadi. Boshka xollarda fakat xarorat kutariladi va intoksikatsiya buladi. Bemorning boshi, mushaklari ogriydi, uykusi buziladi. Ko’zi va shillik pardalari sal sargish tusga kiradi. Ko’krak va qorin terisida toshma ko’rinadi. Ko’pincha uchuq toshadi, puls kamayadi, yurak tonlari bugiklashadi, tili karash bosadi. Qorin dam bo‘lib, jigar va taloq kattalashadi.
6. Salmonellyozning septik formasi - uzoq davom etadigan xarorat, et uvushib, badan kaltirashi va turli septik asoratlar bilan ta’riflanadi.
7. Bakteriya tashuvchilik. Ko’pincha bakteriya tashuvchilik xodisasi aksari salmonellyoz kasalligidan sogaygan kishilarning ba’zilarida aniklanadi. Juda kamdan-kam xollarda kasal bulmagan shaxslarda xam uchraydi. Bakteriya tashuvchilik kiska muddatli va uzoq chuziladigan bulishi mumkin. Turli sabablar ta’sirida organizmning ximoya kuchlari susaysa, boyagi saprofit salmonellalar faollashib, kupaya boshlaydi va kasallikka sabab buladi.

Laboratoriya diagnostikasi: Bakteriologik va serologik usullar qo’llaniladi. Bakteriologik usulda bemorning qoni, axlati, qusugi, siydigi, me’dasi yuvilganda chiqqan suyuqlik tegishli ozuqa muxitlariga eqiladi.

Serologik usul yordamida bemor qonida antitelolar bor-yuqligi aniqlanadi. Antitelolar qonda kasallikning 5-7 kunlaridan boshlab paydo bo‘lib, keyin titri

ortib boradi. Ko’pincha agglyutinatsiya reaksiyasi kuyiladi. Bilvosita gemagglyutinatsiya va komplementni biriktirish reaksiyasi sezuvchanrokdir. Salmonellalarni aniqlash maksadida immnoflyuressent usulidan xam foydalaniladi.

Dizenteriya

Dizenteriya shigellalar qo‘zg‘atadigan, intoksikatsiya va yug‘on ichak distal qismining zararlanishi bilan ta’riflanadigan yuqumli kasallikdir.

Dizenteriya-buzilish va yug‘on ichak degan so‘zlardan tashkil topgan bo‘lib, ichak faoliyatining buzilishi degan ma’noni anglatadi. O‘zbekiston xududidini issiq iqlimini, suv tanqisligini, e’tiborga olganda ichak infeksiyani kzplligi xayratga qoldirmaydi. O‘tkir ichak kasalliklar yuqumli kasalliklar strukturasida birinchi o‘rinni egalaydi, may oyidan boshlab toki kech ko‘z kirguncha ko’zatiladi. Ichburug kasalligidan keyin bemorlar ancha vaktgacha xolsizlanib yuradi, ayrim xolatlarda og‘ir asoratlar, kasallikning surunkali kechishi ko’zatiladi.

Epidemiologiyasi: Infeksiya manbai dizenteriya bilan og‘rigan bemorlar va bakteriya tashuvchilardir. Bemorlar va bakteriya tashuvchilar shigellalarni axlat bilan birga tashqariga chiqaradi. So‘ngra ular har xil yo‘llar bilan sog‘lom odam og‘ziga kiradi. Grigorev–Shiga bakteriyasi ko‘pincha qontakt yo‘li bilan, Fleksner shigellasi suv orqali, Zonne tayoqchasi esa oziq ovqatlar orqali yuqadi. Odamlarda dizenteriya bakteriyalarga tabiiy qarshilik ko‘rsatish kuchi deyarli yo‘q. Shu sababdan shigellalar yuqqach, deyarli xamma vaqt kasallik rivojlanadi. Ko‘pincha maktabgacha yoshdagi bolalar kasallanadi. Xamma bemorlarning 2,3 qismini 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar tashkil qiladi. Bu kasallik yoz va ko’z oylarida ko‘proq uchraydi. Immunitet kasallik qo‘zg‘atgan turdagi bakteriyaning o‘zigagina xos bo‘ladi, bir yildan uzoqqa chuzilmaydi.

Klinikasi: Qabul qilingan rasmiy klassifikatsiyaga ko‘ra dizenteriyaning quyidagi xillari va shakllari uchraydi:

I.o‘tkir dizenteriya.

1.kolitik xili:

2.gastroenterokolitik xili:

II.surunkali dizenteriya.

• qaytalanib yoki qo‘zib turadigan, ya’ni retsidivlanuvchi xili;

• uzluksiz davom etadigan xili.

III.Bakteriya tashuvchilik.

Dizenteriya kasalligi davomida 5 davrga ajratiladi:

- inkubatsion davr;
- boshlang‘ich davri;
- kasallikning avj olgan davri;
- simptomlarning so‘nish davri;
- sog‘ayish davri.

Umuman olganda dizenteriya asosan intoksikatsiya va kolitik sindrom bilan ta’riflanadi. Gastroenterokolitik xilida bulardan tashqari gastrit va enterit alomatlari ham ko‘rinadi. Inkubatsion davr ko‘pincha 2-3 kun davom etadi, u 1 kungacha qisqarishi va 7 kungacha cho‘zilishi mumkin. Kasallik ko‘pincha to‘satdan boshlanadi. Bemorning eti uvushib, harorati 38-39^{0}S gacha ko‘tariladi va

2-4 kungacha yuqori bo‘lib turadi. Harorat subfebril darajada yoki normal bo‘lishi ham mumkin. Harorat yuqori bo‘lganda ko‘pchilik bemorlarning boshi og‘riydi, darmoni qurib, badani qaqshaydi, kayfiyati yomon bo‘ladi.

Tomir urishi o‘zgaruvchan bo‘ladi, puls maromi buzilib, qon bosimi pasayadi, yurak tonlari bo‘g‘iqlashadi, nozik sistolik shovqin eshitiladi. Intoksikatsiya kuchli bo‘lganida kollaps yuz berishi mumkin.

Bemor qornining chapki past tomoni burab og‘riydi. Xar gal xojatxonaga borish oldidan qorin og‘rig‘i bezovta qiladi. Xojatxonaga borish zaruriyati tug‘ilganda, orqa teshik achishib, qattiq og‘riydi va bu bemorni ancha bezovta qiladi. Qorinni paypaslaganda yo‘g‘on ichakda, ayniqsa, uning chapki qismi bezillab turadi va qisqargan holda xuddi arqonga o‘xshab qulga unaydi.

Simptomlari yaqqol ko‘ringan dizenteriyada bemorning ahvoli og‘ir bo‘ladi, u bir kecha-kunduzda 20-30 marta xojatga borishi mumkin. Lekin xar gal tuvakdan turganda bemor yengillik sezmaydi, u o‘zini xojat qilmagandek xis qiladi. Bir kecha-kunduzda bemorning ichi tez-tez kelsa xam tushadigan axlat miqdori 0,5-1,0 ldan oshmaydi. Chunki bemor xojatga borganida ozgina axlat va unga aralashib asosan shilliq va yiring chiqadi. Shilliqqa ozgina qon aralashgan bo‘ladi. Kasallik zo‘riqqan vaqtda bemorning ichidan axlat emas, balki faqat qon aralash shilliq bilan yiring keladi. Yo‘g‘on ichak qisqargan holda bo‘lganligi sababli axlat ingichka ichakda to‘xtab qoladi. Dizenteriya og‘ir o‘tganida bemordan xuddi go‘sht seliga o‘xshash suyuqlik keladi. Dizenteriya intoksikatsiyasi oqibatida so‘lak bezi va boshqa hazm bezlarining faoliyati buziladi: og‘iz quriydi, me’da shirasining proteolitik xususiyati, undagi kislota miqdori kamayadi. Me’da va ichaklarning xarakat faoliyati va sekretsiyasi xam buziladi.

Dizenteriyaning avjiga chiqadigan davri 1-2 kundan 8-9 kungacha davom etadi. Kasallik simptomlarining so‘nish davrida intoksikatsiya va kolit alomatlari kamayadi. Sog‘ayish davrida xamma organlarninng faoliyati normallashadi va organizm dizenteriya bakteriyalaridan halos bo‘lib boradi.

Diagnostikada anamnez ma’lumotlari muxim rol o‘ynaydi. Ba’zan o‘tkir dizenteriyaga xos belgilar 1,5 oydan 3 oygacha cho‘zilishi mumkin. Kasallikning bunday xilini cho‘zilgan dizenteriya deb ataladi.

Surunkali dizenteriya. O‘tkir dizenteriyali bemorlar 2-5% xollarda surunkali xiliga o‘tadi. Nerv sistemasi, me’da, jigar, me’da osti bezlari kasalliklari va xar xil gijja yoki sodda xayvonlar invaziyasi, avitaminoz, alimentar distrofiya va boshkalar surunkali dizenteriya shakllanishiga sabab bo‘ladi.

Dizenteriya asoratlari: O‘tkir dizenteriyadan so‘ng bemorlarning 5-15% da retsidiv uchraydi. Retsidivda ba’zan dizenteriyaning xamma simptomlari ko‘rinadi, boshqa xollarda esa uning ayrim belgilarigina paydo bo‘ladi. Ba’zi xollarda to‘g‘ri ichak chiqib qolishi, orqa teshik devori darz ketishi, bavosilning zo‘rayishi va kamdan-kam ichak yorilishi, natijada peritonit rivojlanishi mumkin.

Diagnostikasi: Epidemilogik ma’lumotlar va klinik simptomlar bilan bir katorda dizenteriyaning diagnostikasida laborator natijalar xam muhim rol o‘ynaydi. Bakteriologik usul juda muxim, birok bemorlarning faqat 22-80% dangina dizenteriya mikroblarini ajratib olish mumkin bo‘ladi. Bemor axlatini ekib

undirishda tartib qoidalariga aloxida e’tibor bermoq kerak. Bemorga antibiotiklar tayinlanmasdan oldin uning axlati Ploskirov ozik muxitiga eqiladi.

Egri gemagglyutinatsiya reaksiyasi xam kasallikning 5-kunlaridan boshlab musbat natija bera boshlaydi. Uning diagnostik titri 1:160 va undan yuqori. Uning titri 2 xafta davomida ko‘payib boradi-da, 4 va 5-xaftalardan keyin kamaya boshlaydi. Immunoflyuressent usuldan xam foydalaniladi. Bemor axlatini mikroskop ostida tekshirilganda leykotsitlar, eritrotsitlar va epitelial xujayralar topiladi.

Rektoromanoskopiya juda katta axamiyatga ega bo‘lgan tekshiruv usulidir. Rektoskop yordamida yo‘g‘on ichakning pastki 30 sm li qismi shilliq pardasida yuz bergan patomorfologik o‘zgarishlarni ko‘z bilan ko‘rish mumkin bo‘ladi. Epidemiologik ma’lumot, klinik simptomlar, laboratoriya tekshirish natijalari va rektoskopiya manzaralarini chuqur tahlil qilish yo‘li dizenteriyani quyida qayd qilingan kasalliklardan ajratib, aniqlab olish mumkin bo‘ladi.

Davolash: Dizenteriyaning yengil xiliga uy sharoitida xam davo qilish mumkin. Bunda albatta, uydagi imqoniyatlar, uning sanitariya xolati, oila a’zolarining gigiena qoidalariga rioya qilishini e’tiborga olish kerak. Oziq-ovqat maxsulotlariga aloqador joyda ishlaydigan bemorlar albatta kasalxonaga jo‘natiladi.

Bemor o‘rnidan turmay yotishi kerak, xojatga borish uchun turishga ruxsat etiladi. Ko‘proq uxlash foydali. Dizenteriyaning dastlabki davrida bemorga 4-raqamli parxez tayinlanadi. Ich ketishi to‘xtagach 2 yoki 15-parxezlar taomlariga o‘tish ruxsat beriladi. Parxezning xilidan qat’iy nazar bemorga yetarli miqdorda uglevodlar, yog‘, oqsil moddalari va vitaminlar berish kerak. Bemorga ovqat tanlashda hamma vaqt uning yo‘g‘on ichagidagi patomorfologik o‘zgarishlarni nazarda tutmoq zarur.

Kasallik qo‘zg‘atuvchi mikrobga qarshi ta’sir o‘tkazish: Oxirgi yillarda olib borilgan ko’zatishlar va tekshiruvlar natijasiga ko‘ra shigellalar nevigramon va kanamitsin, polimiksin-M-sulfat, furozolidonga yetarli darajada sezuvchan ekanligi aniqlangan. Shu tufayli dizenteriyaga davo qilishda ana shu preparatlarni qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Nevigramon kuniga bemorning 1 kg ogirligiga 60 mg hisobidan 5-7 kun beriladi. Polimiksin-M-sulfat kuniga 100 mg/kg hisobidan 5-7 kun beriladi. Furazolidon 0,05 g dan kuniga 3 mahaldan 1 xafta beriladi.

Patogenetik davo: Dizenteriya og‘ir o‘tib, intoksikatsiya belgilari yaqqol ko‘ringanda dezintoksikatsion dorilar ishlatiladi: osh tuzining fiziologik eritmasi, Ringer-Lok eritmasi, «Trisol», «Disol», «Atsesol», «Laktosol» eritmalari 1-2 litr miqdorida yuboriladi. Bulardan tashqari kolloid eritmalari bir kecha-kunduzda 400-800 ml miqdorda venadan yuborilib turiladi. Bemor axvoli juda og‘ir bo‘lganda ba’zan qisqa muddat davomida kortikosteroid gormonlar ishlatiladi.

Profilaktikasi: Avvalo dizenteriya diagnozini imqoni boricha barvaqt aniqlab, bemorni kasalxonaga jo‘natish yoki kasallikning undan boshqalarga yuqmaslik choralarini ko‘rish zarur. Dizenteriyaning bilinar-bilinmas belgilari bilan utadigan va ayniqsa subklinik turini aniqlashga alohida e’tibor qilinadi. Ichi ketgan bemorlarning hammasi nazorat ostida bo‘lishi kerak. Bemor yotgan uy dezinfeksiya qilinadi. Bemorning kasalxonadan uyiga ketishiga kasallik

simptomlari barxam topib, axlati tekshirib ko‘rilganda dizenteriya mikroblari yo‘qligi aniq bo‘lgandan keyingina ruxsat beriladi. Uyiga qaytgan bemor poliklinika vrachi nazoratida bo‘ladi.

Aholi orasida sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilish zarurligini tushuntirish va umuman aholining sanitariya-gigiena haqida tegishli bilimlarga ega bo‘lishi juda muhim.

INTERAKTIV USUL:

«qopdagi mushuk usuli»

O’qituvchi talabalar uchun mavzu buyicha savollar tayyorlaydi. Dars vaqtida talaba ro’yxat bo’yicha qopdan savollarning birini oladi. Bu maxsus kartochka qilib tayyorlangan bo’ladi.

Talabalar kartochkalarni tortib oladi. Savollarga javobni yozma bajaradi. Vazifani tekshirgach qonsultantlar ballar miqdorini e’lon qiladi va eng zo’rlarining ballarini aytadi.

Interaktiv o’yin savollari:

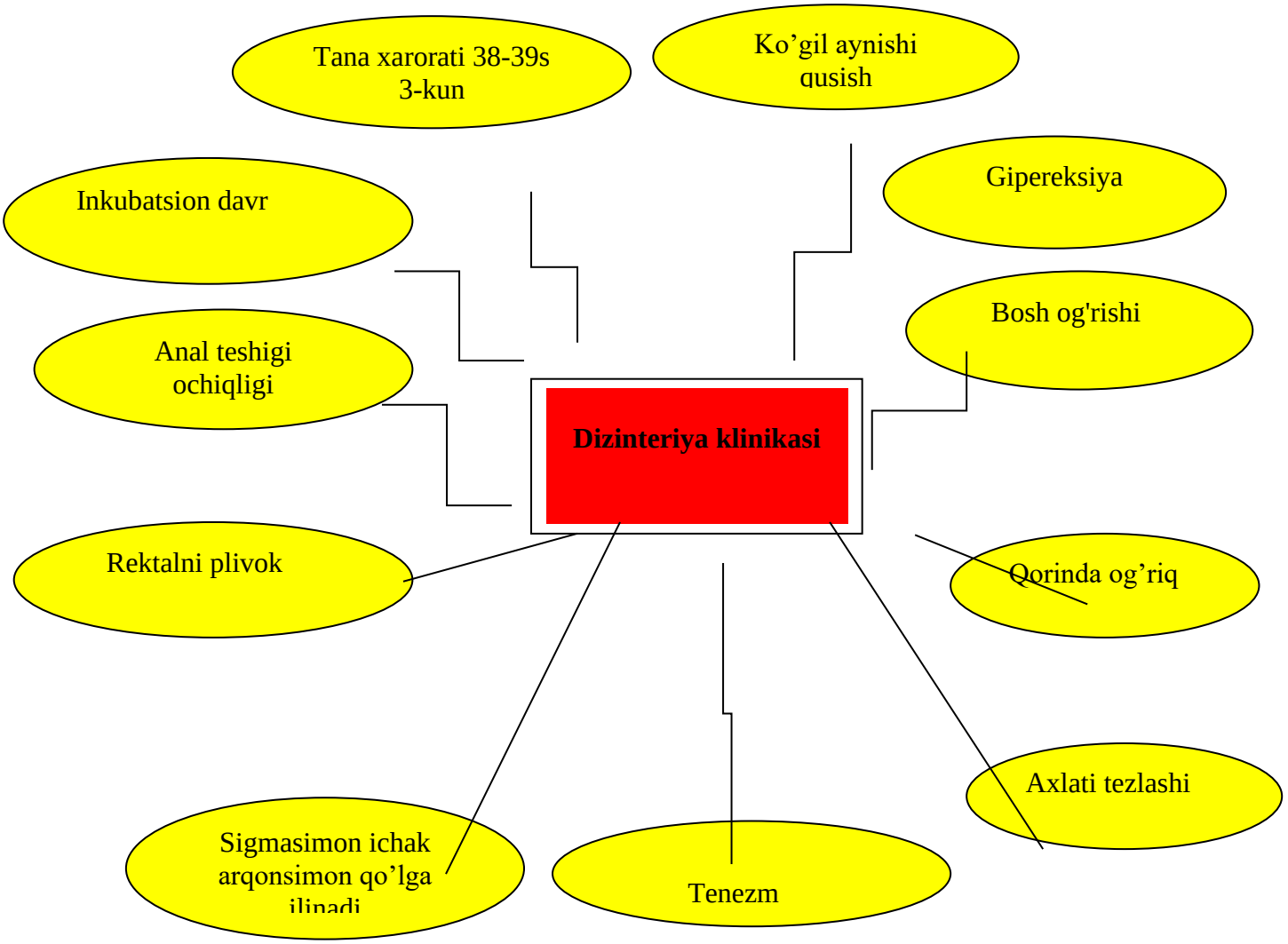
1. Dizenteriya kasalligiga ta’rif bering.
2. Dizenteriya quzgatuvchisi
3. Dizenteriya epidemiologiyasi.
4. Dizenteriya patogenezidagi davrlarni ayting.
5. Dizenteriya klinik tanifi.
6. Dizenteriyada inkubatsion davri dovomiyligi.
7. Dizenteriyani gastroenterit shakli klinikasi.
8. Dizenteriyani yengil shakli klinikasi.
9. Dizenteriyani urta ogir shakli klinikasi.
10. Dizenteriyani ogir shakli klinikasi.
11. Dizenteriyani spetsifik asoratlari.
12. Dizenteriyani nospetsifik asoratlari.
13. Dizenteriyani kiyosiy tashxisi.
14. Dizenteriyani bakteriologik laborator diagnostikasi.
15. Dizenteriya davosi.
16. Dizenteriyada profilaktika.

Guruhlar uchun topshiriqlar.

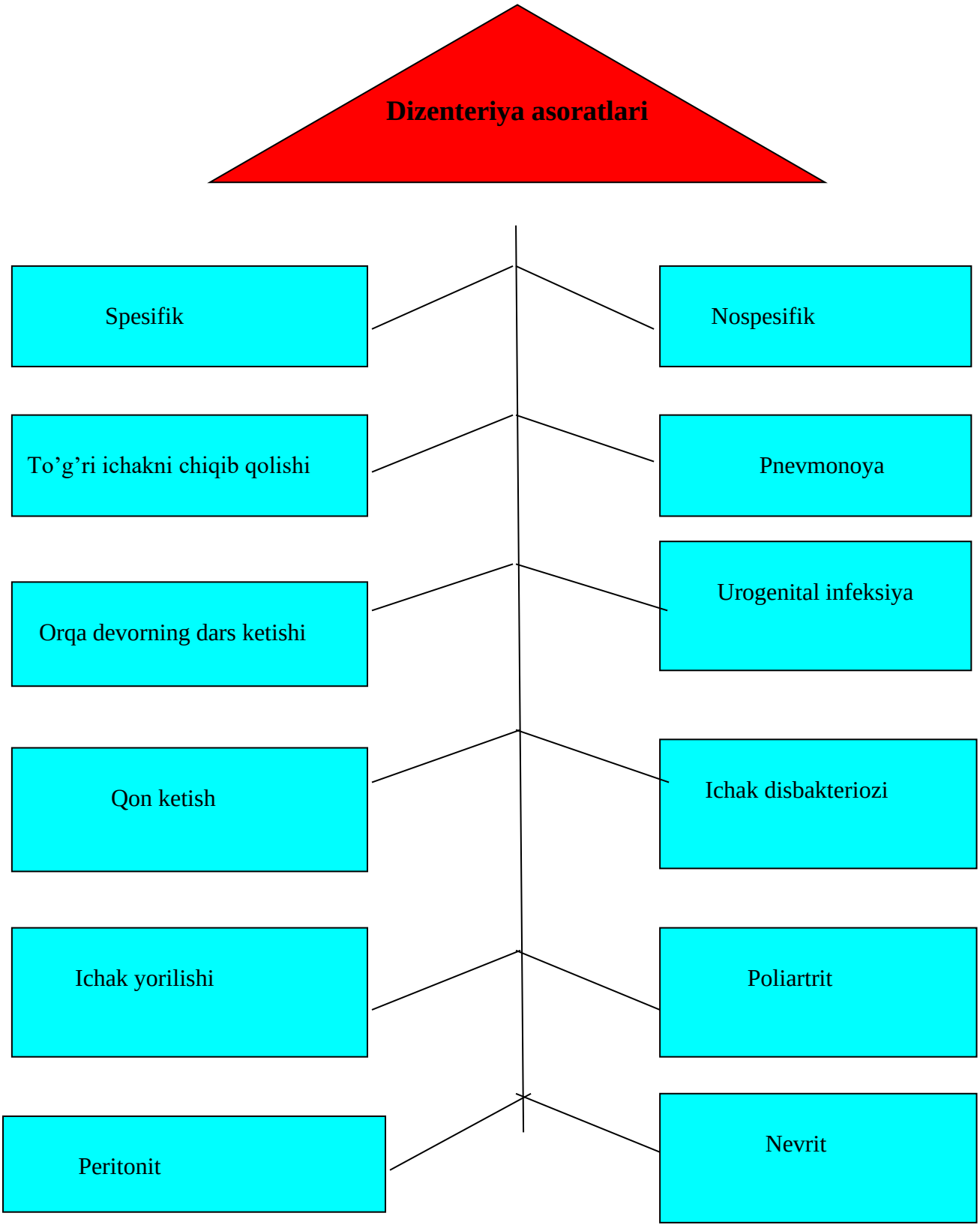
1 - guruh. Dizenteri kasalligining klinikasiga klaster tuzing ?

2 - guruh. Dizenteriya kasalligining asoratlarni balik skeleti usulida yoriting?

1-gurux. Dizenteriya klinikasiga tuzilgan klaster namunasi .



2-gurux. Dizenteriya kasalligining asoratlarini balik skeleti usulida yoritilishiga namuna.



Mavzulashtirilgan test

1.O‘tkir ichburug‘ qanday kasalliklar bilan taqqoslanadi?
A.Hammasi to‘g‘ri
V.Salmonellyoz
S.Esherixioz
D.Protozoy kolitlar
2.Ichburug‘da ko‘proq zararlanadigan ichakni ko‘rsating:
A.Ingichka ichak, ko‘ndalang ichak
V.Ko‘r ichak
S.12 barmoq ichak
D.Yo‘g‘on ichak distal qismi, sigmasimon ichak
3.O‘tkir ichburug‘ga xos bo‘lmagan klinik belgini ko‘rsating:
A.Kasallik nisbatan og‘ir kechadi
V.Bakteriemiya ham bo‘lishi mumkin
S.Yuqori tana harorati
D.Hamma javob to‘g‘ri
4.Dizenteriya kasalligining manbai kim?
A.Bemor va sog‘lom tashuvchilar
V.Oziq – ovqat mahsulotlari bilan ishlovchi xodimlar
S.Bemorlar
D.Sog‘lom tashuvchilar
5.Dizenteriya qo‘zg‘atuvchisini aniqlang.
A.Shigellalar
V.Streptokokklar
S.Salmonellalar
Vibrionlar

Masalalar

Masala *№* 1

Bola Ko’ziev S 9 yoshda. 4 kundan beri kasal xisoblanib, shikoyatlari tana xaroratini kutarilishi, bosh ogrishi, qorini kattiak burab ogriydi, eti uvishadi , badani kakshaydi, tana xarorati 40 S ga kutarilgan, xojatga kuniga 3-5 marta chikkan qonikish xosil kilmagan,

Savol

1. Dastlabki tashxisni kuying.
2. Kushimcha tekshirish usullarini kursating.

Masala *№* 2

Bemor 8- yeshda shikoyati kayta-kayta kusadi, shir-shir ichi ketadi korning xamma yegi ogriydi,tana vazni kamaygan, axlati qon aralash shilimshik.

Savol

1. Dastlabki tashxisni kuying.
2. Kushimcha tekshirish usullarini kursating.

Masala № 3

Bemorning tana xarorati 39S gacha kutarilgan va 2-kungacha yuqori bulib turgan boshi ogrigan darmoni kurib badani kakshagan, obektiv kurikda yuzlari kizargan puls maromi buzilgan yurak tonlari buguk qorinning pastki chap tomoni

burab ogriydi, xar gall xojatga borishdan oldin orka teshik achishib kattik ogriydi, bemor bir kecha kunduzda 20-30 marta xojatga boradi.
Savol
1. Dastlabki tashxisni kuying.
2. Kushimcha tekshirish usullarini kursating.

Masala № 4

Bemor 9 yoshda. , shikoyatlari tana xaroratini kutarilishi, bosh ogrishi, qorini kattiak burab ogriydi, eti uvishadi , badani kakshaydi, tana xarorati 40 S ga kutarilgan, xojatga kuniga 3-5 marta chikkan qonikish xosil kilmagan, lobarator taxlilda EChT oshgan, biroz leykotsitoz, monotsitlar soni oshgan, rektomonoskopda kurilganda kataral proktosigmoidit aniklanadi.
Savol
1. Sizning tashxisingiz.
2. Tekshirish rejangiz.

Masala № 5

Bemor 12 yoshli. Kasallikning3-kuni yukumli kasalliklar shifoxonasiga murojaat kilgan. Bemor darmonsiz, boshi ogriydi, uykusi buzilgan, tana xarorati 37.5 S gacha kutariladi. Bemor kasalligini arikdan suv ichganligi bilan boglaydi. Shifoxonada bemorning axvoli yomonlashgan, xarorati 38.5 S gacha kutarilgan, xushi karaxt, terisi okargan, qorin va bel soxalarida ogrik ko'zatiladi, ogrik kuprok qorinning chap pastki yenbosh soxasida kuchlirok, soxta chakiriklar, axlati tupuksimon.
Savol
1. Sizning tashxisingiz.
2. Davolash rejangiz.

2.1.O'quv moduliga ajratilgan soat 2	**Ovqat toksikoinfektsiyasi. Botulizm etiologiyasi, epidemiologiyasi**

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	1.Ovqat toksikoinfeksiyalari etiologiya va epidemiologiyasi. 2. Patogenezi, patologik anatomiyasi va klinikasi. 3.Botulizm kasalligining etiologiyasi va epidemiologiyasi.

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan

30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash		joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o‘tkazishda hamshiraning tutgan o‘rnini tinglivchiga to’liq o’rgatish.	**O’quv faoliyatini natijalari**: Yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik ishi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi va bo‘limlarining tuzilishi, ish tartibi, me’yoriy xujjatlari. Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish tartibi.Yuqumli kasalliklar bilan og’rigan bemorlarni davolash va parvarishlash xususiyatlari.
O’qitish metodlari	“**Tezkor epidemiolog** ” “**Zanjirni tuz**” guruxlarga bo’lib
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka

	tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Ovqat toksikoinfektsiyasi. Botulizm etiologiyasi, epidemiologiyasi.

Dars reja:

1. Ovqat toksikoinfeksiyalari etiologiya va epidemiologiyasi.
2. Patogenezi, patologik anatomiyasi va klinikasi.
3. Botulizm kasalligining etiologiyasi va epidemiologiyasi.

OVQAT TOKSIKOINFEKSIYaLARI.

Ovqat toksikoinfeksiyalari-bakteriya va ularning zaharlari bilan ifloslangan ovqat mahsulotlari iste’moli natijasida kelib chiqadigan o‘tkir ichak infeksiyasi bo‘lib, klinik –qisqa muddatli junjikish, harorat ko‘tarilishi, gastroenterokolit natijasi toksikoz va suvsizlanish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallikdir.

Bu kasalliklar fekal-oral yo‘l bilan yuqadi va tarqaladi.Bemor ichagidagi patogen mikroblar uning axlat orqali tashqariga chiqariladi. Bemor ichagidagi patogen mikroblar har xil yo‘llar bilan sog‘lom odamning og‘zi orqali ichagiga tushadi.(Fekal-oral yo‘li orqali yuqishning mohiyati shundan iborat).

Etiologiyasi. Toksikoinfeksiyalarning qo‘zg‘atuvchilari enterokoklar, proteus vulgaris, entrotoksin ishlab chiqaradigan stafilokokk va streptokokk shtamlari spora hosil qiladigan anaeroblar, «Bakterium cereus», galofil vibrionlar «vibrio parahaemeolitucus» va boshqalar hisoblanadi.

Ovqatdan zaharlanishga sabab bo‘ladigan tilla rang va oq stafilokokk dumaloq, kattaligi 0,8–1 mkm to‘da –to‘da bo‘lib ko‘rinadi. Ular harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Grammusbat hamma anilin bo‘yoqlari bilan bo‘yaladi. Yuqori haroratga chidamli termostabil, enterotoksin ishlab chiqaradi. Enterotoksin kimyoviy va fizik ta’sirlarga juda chidamli bo‘lib qaynatilganda 1,5–2 soat, 120 darajagacha qizdirilgan avtoklavda esa 20 minutdan keyingina faolsiz holga keladi. CL. perfringens 7-8 x 1-2 mkm kattalikdagi tayoqchasimon mikrob bo‘lib harakatsiz, tashqi muhitda spora hosil qiladi. Yuqorida qayd kilingan mikroblar toksikoinfeksiyaga sabab bo‘lgan deb xulosa chiqarishdan oldin klinik, epidemiologik, bakteriologik, serologik tekshiruvlar natijasiga suyangan holda salmonellyoz, ichburug‘, vabo to‘g‘risida o‘ylab ko‘rish lozim.

Epidemiologiyasi. Ovqat toksikoinfeksiyalarining o‘ziga xos xususiyati kasallikning bemor kishidan sog‘ odamga o‘tmasligidir. Ovqat toksikoinfeksiyasini manbai bemor odam va hayvonlar yoki bakteriya tashib yuruvchilardir. Yiringli kasalliklar “piodermiya, panaritsiy, furunkul, anginalar, zotiljam, paradontoz” bilan og‘rigan odamlar stafilokokk qo‘zg‘atadigan toksikoinfeksiyaga sabab bo‘ladilar. Mastit bilan kasallangan sigirlar, echkilar ham infeksiyaning xavfli manbai bo‘lib xisoblanadi. CL. perfringens, Bakterium cereus, proteus vulgaris mirabili tashqi muhitda (tuproqda, suv, ho‘l meva va sabzavotlarda) keng tarqalgan bo‘lib odam va hayvonlar najasida juda ko‘p uchraydi. Demak oziq-ovqat mahsulotlari ham bu mikroblar bilan osongina ifloslanishi mumkin. Ovqat toksikoinfeksiyalari alimentar yo‘l bilan tarqaladi, ya’ni ovqatdan yuqadi. Stafilokokk qo‘zg‘atadigan toksikoinfeksiyalar sut, sut mahsulotlari jumladan qonditer kremlar, go‘sht, baliq va sabzavotlardan tayyorlangan ovqatlarni iste’mol qilgandan so‘ng paydo bo‘ladi. Proteus vulgaris mirabili va CL. perfringens seroqsil masalliqlar, go‘sht, baliq ochiq qonservalar, kolbasa, sutda yaxshi va tez ko‘payadi. Bakterium cereus ham shunday sharoitda ko‘payadi. Toksikoinfeksiyalar yilning iliq fasllarida ko‘p uchraydi. Ovqat toksikoinfeksiyasiga moyillik o‘zida stafilokokk enterotoksinini tutgan mahsulotlarni iste’mol qilganda 90% odamlar kasallanadi. Kasallik yil davomida uchraydi, lekin bahor–ko’zgi mavsumda ko‘proq ko’zatiladi. Chunki bu davrda tayyorlangan ovqat mahsulotlarini saqlash qiyinroq bo‘lib, ulardan bakteriyalarning ko‘payishi va to‘planishi uchun qulay sharoit bo‘ladi. Ovqat toksikoinfeksiyasi epidemiyalarining o‘ziga xos xususiyati – kasallik to‘satdan yuzaga kelishi va bir xil ovqat mahsulotini iste’mol qilgan kishilarda ommaviy ravishda yuzaga kelishidir.

Patogenez va patologik anatomiyasi. Proteus vulgaris mirabili, CL. perfringens, Bakterium cereuslar bilan juda ko‘p ifloslangan ovqatni iste’mol qilgan taqdirdagina unda kasallik paydo bo‘ladi. Bu mikroblar oziq-ovqatlarda va odam organizmida enterotrop toksin ishlab chiqarish xususiyatiga egadir.

Ba’zi odamlarda ovqat toksikoinfeksiyasi kuchli zaharlanish va suvsizlanish belgilari bilan kechadi. Bu ko‘pincha atrofik gastritlar, enteritlar xoletsistopankreatitlar bilan kasallangan bemorlar, ichkilikbozlar, tartibsiz ovqatlanuvchi kishilarda uchraydi. Demak, kasallikning yuzaga kelishida ovqat hazm qilish traktining barer funksiyasi va mahalliy himoya omillari muhim rol o‘ynaydi. Enterotrop toksin ichak shilliq pardasiga zaharli ta’sir qiladi. Ichakning harakat faoliyatini buzadi. Bu toksin shimilib qonga tushadi va umumiy zaharlanishga sabab bo‘ladi. Toksin ayniqsa yurak qon tomir tizimiga ko‘proq zarar qiladi. Meda, ingichka ichak ba’zan yo‘g‘on ichak shilliq pardasi qizarib shishadi. Natijada ichakda ko‘p miqdorda suyuqlik, kaliy, natriy va xloridlar

to‘planadi. Bemorda qusish va ich ketish boshlanadi. Bu o‘z navbatida organizmda suvsirash holatiga sabab bo‘ladi. Qon zardobida natriy xloridlar va kaliy miqdori kamayadi. Parenximatoz organlarda distrofik va degenerativ o‘zgarishlar ro‘y beradi.

Klinikasi. Bu kasallikning yashirin davri ancha qisqa bo‘lib, 30 minutdan 12 soatgacha, juda cho‘zilsa 24 soatgacha boradi.

Bemor to‘satdan ko‘ngli aynib qayt qiladi. Ko‘pincha qusish ketma-ket qaytarilib bemorni holdan toydiradi. Qusishdan keyin ich ketish boshlanadi. U bir necha kunduzda o‘rtacha 10-15 marta hojatga boradi, ichi suyuq bo‘lib keladi, najasida yalqi va qon bo‘lmaydi. Stafilokokk toksikoinfeksiyasida ich ketmasligi mumkin. Stafilakokklarning enterotoksin chiqaradigan shtammlari qo‘zg‘atadigan toksikoinfeksiyada ich ketish ya’ni diareya tezda to‘xtaydi ammo gastrit davom etadi. Bemorning qorni qattiq og‘riydi u ketma-ket qayt qiladi. Bosh aylanadi, og‘riydi o‘zi ancha bo‘shashib qoladi, karaxt bo‘lib yotadi, goho hushidan ketadi. Harorat ko‘tarilmaydi ba’zan subfebril bo‘lishi mumkin. Bemorning rangi ko‘karib oyoq qo‘llari muzlaydi. Qornini paypaslab ko‘rilganda me’da sohasi og‘riydi. Puls tez, sust uradi va qon bosimi pasaygan bo‘ladi. Kamdan – kam hollarda kollaps boshlanishi mumkin. Ketma-ket ich ketish va beto‘xtov qusish natijasida organizmda suvsizlanish holati yuz beradi. Jigar va taloq kattalashmaydi. CL perfringens qo‘zg‘atgan toksikoinfeksiyada ba’zan bu kasallikka xos belgilardan tashqari nekrotik enterit va anaerob sepsis alomatlari ko‘rinadi. Bu kasallik qorin og‘rig‘idan boshlanadi. Qorin burab og‘riydi keyin bemor ko‘ngli aynib qusadi. Bir kunda 15-20 martagacha ichi ketadi. Diareya ba’zan bo‘lmaydi. Zaharlanish va gastroenterit holatlari degidrotatsiyaga sabab bo‘ladi. Nekrotik enterit boshlanganda qorin qattiq og‘riydi, meteorizm sepsis bilan birga davom etib borishi mumkin. Harorat yuqori ko‘tariladi, zaharlanish kuchayib ba’zan bemor badani sarg‘ayadi. Jigar va taloq kattalashadi. Bemor ahvoli og‘ir bo‘ladi. Ba’zan o‘lishi mumkin. CL. perfringens sabab bo‘lgan toksikoinfeksiya ko‘pincha yengil o‘tadi 1-4 kun davom etadi va bemor sarg‘ayib ketadi.

Bakterium cereus qo‘zg‘atadigan toksikoinfeksiyada ham gastroenterit ozgina zaharlanish ba’zan suvsizlanish belgilari ko‘rinadi. Harorat normal yoki subfebril bo‘ladi. Ba’zi hollarda bemor najasida yalqi va qon ko‘rinadi.

Bakterium vulgaris qo‘zg‘atgan toksikoinfeksiyada asosan o‘tkir gastrit belgilari paydo bo‘ladi. Ovqat toksikoinfeksiyalaridan suv, tuz almashinuvi buzilishlari yuzaga kelib yo‘qotilgan suyuqlik miqdori ko‘pincha bemor tana massasining 3-6 % ni tashkil qiladi.(birinchi, ikkinchi darajadagi suvsizlanish) ba’zan tana massasining 7-10 % yo‘qolib III-IV darajadagi suvsizlanish yuzaga keladi.

Tashxisoti. Ovqat toksikoinfeksiyasi tashxisoti klinik belgilar kompleksi, epidemiologik va laboratoriyaviy ko‘rsatkichlar asosida qo‘yiladi. Klinik belgilaridan qisqa yashirin davrdan so‘ng kasallikning yuzaga chiqishi, gastrit, gastroenterit yoki gastroenterokolit belgilarining zaharlanish, suvsizlanish bilan birga qisqa kechishi bilan xarakterlanadi.

Epidemiologik ma’lumotlar ba’zan masalani hal qiluvchi rol o‘ynaydi. Bir xil ovqatni iste’mol qilgan bir nechta odamning bir vaqtda kasallanishi tashxisot uchun muhimdir. Yashirin davrning qisqaligi, kasallik belgilarining tez avj olib borishi, umuman kasallikning qisqa muddat davom etishi va qon tomirlar zaharlanganiga oid belgilar bo‘lishi tashxisni osonlashtiradi.

Periferik qonda leykotsitoz yoki leykopeniya tayoqcha yadrolar hisobiga neytrofillyoz, neytrofillarning toksik donadorligi, siydikda esa leykotsituriya, eritrotsituriya, 40% hollarda proteinuriya aniqlanadi.

Davosi. Ovqat toksikoinfeksiyasida avvalo me’dani bir necha marta yaxshilab yuvish zarur. Me’da natriy gidrokarbonatning 2-4 % li eritmasi yoki kaliy permonganatning 0,1 % li eritmasi bilan yuviladi. Buning uchun katta odamlarda 18 -20 S da ilitilgan 3 litr suyuqlik ishlatiladi. Yuvish toza yuvindi chiqquncha davom ettiriladi.

Ovqat toksikoinfeksiyasining suvsizlanish belgilari ko’zatilmagan yengil kechishida oshqozon yuvishdan so‘ng qaynoq choy berib,oyoqlariga isitgich qo‘yib isitiladi.

Oshqozonni yuvgandan so‘ng ko‘ngil aynishi, ich buzilishi saqlanib,I-II suvsizlanish darajasi yoki ozgina umumiy zaharlanish belgilari ko’zatilsa og‘iz orqali regidratatsiya vositalari(regidron, sitraglyukosalan, glyukosa- lan, qand-tuzlieritmalari) va enterosorbentlar(bektit-M, smekta) buyuriladi. Yuqoridagi davolash tadbiri juda qulay bo‘lib,guruhli kasallanish yuzaga kelganda, vena ichi tuzli eritmalari tanqisligida yuqori samara beradi. Oshqozonni yuvgandan so‘ng ham qayta-qayta qusish alomatlari va umum zaharlanish,hamda suvsizlanishning III-IV darajasi belgilari ko’zatilganda standart tuzli eritmalar(“Trisol”, “Xlosol”, “Kvartasol”) 38oS gacha isitilib,kasallikning og‘ir kechishida 60-120 ml bemorning kg vazniga ,o‘rtacha og‘irlikda esa 55-75ml bemorning kg vazniga vena ichiga 60-120 ml/min tezlikda yuboriladi. Vena ichi parenteral regidratatsiya qusish to‘xtagandan so‘ng, gemodinamik ko‘rsatgichlar va buyrakning ajratish faoliyati tiklanganidan so‘ng to‘xtatiladi.

Ovqat toksikoinfeksiyasining gastrointestinal shakllarini davolashda etiotrop davo o‘tkazilishi maqsadga muvofiq emas.

Bemorlarga kasallik boshida №4 parhezli stol,so‘ngra esa №13 parhezli stol buyuriladi.Iste’moldan me’da-ichak shilliq qavatini mexanik va kimyoviy

ta’sirlovchi mahsulot lar(sut,qonserva, dudlangan, o‘t-kir,ho‘l mevalar va sabzavotlar) inkor qilinadi.

Parhez sekin-asta kengaytirilib,kasallik boshlanishidan kamida 30 kun moboynida buyuriladi.

Profilaktika: Ovqat mahsulotlarini mikroblar bilan ifloslanishini oldini olish, ularga termik ishlov berishga e’tibor beriladi. Bu maqsadda sut va go‘sht mahsulotlarini qayta ishlash nazorat qilish, oshxonalarda, umumiy ovqatlanish muassasalarida, savdoda, kasalxona, ovqatlanish blokida ovqatlarni to‘g‘ri saqlash, ovqatlanish ob’ektlariga maxsus transportlar tashkil qilish ularga sanitar ishlov berish zarur. Stafilakokk enterotoksini chaqiradigan toksikoinfeksiya profilaktikasida yiringli kasallik bilan og‘rigan bemorlarni ovqatga ishlov berishdan chetlashtiriladi.

BOTULIZM (sinonimlari: ixtiizm, allantiizm) – utkir infeksion kasallik bulib, botulizm bakteriyalari toksinining nerv sistemasini shikastlashi sababli yuzaga kelib, kundalang-targil va sillik muskullar parezi va paralichi, kasallikning boshida gastroenterit sindromi Bilan xarakterlanadi.

ETIOLOGIYa

Botulizm ko’zgatuvchisi – Clostridium botulinum anaerob xarakatchan grammanfiy tayokchalar. Ishlab chikaradigan toksinlari antigenlik xususiyatiga kura ular 7 ta serologik tipga bulinadi – A, B, C, D, E, F va G. Vegetativ shakli usishi uchun optimal sharoit – kislorodning past bosimi (0,40-1,33 kPa) va temperatura 28-35^{0}S bulishidir. Shuningdek, 80^{0}S xaroratda 30 dakika ichida uladi.

Tashki muxitning nokulay sharoitida botulizm ko’zgatuvchisi vegetativ shakli spora xosil qiladi. Ularning sporasi fizik va ximik ta’sirga juda chidamli bulib, 4-5 soat kaynatishga, dezinfeksiyalovchi vositalarning yuqori qonsentratsiyasiga, 18% osh tuzi saklovchi ozik maxsulotlarda xam tirik koladi. Shunisi qiziqki, vegetativ formasiga uldirmaydigan issik xarorat ta’sir qilganda ulardan «pinakka ketgan sporalar» xosil bo’lib, ular 6 oydan sung kayta vegetativ shakliga o’tadi. Sporalar sovuqqa va quruklikka, to’gridan-to’gri ultrabinafsha nurlari ta’siriga chidamli.

Anaerob yoki shunga yaqin sharoitda botulizm ko’zgatuvchilari spetsifik letal neyrotoksin ishlab chikaradi. Tozalangan, kristall shakliga keltirilgan botulotoksin million letal doza saqlashi mumkin. Oqsil tabiatli botulin toksinlari tashqi muxitda odatiy sharoitda 1 yil, qonservalangan maxsulotlarda bir necha yil saqlanishi mumkin. Ular kislotali sharoitga chidamli, ovqat xazm qilish fermentlari tomonidan inaktivlanmaydi, botulotoksinning toksik xususiyati tripsin ta’sirida bir necha yuz barobar oshishi mumkin. Botulin toksinlari osh tuzining yuqori qonsentratsiyasiga (18% gacha) chidaydi, turli xil spetsiyalar saqlovchi oziq-ovqat maxsulotlarida parchalanmaydi. Toksinlar ishkorlar ta’sirida nasbatan tez

inaktivlanadi, qaynatilganda o’z toksik xususiyatlarini bir necha daqiqa ichida yo’qotadi, kaliy permanganat, kaliy xlorid va kaliy yodid past qonsentratsiyasida 15-20 daqiqa ichida toksikligini yo’qotadi. Ovqat maxsulotlarida botulotoksin bulishi ularning organoleptik xususiyatini uzgartirmaydi. Serologik spetsifiklikka karamay, botulin toksinlari patologik ta’sir va uning klinik yuzaga chiqishiga qaram bo’ladi.

EPIDEMIOLOGIYa

Botulizm ko’zgatuvchilari tabiatda keng tarqalgan. Vegetativ shakllari va sporalari turli xil yovvoyi va uy xayvonlari, kushlar, baliklar ichagida topiladi. Tashki muxitga tushgach (tuprok, suv), ular spora shakliga utib uzok vakt saklanadi va tuplanadi. Amaliy tomondan tuprok va yuqoridagi xayvonlarning ichak maxsulotlari Bilan zararlangan barcha ozik ovkat maxsulotlarida botulizm ko’zgatuvchisining vegetativ shakli yoki sporasi buladi. Lekin ulardan anaerob yoki shunga yakin sharoitda saklangan, termik ishlov berilmaganlarini iste’mol kilgandagina kasallik kelib chiqadi. Bular uyda tayyorlangan qonservalar, dudlangan gusht va balik maxsulotlari va boshka maxsulotlar bulishi mumkin. Shunday kilib, botulizm asosiy yukish yuli ozik-ovkat maxsulotlari orkali buladi. Lekin juda kamdan-kam xolatlarda Clostridium botulinum ning sporalari Bilan zararlanishda kasallik kelib chikishi ko’zatiladi. Bunga jaroxat botulizmi va yangi tugilgan chakaloklar botulizmi xos.

Jaroxat botulizmi jaroxatning kirlanishi natijasida kelib chiqadi, bunda jaroxatda anaerob sharoit yuzaga keladi. Earoxatga tushgan sporalar vegetativ shaklga utib, botulotoksin ishlab chikara boshlaydi. Ular rezorbsiyasida tipik botulizmga xarakterli nevrologik buzilishlar kelib chiqadi. Jaroxat botulizmining uziga xos turi – narkomanlar botulizmi xisoblanadi. Bunda infeksiya «kora geroin» («qora saqich (smola)») in’eksiya qilishganda yuzaga keladi, chunki uni tayyorlashda ishlatiladigan birlamchi material tuproq Bilan ifloslangan, shuningdek, botulizm tayokchalarining sporalarini saklaydi. In’eksiya joyi abssesslanganda sporalar uchun kulay sharoit yuzaga kelib, ular vegetativ shaklga utadi.

Yangi tugilgan chakaloklar botulizmi asosan 6 oylik bolalarda ko’zatiladi. Kasallangan bolalarning katta kismini kisman yoki tulik sun’iy ovkatlantirilishda bulgan bolalar tashkil qiladi. Bu xil xolatlar tekshiruvida bolalar uchun tayyorlanadigan ovkatlarga kushiladigan asaldan botulizm sporalari topilgan. Shuningdek, sporalar bola atrofidagi tashki muxitda xam buladi: tuprokda, xonaning changida, xattoki, emizuvchi onasining terisida xam bulishi mumkin. E’tiborli tomoni shuki, chakaloklar botulizmi sanitar-gigiena koidalariga rioya kilinmagan, sotsial nobop oila farzandlarida ko’zatiladi. Yangi tugilgan chakaloklar ichak mikroflorasi uziga xosligi tufayli oshkozon-ichak traktiga

tushgan sporalar tez vegetativ shakliga utadi va botulotoksin ishlab chikara boshlaydi.

Eksperimental tekshiruvlar va klinik ko'zatuvlar shuni kursatdiki, kasallik botulotoksinlar Bilan aerogen zararlanishda xam kelib chikishi mumkin. Bu xolatda ular qonga nafas yullari shillik qavatidan suriladi. Tabiiy xolatlarda bunday yukishi bulishi mumkin emas.

PATOGENEZ

Botulizm patogenezida asosiy rol toksiniga tegishli. Odatdagi yukishda (ovkat orkali) u organizmga ovkat xamda vegetativ shakllari Bilan birga tushadi. Botulotoksin oshkozon-ichak trakti proksimal kismi shillik qavatidan, xatto, ogiz bushligi shillik qavatidan boshlab surila boshlaydi. Lekin asosiy kismi oshkozon va ingichka ichak shillik qavatidan surilib, limfaga, keyin qonga utib, butun oganizmga tarkaladi. Aniklanishicha, botulotoksin nerv xujayralari Bilan kattik boglanadi. Bunda asosan orka miya oldingi shoxi nerv oxirlari va motoneyronlari zararlanadi. Botulotoksin tanlab nerv sistemaning xolinergik kismiga ta'sir kilib, sinaptik yerika atsetilxolin chikarilishi tuxtaydi, natijada nerv-mushak ko'zgaluvchanlikning berilishi buziladi (parez, paralich). Sinapslarda xolinesteraz aktivlik uzgarmaydi. Birinchi navbatda doimo yuqori differensiatsiyalashgan funksional aktivlikka ega mushaklar (ko'z xarakatlantiruvchi apparat, xalkum va xikildok mushaklari) innervatsiyasi buziladi. Motoneyronlar shikastlanishi natijasida asosiy nafas mushaklari funksiyasi xam buziladi. Botulotoksinlar ta'siri utib ketuvchan va vakt utgan sari mushaklar funksiyasi tulik tiklanadi.

Xolinergik jarayonlar buzilishidan oldin katexolaminlar mikdori oshadi. Vegetativ innervatsiya buzilishi natijasida ovkat xazm qilish bezlari (sulak, oshkozon shirasi ajralishi) sekretsiyasi kamayadi, oshkozon-ichak trakti turgun parezi rivojlanadi.

Kovurgalararo mushaklar, diafragma parezi va paralichinatijasida utkir ventilyatsion nafas yetishmovchiligi rivojlanib, gipoksiya va respirator atsidozga olib keladi. O'pka ventilyatsiyasining buzilishiga xiqildoq va xalqum mushaklari funksiyasi buzilishi, quyuq shillik yigilishi, kusuk massalari, ovkat, suv aspiratsiyasi olib keladi. Botulizmda toksinning bevosita va bilvosita ta'siri natijasida gipoksiyaning barcha turlari rivojlanadi – gipoksik, gistotoksik, gemik va sirkulyator. Gipoksiya turi kasallikning kechishi va okibatini belgilaydi. Bunda ikkilamchi uzgaishlar xam axamiyatga ega: aspiratsion pnevmoniya, atelektazlar. Giposalivatsiya natijasida ogiz-xalkum shillik qavati yalliglanadi, kutariluvchi infeksiya natijasida parotit rivojlanishi mumkin. Bemorlar kupincha ventilyatsion nafas yetishmovchiligi, kamdan kam tusatdan yurak tuxtashi natijasida ulishadi. Nerv sistema botulotoksinlar uchun asosiy nishon emas. Aniklanishicha, ular

leykotsitlarning fagotsitar aktivligini pasaytiradi, eritrotsitlarda metabolizmni buzadi, trofika buzilishiga olib keladi.

Jaroxat botulizmi va yangi tugilgan chakaloklar botulizmi patogenezi farki shundaki, infeksiya spora shaklida yukadi, jaroxatda buladigan anaerob sharoitda va kukrak yoshidagi bolalar oshkozon-ichak trakti florasi va fermentativ faoliyati uziga xosligi sababli kupayib, organizmda vegetativ shakllarga aylanadi. Ular ishlab chikragan toksin qonga surilib,botulizmga oid tipik nevrologik uzgarishlar keltirib chikaradi. Bu xolatda gastroenterit va umumiy infeksion intoksikatsiya sindromlari bulmaydi.

SIMTOMLARI VA KEChIShI

Botulizm inkubatsion davri bir kun, kamdan-kam 2-3 kun, xattoki, 9-12 kunga chuzilishi mumkin. Inkubatsion davrining uzayishi botulotoksinning oshkozon-ichak traktiga kayta tushishi natijasida kasallikning yashirin belgilari manifestatsiyasiga boglik. Qisqa inkubatsion davri bulganda kasallikning ogir kechishi ko’zatiladi. Alkogol ichish kasallanishga ta’sir kilmaydi, mast bulish esa botulizmning birinchi belgilarini susaytirib, diagnostikada kiyinchilik tugdirishi mumkin.

Botulizmning asosiy klinik belgilari turli nevrologik simptomlar bulib, ular xar xil darajada aks etishi mumkin. Lekin xar ikkinchi bemorda botulizmning birinchi belgisi kiska muddatli utkir gastroenterit va umumiy infeksion intoksikatsiya belgilari buladi. Bu xollarda bemorlar qorinda asosan epigastral soxadagi ogriklarga shikoyat qilishadi, keyin qayta-qayta qusish yuzaga kelib, patologik qo’shimchalarsiz quyuq axlat paydo bo’ladi, kuniga 10 martagacha. Ayrim paytlar bosh ogrigi, umumiy xolsizlik, tana xaroratining kutarilishi 39-40^{0}S gacha ko’zatiladi. Kun oxiriga kelib oshqozon-ichak trakti gipermotorikasi turgun atoniya Bilan almashadi, tana xarorati tushadi. Kasallikning asosiy nevrlogik simptomlari yuzaga keladi. Kamdan kam xollarda gastrointestinal va nevrologik belgilar urtasida bemorning umumiy axvoli yaxshtlanadi, bu vaktda chukur tekshiruvlarda nerv sistemasi buzilishlarini aniqlash mumkin.

Botulizmning asosiy tipik belgilari kurishning buzilishi, ogiz kurishi, mushaklar kuchsizligi xisoblanadi. Bemorlar «ko’zda tuman paydo bulishi», «ko’z oldida to’r bulishi»ga shikoyat qilishadi, yaqindagi narsalarni farqlay olishmaydi. Ko’zlarda ikkilanish paydo buladi. Turli darajada ptoz rivojlanadi. Ovoz tembr iva balandligi uzgaradi. Kasallik avj olgan sari ovoz xirillab, afaniyaga olib keladi. Tomokda yot jism tikilganday buladi («yutilmagan tabletkka»), tuyilib koladi, oldin kattik , keyinchalik suyuk ovkat va suv xam utmay koladi. Suvni yutmokchi bulganda burnidan chikib ketadi. Bu davrda ovka, suv, sulak aspiratsiyasi bulib, aspiratsion pnevmoniya, yiringli traxeobronxit rivojlanishiga olib keladi. Asosiy

xar doim ko’zatiladigan simptomlar salivatsiyaning buzilishi (ogiz kurishi), progressiyalanuvchi mushak kuchsizligi va turgun kabziyat xisoblanadi.

Ptoz, mushaklar kuchsizligi kasallikning yengil shaklida yaxshi aks etmagan bulishi mumkin, ularni fizik zuriktirish orkali (ko’zlarni bir necha marta kattik yopib ochish, mushaklar kuchini bir necha marta dinamometr yordamida ulchash) yuzaga chikarish mumkin. Mushaklar kuchsizligikasallik ogirligiga kura ortib boradi. Kasallikning boshida mushaklar kuchsizligi ayniksa ensa mushaklarida ko’zatiladi, bemorlar boshi tushib ketaverganligi sababli uni ushlab turishga majbur bulishadi. Kovurgalararo mushaklar kuchsizligi tufayli nafas yuzaki, sust buladi. Kovurgalararo mushaklar tulik paralichida bemorlar kukrak kafasi kisilganligini sezishadi.

Kasallik avj olganda bemorlar ko’zdan kechirilganda xolsiz, adinamik. Yuzi nikobsimon. Bir yoki ikki tomonlama ptoz. Ko’z korachiklari kengaygan, yoruglikka reaksiyasi sust yoki yuk; nistagm, qonvergensiya va akkomodatsiyaning buzilishi ko’zatiladi. Tilni chikarish kiyin, itarib chikaradi. Artikulyatsiya buziladi. Ogiz-xalkum shillik qavati kuruk, xalkum – tuk kizil. Yumshok tanglay, xalkum va xalkum usti, ovoz boylamlari parezi, ovoz yorigi kengayishi ko’zatiladi. Diafragma mushaklari parez iva paralichi natijasida ovoz boylamlari osti bushligida yigilgan balgamni chikarish kiyinlashadi. Xalkum usti va ostida xosil bulgan plenka asfiksiyaga olib kelishi mumkin.

Skelet mushaklari kuchsizligi sababli bemorlar kam xarakatchan buladi. Nikobsimon kotib kolgan yuz, yuzaki nafas, afoniya es-xush yukolganli xakida uylashga majbur qiladi.

Nafas organlari tekshiruvida yuzaki nafas, yutal yukligi, nafas shovkinlari pasayganligi aniklanadi. Ventilyatsion nafas yetishmovchiligi ogirlik darajasiga kura giperkapniya, respirator atsidoz oshadi. Kasallikning urta ogir va ogir shakllarida yurak-qon tomir tizimi tomonidan uzgarishlar yuzaga keladi: taxikardiya, arterial gipotenziya, ayrim paytlar gipotenziya, EKG da metabolik uzgarishlar.

Kasallikdan tuzalish asta-sekin boradi. Sogayishning asosiy belgisi salivatsiyaning tiklanishi xisoblanadi. Keyinchalik nevrologik simptomlar susayadi. Eng oxiri kurish utkirligi va mushaklar kuchi tiklanadi. Juda ogir, xayotga tugri kelmaydigan nevrologik buzilishlarga karamay, barcha belgilar nerv sistemasida va ichki organlarda turgun uzgarishlar koldirmasdan yukoladi.

Jaroxat botulizmi va yangi tugilgan chakaloklar botulizmi ayrim xususiyatlari Bilan fark qiladi. Xar ikki xolatda gkastrointestinal sindrom va umumiy infeksion intoksikatsiya ko’zatilmaydi. Jaroxat botulizmida inkubatsion davr uzok chuziladi (4-14 kun). Botulizmga nevrologik simptomatika xarakterli. Shuni aytib utish kerakki, bu bemorlar xech kanday botulin toksinini saklovchi ozik-ovkat maxsulotlarini kabul kilmagan buladi. Kukrak yoshidagi bolalarda botulizm sun’iy

ovkatlantirish natijasida yuzaga keladi. Inkubatsion davri noma'lum va uni aniqlash imqoni yuk. Kasallikning birnchi belgilari bolalarda xolsizlik, sust emishi yoki emishdan bosh tortish, kabziyat bulishi mumkin. Oftalmoplegik simptomlar, yigining xirillab chikishi botulizmdan darak berib, darxol shishilinch yordam kursatish lozim. Nafas mushaklari zararlanishi erta rivojlanganda bu kasallik kukrak yoshidagi bolalarning tusatdan ulimiga olib kelishi mumkin.

Davosi. Bemor albatta kasalxonaga yotqiziladi va tezda bemor me'dasi 3%li soda (natriy gidrokarbonat) eritmasi bilan yuviladi, adsorbentlar (aktivlangan ko‘mir, kungaboqar moyi) beriladi, so‘ngra sifonli ho‘qna qilinadi. Bemor qonida erkin aylanib yurgan botulotoksinni neytrallash uchun sinamadan (Bezredko usuli) so‘ng botulizmga qarshi zardob(BQZ) kasallikning birinchi kunlaridan boshlab yuborish maqsadga muvofiq. Zardob asosan v/i ga yoki m/o ga yuboriladi. Uning bir davolash dozasi 2500 XB polivalent (AVE) zardobga teng. Etiologik omil turi aniqlangandan so‘ng monovalent (A-10000 XB, V-5000 XB, Ye-10000 XB) zardob yuboriladi. BQZ dozasi kasallik kechim og‘irligiga mos holda buyuriladi.

Botulizmni davolashda umumiy zaharlanishga qarshi preparatlarning saliog‘i kattadir. Umumiy zaharlanishga qarshi gemodez, 5%li glyukoza, tuzli eritmalar, plazma buyuriladi.

Qo‘zg‘atuvchi sporalarini me'da-ichak yo‘lida vegetativ shakliga o‘tish ehtimoli borligini inobatga olib, etiotrop davo sifatida levomitsitin yoki tetratsiklin preparatlari 7-8 kun moboyinida tavsiya qilinadi.

Asab tizimi faolitining tiklanish jarayonin tezlashtirish uchun ATFning 1%li eritmasi 2.0 ml.dan kuniga 3 mahaldan 7-10 kun maboyinida buyuriladi. Yurak qon-tomir tizimi faoliyatini yaxshilash uchun kordiamin, kamfora, kofein, yurak glikozidlari tavsiya qilinadi. Umumquvvatlovchi S va V guruhdagi vitaminlar buyurilishi samarali bo‘ladi. Kasalliknig og‘ir kechishini davolashda glyukokortikoid(prednizalon, urbazon, deksametazon)lar va giperbarik oksigenatsiya qo‘llaniladi.

Profilaktikasi. Ko‘pgina davlatlarda, jumladan bizning mamlakatda ham aksariyat hollarda kasallik uy sharoitida tayyorlangan maxsulotlar (qonserva va dudlangan) iste'molidan so‘ng yuzaga keladi. Bunga erishish uchun quyidagi talablar: oziq-ovqat mahsulotlarni qo‘zg‘atuvchi sporalari bilan ifloslanishdan saqlanish, qo‘zg‘atuvchi sporasi, vegetativ shaklini o‘ldiruvchi va zaharin parchalovchitermik ishlov berish, tayyor mahsulotda spora bo‘lishiga yo‘l qo‘ymaslik. Kolbasa, qonserva tayyorlash, masalliqlari tuzlash, quritish jarayonida sanitariya–gigiena qoidalariga etibor berish kerak. Qopqog‘i ko‘pchigan qonservalarni istemol qilmaslik va ularni yo‘qotish.

Qonserva mahsulotlarini is'temol qilib kasallangan va kasallanmagan kishilarga profilaktika maqsadida 1500-2000 XBdan botulizmga qarshi zardob yuboriladi. Ular 10-12 kun vrach nazoratida turadilar. Botulotoksin bilan aloqador laboratoriya xizmatidagi xodimlar botulizmga qarshi emlanadilar.

Nazorat uchun savollar.

1.Bakteriya tashuvchilar , ularni aniqlash , davolash tartibi.
2.Ovqat toksikoinfeksiyalari qelib chiqishi sabablari.
3.Kasallikning tarqalishi,patogenezi.

4.Kasallikning klinik ko‘rinishi,tashxisi.
5.Davolash prinsiplari va profilaktik chora-tadbirlar
6.Me’dani yuvish texnikasi.

Mavzulashtirilgan test

1.Botulizmda laboratoriya tashxisi nimalarga asoslangan:
A.ovqat qoldiqlari, qusuq moddalari, oshqozon chayindi suvidan topish
V.umumiy qon analizi
S.Vidal reaksiyasi yordamida antitelalarni topish
D.bakteriologik
2.Salmonellyoz qo‘zg‘atuvchisini aniqlang
A.Salmonellalar
V.Shigellalar
S.Vibrionlar.
D.Streptokokklar
3.Salmonellyoz kasalligida bemor nimalarga shikoyat qiladi
A.Qayt qilish,ich surishiga
V.Teriga toshma toshishi, yuqori haroratga
S.Behollik,uyquning buzilishiga
D.Bosh og‘rishi,tumov belgilariga
4.Botulizm yuqishi mumkin bo‘lgan oziq ovqat mahsulotlarini ko‘rsating:
A.uyda tayyorlangan qonserva mahsulotlari
V.qovurilgan baliqlar
S.uyda tayyorlangan vinolar
D.murabbolar va djemlar
5. Botulizmni muvaffaqiyatli davolashning asosiy omilini ko‘rsating:
A.degidratatsiyani ertaroq boshlash
V.kuchli doirada ta’sir etadigan antibiotiklar berish
S.zardobni bir vaqtda yubormaslik
D.(AVE) turdagi zardobni ertaroq yuborish

1. “Tezkor epidemiolog”

Har guruh **to‘g‘ri yoki noto‘g‘ri** deb javob beradi.

1Botulizm odamdan odamga yuqmaydi.
✔ To‘g‘ri
2 Botulizm ko‘pincha noto‘g‘ri sterilizatsiya qilingan konservalardan kelib chiqadi.
✔ To‘g‘ri
3Ovqat toksikoinfeksiyasi faqat bakteriya bilan bog‘liq.
✕ Noto‘g‘ri (toksinlar ham sabab bo‘ladi)
4Botulizm toksini eng kuchli biologik zaharlardan biridir.
✔ To‘g‘ri

2.“Zanjirni tuz”

Talabalar epidemiologik zanjirni to‘g‘ri tartibga qo‘yishlari kerak.
Kartochkalar:

- Patogen
- Ovqat mahsuloti

- Odam organizmi
- Klinik belgilar

To‘g‘ri tartib:

Patogen → Ovqat mahsuloti → Odam → Klinik belgilar

Baholash

- To‘g‘ri javob: **1 ball**
- Eng ko‘p ball to‘plagan guruh g‘olib.

2.1.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Ich terlama, A va B paratiflar, etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, tashxisoti.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Ich terlama va paratif kasalliklari haqida umumiy tushuncha 2.Ich terlama, A va B paratiflarning etiologiyasi 3.Ich terlama va paratiflarning epidemiologiyasi 4.Kasalliklarning asosiy klinik belgilari 5.Ich terlama va paratiflarning tashxisoti va differensial tashxisi

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar	**O'quv faoliyatini natijalari**:
Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma'lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o'tkazishda hamshiraning tutgan o'rnini tinglivchiga to'liq o'rgatish.	Yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarda hamshiralik ishi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi va bo'limlarining tuzilishi, ish tartibi, me'yoriy xujjatlari. Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish tartibi.Yuqumli kasalliklar bilan og'rigan bemorlarni davolash va parvarishlash xususiyatlari.
O'qitish metodlari	"**To'g'ri tashxisni top**" guruxlar bilan ishlash
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O'qitish vositalari	Doska-stend, videofil'mlar, chizma, nazorat varag'i, matnlar.
O'qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o'quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og'zaki so'rov, tezkor so'rov,yozma so'rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o'quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Ich terlama, A va B paratiflar, etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, tashxisoti.

Reja

1. Ich terlama va paratif kasalliklari haqida umumiy tushuncha
2. Ich terlama, A va B paratiflarning etiologiyasi
3. Ich terlama va paratiflarning epidemiologiyasi
4. Kasalliklarning asosiy klinik belgilari
5. Ich terlama va paratiflarning tashxisoti va differensial tashxisi

Ich terlama va paratif kasalliklari haqida umumiy tushuncha

Ich terlama va A hamda B paratiflar — ichak infeksiyalari guruhiga kiruvchi, og‘ir kechuvchi yuqumli kasalliklar hisoblanadi. Ushbu kasalliklar organizmda umumiy zaharlanish, uzoq davom etuvchi isitma, ichak faoliyatining buzilishi va markaziy asab tizimi zararlanishi bilan tavsiflanadi.

Ich terlama **Salmonella typhi**, paratif A va B esa **Salmonella paratyphi A va B** bakteriyalari tomonidan chaqiriladi. Bu mikroorganizmlar tashqi muhitga nisbatan chidamli bo‘lib, suvda, sutda va ayrim oziq-ovqat mahsulotlarida uzoq vaqt saqlanib qolishi mumkin.

Kasallik manbai — faqat odam hisoblanadi. Ya’ni kasallangan shaxs yoki bakteriya tashuvchilar infeksiyaning asosiy manbai bo‘lib xizmat qiladi. Ayniqsa, sog‘lom tashuvchilar epidemiologik jihatdan juda xavfli bo‘lib, ular kasallik belgilari bo‘lmagan holda atrofdagilarga infeksiyani tarqatishi mumkin.

Ich terlama va paratiflar asosan **fekal–oral yo‘l** bilan yuqadi. Bu ifloslangan suv ichish, yaxshi yuvilmagan sabzavot va mevalarni iste’mol qilish, shuningdek, shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilinmasligi natijasida yuzaga keladi.

Kasalliklar ko‘proq sanitariya-gigiyena sharoiti past bo‘lgan hududlarda, ichimlik suvi ta’minoti yomon joylarda uchraydi. Yoz va ko’z mavsumlarida kasallanish darajasi keskin oshadi.

Ich terlama va paratiflar o‘z vaqtida aniqlanib davolanmasa, ichakdan qon ketishi, ichak teshilishi, sepsis kabi og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Shu sababli bu kasalliklar tibbiyotda alohida epidemiologik nazorat ostiga olingan.

Kasalliklarning oldini olishda aholini toza ichimlik suvi bilan ta’minlash, sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish, oziq-ovqat mahsulotlarini to‘g‘ri saqlash va xavf guruhidagi shaxslarni emlash muhim ahamiyatga ega.

Qorin tifi, a va v paratiflar. Qorin tifi – najas og‘iz mexanizmi bilan yuquvchi, odamda uchraydigan o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, isitma, bakteriemiya, umumiy zaharlanish, limfoid apparatining zararlanishi va ingichka ichakda yaralar, terida rozeolyoz toshmalar toshishi bilan tavsiflanadi.

“Tif” so‘zi “tutun” ma’nosini bildiradi, bu atama Gippokrat zamonidan ma’lum. Ammo qorin tifi kasalligini tiflar guruhidan alohida xastalikka ajratish faqat XIX asr o‘rtalarida ro‘y berdi. Bu voqeaga Bretonnea va Lans olib borgan

izlanishlar asos bo‘ldi. Qorin tifi kasalligini o‘rganishdagi asosiy sana 1880 yil hisoblanadi, bu davrda xastalikning qo‘zg‘atuvchisi Ebert tomonidan topilgan.

O‘zbekiston sharoitida aytib o‘tilgan infeksiyalar bilan og‘ruvchi bemorlarning nisbatan ko‘pligi Respublikamiz tabiati va ba’zi boshqa sharoitlarga bog‘lik. Shunday bo‘lsada Respublikamiz hududida bu kasalliklarning keyingi 10 yilda kamayishi qayd qilingan. Respublikamizda aholining asosiy qismi qishloq xo‘jaligi rivojlangan mintaqalarida istiqomat qiladi. Har xil quvvatdagi sun’iy suv kanallari deyarli har bir xo‘jalik va xonadonlarga kirib kelgan. Aholi zichligining yuqori ekanligi ochiq suv havzalarini ifloslantirishga olib kelsa, yilning issiq davrining uzoq ekanligi (may-sentabr) bu manbalarida suvni ko‘p ishlatish hollariga sabab bo‘ladi.

Yuqoridagilarni hisobga olib, qorin tifi va paratif kasalliklariga qarshi keskin kurashish Respublika tibbiy xodimlari va tashkilotlari oldida turgan dolzarb vazifalardan biri ekanligini unutmaslik kerak.

Etiologiyasi. Qorin tifi tayoqchasi Salmonella Typhi Erterobacteriacese oilasiga mansub, faqat odam uchun zararli hisoblanadi. Sal.typhi tayoqcha shaklida bo‘lib, uzunligi 1-3 mkm, diametri esa 0,5-0,8 mkmni tashkil etadi, xivchinlari bo‘lganligi tufayli harakatchan, spora va kapsula hosil qilmaydi, gramm manfiy, hamma anilin buyoqlari bilan yaxshi bo‘yaladi, odatdagi oziq muhitlarida pH 7,2 - 7,4 ga teng bo‘lgan sharoitda o‘sadi. Fakultativ aerob, optimal harorat 37 gradusga teng. Boshqa salmonella mikroblaridan farq qilib, Sal.typhi tayoqchasining fermentativ faolligi kuchsizroqdir. Qorin tifi mikroblari ekzotoksin hosil qilmaydi, ular parchalanganda endotoksin ajraladi.

Qorin tifi qo‘zg‘atuvchilari tashqi muhit ta’sirlariga nisbatan sezgirdir. Ular suv sharoitida 50 daraja ta’sirida 1 soat mobaynida tirik qolsa, 100 darajada darhol halok bo‘ladi. Shu bilan birga bu bakteriyalar past harorat sharoitida yaxshi saqlanib qoladi va muzda 60 kungacha yashash mumkin.

Qorin tifi va paratif kasalliklarining epidemiologiyasi. Qorin tifi va paratif A infeksiyalarida xastalik manbai faqat odam hisoblansa (bemor yoki bakteriya tashib yuruvchi), paratif V da esa qushlar hamda hayvonlar ham ma’lum bir epidemiologik ahamiyatga ega.

Qo‘zg‘atuvchi odam organizmiga og‘iz orqali zararlangan ovqat mahsulotlari yoki suv bilan tushadi va asosan najas orqali chiqib ketadi. Asosiy kasallik manbai bo‘lib bemor odam, shu bilan birga reqonvalessent va bakteriya tashuvchilar hisoblanadilar. Qorin tifi yoki paratif bilan og‘rigan bemor qo‘zg‘atuvchini kasallik oldi davridan boshlab najas orqali ajratib chiqaradi. Klinik belgilarni paydo bo‘lishi bilan kasalning yuqumliligi ham ancha ortadi, tana haroratining tushishi va reqonvalessensiya davrining boshlanishi bilan esa yuqumlilik kamayadi. Qo‘zg‘atuvchini peshob orqali ajralib chiqishi kamroqdir. Qo‘zg‘atuvchi so‘lak, balg‘am va ko‘krak suti bilan ajralib chiqishi mumkin. Epidemiologik jihatdan olganda kasallikning tipik bo‘lmagan ya’ni atipik kechadigan shakllari alohida xavf tug‘diradi.

Bakteriya tashuvchilar doimo yoki ba’zi-ba’zida tashqi muhitga qo‘zg‘atuvchilarni najas va siydik orqali ajratib chiqaradi. Keyingi paytda siydik orqali tashuvchilik kam uchraydi, lekin u epidemiologik jihatdan xavflidir, negaki

siydik orqali bakteriyalar najasga qaraganda kengroq tarqaladi. Bakteriya tashuvchilar sog‘lom, tranzitor va kasallikning boshidan kechirgan bakteriya tashuvchilarga bo‘linadi. Davomiyligi bo‘yicha quyidagi toifadagi bakteriya tashuvchilar tafovut kilinadi. O‘tkir tashuvchilar-xastalikdan so‘ng 3 oygacha, surunkali tashuvchilar-xastalikdan so‘ng 3 oy vaqtdan keyin ham bakteriya ajratib chiqaradi.

Infeksiya tarqalish yo‘llari va mexanizmi. Tif-paratif kasalliklari uchun asosiy mexanizm najas-og‘iz mexanizmi hisoblanib, suv orqali, alimentar, maishiy muloqot orqali amalga oshiriladi.

Tif-paratif kasalliklariga mavsumiylik xosdir, ayniqsa yoz oylarida kasallanish eng yuqori bo‘ladi. Kasallanish asosan 6 yoshdan -14 yoshgacha bo‘lgan bolalarda uchraydi.

Qorin tifining klinik kechishi. Tif-paratiflarda klinikaning namoyon bo‘lishi va patologik jarayonlar yetarli darajada aniq ifodalangan davriylik qonuniyatlarga qarab yuz beradi. Shunga asoslanib Qorin tifi va paratiflarning kechishini quyidagi davrlarga ajratish qabul qilingan:

-birinchi, boshlang‘ich belgilar ortib borish davri St. incrementi.

-ikkinchi, kasallikning avj olish davri 2 - qismdan iborat: kasallikning to‘liq rivojlanish davri, og‘irlik jarayonlari eng yuqori kuchga ega bo‘lgan davri (St. acmae).

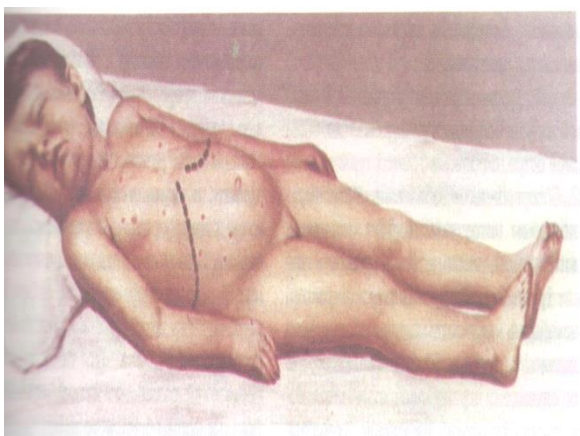
-uchinchi-klinik manzarasining so‘nish davri (st. decrimenti).

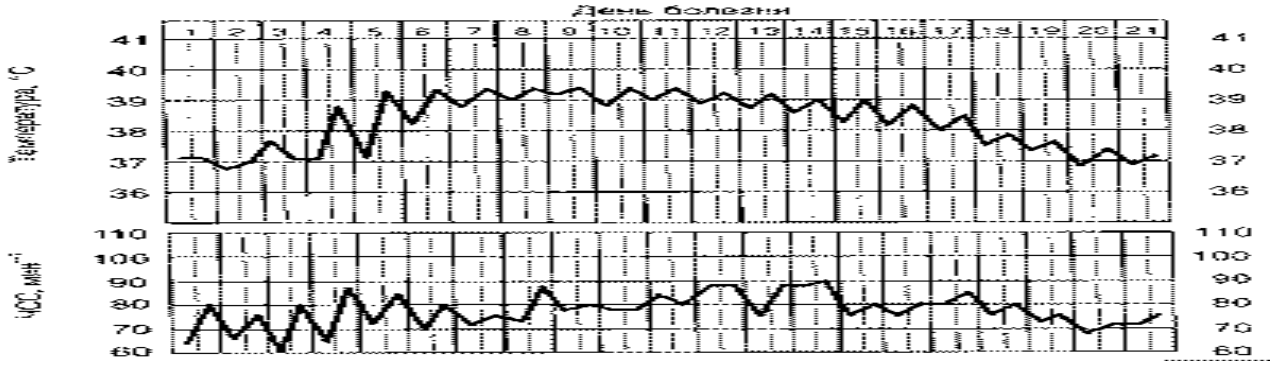
-to‘rtinchi-reqonvalessensiya yoki sog‘ayish davri. Har bir davrning davomiyligi taxminan 1 hafta davom etadi.

Yashirin davr 14-21 kun davom etadi, lekin u 3-5 kungacha, hatto ikki kungacha qisqarishi va 23 kungacha uzayishi mumkin. Davrning eng oxiriga kelib prodromal belgilar paydo bo‘ladi. Ular sababsiz lohaslik, holsizlanish, apatiya, ishtahaning yo‘qolishi, bosh og‘rig‘i, serzarda bo‘lib qolishlarda ifodalanadi va 1-3 kun davom etadi. Qorin tifi kechishining tipik holatlarida, jarayon quyidagicha rivojlanadi: kasallik ko‘pincha asta- sekin boshlanadi va bemorlar ko‘p hollarda kasallik boshlangan kunni ko‘rsatib bera olmaydilar. Birinchi kunlarni ular oyokda turib o‘tkazadilar. Lekin ahvol kundan-kunga yomonlashadi: holsizlik ortadi, charchash kuchayadi, bosh og‘riydi, ishtaxa yo‘qoladi.

Harorat asta-sekinlik bilan ko‘tariladi, pog‘ona- pog‘ona bo‘lib 3-5 kun ichida eng yuqori raqamlarga yetib, shu darajada o‘rnashib qoladi. Uyqu buziladi, chanqoq paydo bo‘ladi, til o‘rtasi yupqa oq qarash bilan qoplanadi, qorin oz-moz shishgan, ich ketish buzilgan ko‘pincha ichi tutilib qoladi. Birinchi davr oxiriga kelib jigar va taloq kattalashishi mumkin.

Ikkinchi davrda (2-3hafta) yuqorida ko‘rsatilgan belgilar yuqori rivojiga yetadi. Bemor ovqatni rad etadi, uni chanqoq bezovta qiladi, boshi og‘riydi, goho qorinda og‘riq ko’zatiladi. Tana harorati 39-40S yetadi va yuqori raqamlarda kasallik avji davrida ushlanib turadi. Kechki va sahargi harorat o‘rtasida ozgina





farq bo‘ladi. Keyingi kunlarda haroratlar o‘rtasidagi farq yanada sezilarliroq ifodalanadi. Ayniqsa, kasallik avji davri oxirida ular yaxshi ko‘zga tashlanadi. Bemorning holati kundan-kunga yomonlashib boradi. Birinchi kunlari madorsizlik, apatiya ko’zatilib, ayrim hollarda tifoz holat bilan almashishi mumkin.

Bunda turli darajadagi garangsirab qolishi, to‘xtalib qolish (aqliy kamharakatlik), ongni o‘tmaslashuvi va alahsirash ko’zatiladi. Kunduzi uyqu bosish, kechasi esa uyqusizlik paydo bo‘ladi. Gohida sopor yoki koma holati rivojlanishi mumkin. Bemor bunda tushunarsiz, o‘ziga-o‘zi gapiradi yoki qattiq alahsiraydi, goho o‘rnidan turib ketadi. Teri yuzasi oqargan, issiq, qo‘l tekizilganda quruq, yuzi shishinqiragan, ko‘krak, qorin terisida 5-8-kunlar rozeolali toshma paydo bo‘ladi, bu toshmalar gohida (davriy) vaqti-vaqti bilan toki isitmaning oxirigacha davom etishi mumkin. Lablar, og‘iz bo‘shlig‘i, til shilliq qobig‘ining quruqligi kuchayadi. Til qalin ko‘kish karash bilan qoplanadi. Chetlarida va til uchida tish izi ko’zatilib, qizargan bo‘lishi mumkin. Qorin salgina shishgan, o‘ng qovurg‘a ostida og‘riq bo‘ladi va mayda quldirash aniqlanishi mumkin. Jigar va taloqning hajmi eng katta darajaga yetadi. Ich ketish yoki qabziyat yoki ichi suyuq (2-5 marta sutkasiga) ketishi ko’zatiladi.

Uchinchi davrda-harorat pasaya boshlaydi. Ertalab remissiyalar paydo bo‘la boshlaydi va hatto ertalabki harorat orasidagi farq 2– 3Sga yetadi. Sog‘ayish davrida organizmni buzilgan vazifalari asta-sekin tiklana boshlaydi va harorat pasayishining 4-5 haftasiga kelib to‘liq tenglashadi, lekin ayrim organlardagi morfologik o‘zgarishlar klinik o‘zgarishdan uzoqroq davom etadi. Tartib buzilgan hollarda qaytalanishlar, kechikkan asoratlar paydo bo‘lishi mumkin. Hozirgi paytda qorin tifida yuqorida ko‘rsatib o‘tilgan klinik belgilar yaxshi ifodalanmagan va tif-paratiflarga xos bo‘lmagan belgilarni namoyon bo‘lishi bilan, ular bilinmay qoladi. Kasallik ko‘pincha tifoz holatisiz kechadi. Qorin tifining asosiy belgilaridan biri isitmadir. U kasallikning davomiyligi va og‘irligini belgilab beradi.

Isitma qorin tifida o‘ziga xos xususiyatlarga ega. To‘lqinsimonlik butun jarayonni kechishiga muvofiq keladi, uning tebranishlari (ko‘tarilib–tushib turishi) belgilarning goh zaiflashishiga, goh kuchayishiga parallel tushadi. Ko‘pincha harorat asta-sekin ko‘tariladi. Unga pog‘onama-pog‘ona bo‘lib ko‘tarilish xarakterli bo‘lib, kasallik avji davrida doimiy yuqori harorat ushlanib turib, kasallikning pasayish davrida asta - sekin kamayib boradi.

Qorin tifi kasalligi uchun xos bulgan isitmalarning egri chizigi
(Vunderlix va tulkinsimon)

Qorin tifida harorat chizigining kuyidagi nusxalari mavjuddir:

1. Ko‘p to‘lqinli, Botqin chizig‘i, ya’ni yuqori temperatura bilan nisbatan past temperaturaning galma-gal kelishi;

2. Vunderlix nusxasi, bir to‘lqinli bunda haroratning asta - sekin ko‘tarilishi va tushishi ko’zatiladi;

3. Kildyushevskiy bo‘yicha, bunda harorat tezroq ko‘tariladi, 3 kun ichida, keyin litik tushadi. Mana shu 3 ta harorat chizig‘ining varianti Qorin tifi uchun xos hisoblanadi. Hozirgi paytda qorin tifini o‘tkir boshlanish hollari ko‘payib qoldi.

Asab tizimining zararlanishi Qorin tifi klinik manzarasining yetakchi kuchi bo‘lib xizmat qiladi. Ayniqsa kasallik avj olgan paytda MAT tomonidan yuz bergan o‘zgarishlar keskin ifodalanadi. Bu davrda ko‘pincha bemorlar gangish, depressiya, aqliy xarakatsizlik holatida bo‘ladilar, savollarga kechikish bilan javob beradilar. Boshqalari, aksincha, behalovat bo‘ladilar, ma’noga ega bo‘lmagan noaniq harakatlar qiladilar. Turishga, ketib qolishga, daydib yurishga harakat qiladilar. Qorin tifi avj olgan davrda meningizm simptomokompleksi rivojlanishi mumkin. Bunda orqa miya suyuqligi o‘zgarishsiz qoladi, yoki uni o‘zgarishi seroz meningitni namoyon bo‘lishiga mos keladi (sitozni biroz ko‘payishi, oqsil miqdorining ortishi). Ayrim mualliflar meningial belgilar bilan kechadigan qorin tifini “Meningotif ” deb ataydilar.

Bemorning terisi kasallik boshlangandan rangpar, quruq bo‘lib qoladi va shunday holda butun kasallik davomida saqlanib qoladi. Terlash qorin tifiga xos emas, lekin harorat pasaya boshlangan va belgilar yo‘qola boshlangan davrda terlash yuz berishi mumkin. Bir qator hollarda kasallik boshida kuchli terlash bilan o‘tadi, terida ter pufakchalari ko‘rinishidagi hosilalar paydo bo‘ladi. Bu elementlar ko‘krakda, qorinda, bo‘yinda joylashadi.

Qorin tifining kardinal belgilaridan biri-bu terida qorin tifi rozeolalarini toshuvidir. U 5-8 kundan boshlab toshadi. Rozeola- ko‘p uchraydigan, lekin doimiy belgi emas. Tipik toshmalarda qorin tifi rozeolasi teri yuzasida biroz ko‘tarilib turuvchi, oval shaklli och - pushti toshmani namoyon qiladi.

Rozeola toshmasi joylashadigan sevimli joy qorin, ko‘krak qafasi pastki yonboshi, bel, yelka va bilakni ichki yoziluvchi yuzasi bo‘lib xizmat qiladi. Qorin tifida toshma ko‘p bo‘lmaydi (3-5, 10-20) lekin ayrim holarda toki 100 tagacha yetadi. Rozeolalar o‘rtacha 2 kundan 5 kungacha saqlanib qoladi, so‘ngra qorayib, rangpar bo‘lib, yo‘qolib ketadi. Og‘ir holatlarda rozeolalarni petexiyalarga o‘tishi belgilangan. Bemorlarning aksariyatida qo‘l kafti va oyoq tovoni sariqligi (Filippovich belgisi) ko’zatiladi.

Nafas olish organlarining zararlanishi. Qorin tifi nafas olish organlarida yuz beradigan o‘zgarishlar birinchi kunlaridanoq ko’zatilishi mumkin. Bu o‘zgarishlar o‘ziga xos xususiyatga ega bo‘lib, ovozni xirillab qolishiga olib keluvchi nafas olish yo‘llari shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi bilan belgilanadi. Nafas olish a’zolari ichida eng ko‘p uchraydigan kasallik bu bronxitdir. Kam hollarda qorin tifi bilan og‘rigan bemorlarda zotiljam uchrashi mumkin. Zotiljam kasalligini qorin tifi tayoqchalari keltirib chiqaradi.

Yurak qon tomir tizimi. Qorin tifi yurak qon-tomir tizimida yuz beradigan zararlanish hollari qorin tifi zaharining bevosita yurak-tomir tizimi va uni

faoliyatini boshqarib turuvchi asab apparatiga ta’siri bilan bog‘liqdir. Yurak qon-tomir sistemasidagi o‘zgarishlar kasallikning kechish og‘irligiga ham bog‘liq. Qorin tifiga nisbiy bradikardiya va puls dikrotiyasi xosdir. Kasallik avji paytida puls kam (taranglikka) kuchga va to‘liqlikka ega bo‘lishi mumkin. Yurak tomonidan yuz beradigan o‘zgarishlar miokardning diffuz oziqlanishi buzilishi va funksional buzilishlar natijasi sifatida tonlarning bo‘g‘iqligi, shovqin paydo bo‘lishi va elektrokardiogrammadagi o‘zgarishlar bilan tavsiflanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi. Qorin tifida ovqat hazm qilish tizimining vazifasi buzilishi kasallikning harakterli va doimiy belgisidir. Toksikozning birinchi belgilaridan biri bo‘lib ishtahaning pasayishi xizmat qiladi va kasallik avj olgan davrda, hatto anoreksiya ko’zatiladi. Kasallik yengil kechadigan ayrim hollarda ishtaha saqlanib qolishi mumkin. Vegetativ asab sistemasining buzilishi, tuz-suv almashinuvining buzilishi va (salivatsiya) suyuqlik ishlab chiqarilishini kamayishi tufayli bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i, lablar, shilliq qavatlarining quruqlashib qolishi aniqlanadi. Shilliq qavat yaltirashini yo‘qotadi, qalin, quyuq shilliq modda bilan qoplanadi. Lablarida yoriqlar paydo bo‘ladi. Qorin tifiga xos o‘zgarishlar tilda ham sodir bo‘ladi. Til quruq bo‘ladi va uning markaziy qismlari oqish yoki oq-ko‘kish karash bilan qoplanadi. Bunda tilning chetlari va uchi toza bo‘ladi, biroz qizaradi va unda tishning izi qolishi mumkin. Umumiy ahvolning yaxshilanishi bilan til ham karashdan tozalanib boradi hamda namlanadi. Tomoqda bodom bezining qizarishi va kattalashishi ko’zatiladi, goho tifoz angina keskin namoyon bo‘ladi. Ayrim holatlarida kasallikning ikkinchi haftasida yarali angina (Dyugi) ko’zatilishi mumkin.

Qorinning shishib ketishi va og‘riq paydo bo‘lishi ichaklar zararlanishi natijasida bo‘ladi, Qorin tifining ancha erta muddatlarida aniqlanadi hamda kasallik avji davrining doimiy belgilaridan biridir. Kasallikning yengil shakllarida shish faqatgina qorin markazi-kindik atrofi bilan chegaralanishi mumkin, og‘irroq holatlarida esa, butun qorin bo‘ylab yoyiladi. Paypaslab ko‘rilganda qorin xuddi rezina yostiqchaday elastik qonsistensiyaga ega bo‘ladi. Qorin perkussiyasida ko‘pincha o‘ng biqinda perkutor tovushning bo‘g‘iklashishi ko’zatiladi. Quldirash bemorlarda og‘riqsiz va ichni buzilmasligi bilan bo‘lishi mumkin. Og‘rik qorinda, asosan, o‘ng biqin ostida joylashadi yoki kindik atrofida joylashadi. Kasallik boshlanishi paytlarida ich o‘tishiga nisbatan ichi qotib qolish hollari ko‘p bo‘ladi. Ich o‘tishi ko‘proq go‘dak bolalarda uchraydi. Ba’zan butun kasallik davomida najas tomonidan hech qanday o‘zgarish ko’zatilmaydi. Jigarni kattalashuvi qorin tifida kasallik avj olgan paytda aniqlanadi, hamda kattalashuv darajasi qorin tifi kechishining og‘irligiga bog‘liq. Reqonvalessensiya davrida jigar o‘lchamlarining astalik bilan qisqarishi yuz beradi. Asoratli, qaytalanuvchi, ko‘p cho‘ziladigan holatlarida qisqarish bir oz sekinroq bo‘lishi mumkin. Taloqning kattalashuvi kasallikning 3-5 kunidan aniqlanadi va 1-2 hafta shunday turib, kasallikning boshqa belgilari kamayishi bilan parallel holda kichrayib boradi. Taloqning qisqarishi yaxshi alomat hisoblanadi.

Siydik ajratish tizimi. Isitma davrida bemorlar peshobida ko‘pincha oqsil topilishi mumkin. Harorat tushishi bilan peshobdagi oqsil miqdori kamayadi va keyinchalik butunlay yo‘qoladi. Qorin tifini boshlang‘ich davrida va kasallik avji

davrida sutkalik peshob miqdori kamayadi. Umumiy zaharlanish kamayishi bilan sutkalik peshob hamda peshobdagi xloridlar miqdori ko‘payadi, bu esa kasallikda burilish yuz berganini ko‘rsatkichi va yaxshi ta’biriy belgi bo‘lib xizmat qiladi.

Periferik qon manzarasi. Qorin tifida periferik qon tomonidan bo‘ladigan o‘zgarishlar: kam (zaif) ifodalangan gipoxrom anemiya, leykopeniya, monotsitopeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya yoki eozinopeniya. Kasallanishning birinchi kunlarida periferik qonda leykotsitlar miqdori normada bo‘ladi yoki nisbiy leykotsitoz neytrofilyoz bilan birga ko’zatiladi. Qorin tifi avj olgan paytda kasallik og‘irligi bilan parallel holda leykopeniya rivojlanadi. Neytrofilyoz limfotsitoz bilan almashinadi. Neytrofillarning yadro siljishi ro‘y beradi, og‘ir hollarda to yosh shakllarigacha. Kasallik boshlanishida eozinofillar yo‘qolib ketadi. Reqonvalesensiya davrida qondagi eozinofillar va monotsitlar miqdori ortadi. Bu davrda leykopeniya bo‘lishi suyak ko‘migining uzoq vaqt ta’sir ostida bo‘lganligi, bemorning to‘liq sog‘aymaganligidan dalolat beradi. EChT qorin tifi ko‘pincha salgina tezlashadi va 20-30 mm dan oshmaydi. Og‘ir va asoratli hollarda EChT uzoq payt yuqori bo‘lib qoladi. Qorin tifi avji paytida trombotsitlar soni pasayadi. Sog‘ayib borgan sari ular soni qayta tiklanadi. Shuningdek, qondagi protrombin miqdori kamayadi, qonning ivish vaqti uzayadi. Tif-paratif kasalliklarining hozir mavjud tasniflari asosida kasallik kechim og‘irligi (o‘ta og‘ir, og‘ir, o‘rta og‘irlikdagi, yengil) yoki ayrim a’zo va tizimlar (pnevmotif, meningotif va shunga o‘xshash) ni qaysi biri ko‘proq zararlanish tamoyili yotadi. Shunday qilib, biz kasallikning yengil, o‘rta og‘irlikdagi va og‘ir shakllarni ajratdik.

Paratiflarning umumiy klinik tavsifi. Paratiflar o‘zining simptomokompleksi va kechishiga qarab qorin tifini eslatadi. Shunga qaramay, paratiflar va ayniqsa paratif “V” bir qancha klinik laboratoriya xususiyatlariga ega bo‘ladi. Bu xususiyatlar ularni qorin tifidan ajratib turadi.

Paratif “A”- ning rivojlanishi va klinik kechishi qorin tifidan biroz farq qiladi. Paratif “A” infeksiyasida kasallik o‘tkir boshlanib, ko‘pincha tomoq va qon’yunktiva shilliq qavatini zararlanishi ko’zatiladi. Boshlang‘ich davr klinik manzarasida yuz giperemiyasi, sklera in’eksiyasi, yengil qon’yunktivit, tumov, yo‘tal, lablar va burun qanotlarida gerpes, kam hollarda burun qonashi aniqlanadi. Tana harorati yoki noto‘g‘ri, yoki remmitens xarakteriga ega. Ba’zi hollarda harorat ko‘tarilishi qaltirash bilan ko’zatiladi, pasayishi esa terlash bilan o‘tadi. **Tifoz holati** faqatgina juda og‘ir hollardagina ifodalanadi. Rozeola toshmasi xuddi paratif “V“ singari erta paydo bo‘ladi va o‘zining ko‘p xilliligi bilan ajralib turadi. Goho toshma toshishi mumkin. Asoratlar paratif “V”ga nisbatan ko‘proq uchraydi. Paratif infeksiyasini tashxis qilishda qon, najas, peshobni bakteriologik tekshirish katta ahamiyatga ega.

Paratif “V”. Kasallik o‘tkirroq va qisqa vaqt rivojlanadigan patologik jarayon, hamda eng yuqori darajada namoyon bo‘ladigan toksikoz va keskin ifodalangan me’da-ichak buzilishi bilan xarakterlanadi. Umuman, paratif “V” o‘zining yengilroq kechishi va kamroq qaytalanishi bilan ajralib turadi. Yashirin davri 5-10 kunga teng bo‘ladi, lekin to 16 kungacha uzayishi mumkin. Kasallik (birdan) o‘tkir boshlanadi, qaltirash (xuddi sovuq qotganday), mushaklarda og‘rik,

terlash bo‘ladi. Paratif “V” ni boshlang‘ich davrda umumiy zaharlanish belgilari (qaltirash (oznob), bosh og‘rig‘i harorat ko‘tarilishi) o‘tkir me’da-ichak buzilishlari (ich o‘tishi, qorindagi og‘rik, qayt qilish) bilan birgalikda keladi. Ko‘pincha kataral hodisalar ko’zatiladi. Bular: quruq yo‘tal, yuz giperemiyasi, xirildoq (bo‘g‘ik) ovozlardir. Bir qism bemorlarda labda gerpes paydo bo‘ladi. Yuqorida ko‘rsatilgan belgilarga kasallikni birinchi kunlaridanoq MAT zararlanish belgilari (madorsizlik, uyqu bosishi, behalovatlik, vahimali tungi uyqu, ortib boruvchi rangparlik) qo‘shilishi mumkin.

Paratif “V” klinik kechishining xususiyatlaridan biri, bu qisqarok isitmadir. U ko‘pincha noto‘g‘ri nusxada, gohida subfebril bo‘ladi. Rozeola toshmasini toshishi erta yuz beradi (3-6 kun) va har xil, ko‘p toshadi, taloqning erta va ancha kattalashuvi aniqlanadi. Periferik qon tomonidan ko‘pincha neytrofil leykotsitoz ko’zatiladi. Yengil kechishi bilan bir qatorda paratif “V” uzoq davom etadigan harorat reaksiyasi, septik belgilar va asoratlar bilan og‘ir o‘tishi mumkin.

Asoratlari. Qorin tifida asoratlar soni va tarkibi keng doirada bo‘lishi mumkin. Maxsus-ya’ni qo‘zg‘atuvchi va uning zahari ta’sirida yuzaga keladigan asoratlarni tafovut qilinadi. Qorin tifining maxsus asoratlari ichida og‘ir kechadiganlaridan ichakdan qon ketishi, hamda qorin tifi yaralarining teshilishi hisoblanadi. Bular 2-3 hafta oxirlarida va 4 - hafta boshlarida paydo bo‘ladi.

Uning yuzaga kelishiga to‘shakda yotish tartibining buzilishi, parhezdagi xatolar, meteorizmni kuchayishi, suyuq ich ketishi, ko‘pgina anatomik o‘zgarishlar, shuningdek qon ivishining pasayishi, tromblar hosil bo‘lishini sekinlashuvi sabab bo‘ladi. Qon ketish boshlanishi bilan kasallik manzarasida endi zaharlanish emas, balki qon yo‘qotish belgilari dominant rol o‘ynaydi. Ichakning teshilishi klinik namoyon bo‘lishi ko‘pincha kasallikning asosiy belgilari ostida qolib ketadi. O‘tkir qorinning belgilari zaif ifodalangan bo‘lish mumkin, qorinda birdan o‘tkir og‘rik paydo bo‘lmasligi ham mumkin, shuning uchun, hattoki qorindagi salgina og‘rik vrach e’tiborini tortishi kerak. Muhim belgi bo‘lib qorin devorining tarangligi va Щetkin-Blyumberg belgisi xizmat qiladi. Ko‘pincha, taxikardiya, haroratning tushib ketishi va keyin gipertermiya bilan almashinishi ko’zatiladi. Lekin bu belgilarni aniqlashda, to‘g‘ri ichak orqali barmoq bilan tekshirilganda aniqlanadigan tos tubi devorida og‘rik bo‘lishi muhim ahamiyatga ega. Perforatsiyani kechroq paydo bo‘ladigan belgilaridan: ortib boruvchi meteorizm, jigar ustida bo‘g‘iq ovozning yo‘qolishi, qorin auskultatsiyasida ichaklardagi shovqin bo‘lmasligi, chapga siljish bilan giperleykotsitoz, qorinning chet qismlarida suyuqlikning to‘planib qolishi, ko‘p qayt qilish va hiqichoq tutishlari kiradi. Ichaklar perforatsiyasi ko‘pincha kollapsga olib keladi. Yara teshilgandan so‘ng 6-12 soatgacha ichida operatsiya qilinsa, sog‘ayishiga umid bog‘lasa bo‘ladi.

Yurak qon-tomir sistemasi tomonidan miokardit, sog‘ayish davrida kollaps, tromboflebitlar, nafas olish tizimi tomonidan zotiljam, plevrit, o‘pka infarkti kabi asoratlar qayd qilinishi mumkin.

Peshob-jinsiy tizimi tomonidan esa nefrit, pielonefrit, pielit, sistit, prostatit, orxit, orxoepidimit, mastit, muddatidan oldingi tug‘ruq kabi asoratlar ko’zatiladi.

Tashxis klinik, laboratoriya va epidemiologiya ma’lumotlari yig‘indisiga asoslanadi. Klinik belgilarini baholashda ularni ko‘p xilligini etiborga olish kerak.

Qorin tifi kasalliklariga chalingan bemorlarni davolash tadbirlari. Qorin tifi va paratif xastaliklari bilan og‘rigan bemorlarni muolaja qilish asosida etiotrop, patogenetik, simptomatik hamda parhez bilan davolash usullari alohida ahamiyat kasb etadi. Bemorni to‘g‘ri parvarishlash va davolash rejimini to‘g‘ri tashkil etish asosiy shaklllaridan biridir. Davolash tizmasi tanlanganda organizmning shaxsiy xususiyatlari albatta e’tiborga olinishi zarur. Bemorlarni to‘g‘ri parvarishlash qorin tifi va paratif kasalliklarini muvaffaqiyatli davolashning asosiy omillardan biri. Ushbu xastaliklar bilan og‘rigan bemor albatta shifoxonaga yotqizilishi lozim.

Etiotrop davo usullari. So‘nggi 25 yil mobaynida qorin tifi va paratif xastaliklari davosida asosiy preparat sifatida sintetik antibiotik-levomitsetin ishlatib kelinadi.

Patogenetik davolash tadbirlari. ich terlama va paratif kasalliklari bemor organizmining kuchli zaharlanish alomatlari bilan kechadi. Shuning uchun ham davolash tadbirlari orasida dezintoksikatsiya muolaja choralari alohida o‘rin tutadi.

Qorin tifi va paratif kasalliklarining profilaktikasi. L.V.Gromashevskiy bo‘yicha epidemik zanjirning uchta xalqasini hisobga olgan holda qorin tifi, paratif A va V kasalliklaridagi profilaktik tadbirlar uch yo‘nalish bo‘yicha olib borilishi zarur: infeksiya manbaini zararsizlantirish, uning tarqalish yo‘llarini yo‘q qilish va aholining kasallikka berilmaslik qobiliyatini oshirish.

Kasallik manbaini zararsizlantirishga qaratilgan chora-tadbirlar. Bu o‘rinda bemorlarni o‘z vaqtida aniqlash, ularni shifoxonaga yotqizish, to‘g‘ri davolash, bakteriya tashib yuruvchilarni topish, hamda ular ustidan sanitariya-epidemiologik nazorat o‘rnatishning ahamiyati katta. Bemorlar va bakteriya tashib yuruvchilarni erta aniqlash kasallik o‘chog‘ida epidemiyaga qarshi chora-tadbirlarni o‘z vaqtida amalga oshirish imqonini beradi. Bemorlarni o‘z vaqtida shifoxonaga yotqizish va to‘g‘ri muolaja tadbirlarini tashkil etish ularda surunkali bakteriya tashib yuruvchanlik kelib chiqishining oldini oladi.

Kasallarni davolashda amaliy ishlarni bajarish.

Utkir yukumli ichak kasalliklarda xamshira bemorlarni ko’zatish jarayoniga e’tibor karatishi kerak . Ko’zatishda kuyidagi simptomlar ko’zga tashlanadi – xaroratning kutarilishi,bosh ogrishi , uykusizlik,ishtaxaning pasayishi va umumiy darmonsizlik. Xamshira bemorning tana xaroratini termometr orkali ulchashi,arterial qon bosimini tonometr orkali ulchashi kerak buladi. Bundan tashkari bemorning kayd qilishi,ichi ketishi,qorinda ogrik kabi simptomlarga xam e’tibor karatilishi lozim. Yuqorida ko’zatilgan simptomlarga karata xamshira bemorni parvarish qilish kerak. Xaroratni tushirish. Bemorda yotok yaralari xosil bulmasliga uchun vakt vakti bilan badanlarini yumshatuvchi malxamlar surtilib ukalab turish kerak. Ishtaxa pasaygan paytda ogiz bushligining parvarishiga e’tibor karatish kerak ,uning uchun tishlarni ertalab va kechkurun tozalab turishlari va bunda tish chutkasi bilan til orkasini xam tozalab turishi zarur. Ogizni chayish uchun 0,5 % natriy gidrokarbonat eritmasi beriladi. Badan terisiga karab borish bemor shaxsiy gigienasining muxim bulimini tashkil etadi. Badan terisining tegishlicha toza saklash,uning ximoya ajratish,issiklikni idora etish va xar xil ta’sirotlarni sezish funksiyalarini yaxshi bajarish uchun goyat katta axamiyatga egadir. Shifoxonada yetgan bemorlar xaftada kamida bir marta gigienik vanna yeki

dushda chumiltiriladi. Kulni ovkatdan oldin va kun buyi xar doim ifloslangandan sung ayniksa xojatxonaga borilgandan keyin yuvish lozim. Utkir yukumli ichak kasalliklarida bemorga xaroratning tezlikda tushmasligi ,tushsa xam yana yuqori darajalarga kutarilishi mumkinligi, uykusizlik uzok vakt davom etishi mumkinligi,qorindagi ogrik kuchayishi mumkinligi xakida uktirilib borilishi kerakki, to bemor shu simptomlarning xususiyatlarini bilib olsin. Bundan tashkari bemorning oila a'zolariga kasallarga kanday parxez ovkatlar berilishi, uydan kelgan xar kanday ovkatlarni yedirmaslik kerakligini, bemorni kup toliktirmaslik xakida uktirish lozim. Kup xollarda alaxsirash,talvasaga tushush xollari ko'zatilishi mumkin. Shunday paytlarda tayyor turish, oldini olish uchun kerakli dori darmonlari istemol qilishni bilishi urgatiladi.

Profilaktikasi: Salmonellyozning profilaktikasi asosan veterinariya xizmatiga yuklatiladi. Axoli orasida keng mikyosda tushuntirish ishlari olib boriladi. Ozik-ovkat tayyorlanadigan, saklanadigan va sotiladigan joylar kattik tibbiy nazorat ostida bulishi zarur.

Nazorat uchun savollar

1.Qorin tifi kasalligiga ta'rif bering.
2.Qorin tifi ko'zgatuvchisi xususiyatlarini ayting.
3.Qorin tifi klinik tasnifi.
4. Tifoz status deb qanday xolatga aytiladi.
5. Qorin tifida inkubatsion davri dovomiyligi.
6.Padalka simptomi nima.
7.Qorin tifida rozeolyoz toshma kachon va kaerda kuprok toshadi.
8. Qorin tifini gastroenterit shakli klinikasi.
9. Qorin tifini serologik laborator diagnostikasi.
10.Qorin tifi davosi.
11.Qorin tifi spetsifik profilaktikasi.

Masalalar

Masala *№* 1

Bola 9 yoshda. 14 kundan beri kasal xisoblanib, shikoyatlari tana xaroratini kutarilishi, bosh ogrishi, qorin shishishiga. Qon tarkibida Salmonella typhi abdominalis aniklangan.

Savol

1. Dastlabki tashxisni kuying.
2. Kushimcha tekshirish usullarini kursating.

Masala *№* 2

Bemorda tashxis: Qorin tifi ogir formasi, kasallikning birinchi xaftasida gipotermiya, gipotoniya, oyok-kullarining yaxlashi ko'zatiladi.

Savol

1. Kanaka asorat xakida uylash kerak.
2. Kechiktirib bulmaydigan yordam.

Masala № 3

Bemor 20 yoshda. tashxis: Qorin tifining ogir formasi. Kasallikning 3 xaftasi. Bosh ogrishi paydo buldi axlati (kora rangda).

Savol

1. Kanaka asorat xakida uylash kerak.

2. Davolash taktikasi.

Masala № 4

Bemor 9 yoshda. Kasallik asta-sekin rivojlangan: badanida lanjlik, bosh ogrishi, uykusining buzilishi va ishtaxasining yukolishi. Tana xarorati boshlanishida subfebril, keyinchalik asta-sekinlik bilan kutarilgan (39-40 S gacha). Bemorda loxaslik, darmonsizlik, bosh ogrishi, qorinda ogrik bulishi ko'zatiladi. Dikrotik puls, yurak tonlari bugiklashgan, upkasida kattik nafas eshitiladi. Tili ok karash bilan koplangan, qorinni ileotsekal soxasida guldirash va ogrik seziladi. Jigar va talok kattalashgan.

Savol

1. Sizning tashxisingiz.

2. Tekshirish rejangiz.

Masala № 5

Bemor 12 yoshli. Kasallikning 10-kuni yukumli kasalliklar shifoxonasiga murojaat kilgan. Bemor darmonsiz, boshi ogriydi, uykusi buzilgan, tana xarorati 39 S gacha kutariladi. Bemor kasalligini arikdan suv ichganligi bilan boglaydi. Shifoxonada bemorning axvoli yomonlashgan, xarorati 40 S gacha kutarilgan, xushi karaxt, terisi okargan, qorin va bel soxalarida rozeol-papulyoz toshmalar, dikrotik puls, gipotoniya ko'zatiladi. Tili ok karash bilan koplangan, kuruk, korni dam, meteorizm ko'zatiladi. Jigar va talok kattalashgan.

Savol

1. Sizning tashxisingiz.

2. Davolash rejangiz.

Mavzulashtirilgan test

1.Ich terlamada qanday toshma toshadi?

1.Rozeola 2.Dog'simon 3.Papula 4.Gemorragik.

2.Ich terlamada infeksiya manbaini aniqlang

1.Bemor va bakteriya tashuvchi odam 2.Bemor va hayvonlar

3.Hayvon va hashoratlar 4.Bemor va hashoratlar

3.Qorin tifini davolashni usulini ko'rsating:

1.Yotok tartibi, parxez, antibakterial terapiya

2.Interferonstimuliya terapiya, antitoksik terapiya

3.Nospetsifik reaktivlikni oshirish, preventiv terapiya

4.Peroral regidratatsiya, dezintoksikatsion terapiya

4.Ichterlamada ichak teshilishida bo'ladigan klinik belgini ko'rsating:

1.Qorinda to'satdan og'rik bo'lishi, leykotsitoz

2.Qon bosimining kutarilishi, bradikardiya, jigar va talokning kattalashishi

3.Rozeolez toshmalarning yukolishi

4. Shetkin-Blyumberg belgisi manfiy, bradikardiya,

5.Ichak yuqumli kasalliklari necha guruhga bo'linadi*:*

1. 2 ta guruhchalarga 2. 4 ta guruhchalarga

3. 6 ta guruhchalarga 4. 3 ta guruhchalarga

Interfaol o‘yin: “To‘g‘ri tashxisni top!”

Maqsad

Talabalar ich terlama va paratiflarning:

- etiologiyasi
- epidemiologiyasi
- klinik belgilari
- tashxis usullarini mustahkamlash.

Ishtirokchilar

- 2–3 guruh
- Har guruh 3–5 talaba

1-bosqich: “Qo‘zg‘atuvchini top” 🦠

Har guruhga savol beriladi.

Savol 1:

Ich terlama qo‘zg‘atuvchisi qaysi bakteriya?

✔ Javob: Salmonella Typhi

Savol 2:

Paratif A qo‘zg‘atuvchisi?

✔ Javob: Salmonella Paratyphi A

Savol 3:

Paratif B qo‘zg‘atuvchisi?

✔ Javob: Salmonella Paratyphi B

Har to‘g‘ri javob — **1 ball**.

2-bosqich: “Belgi qaysi kasallikka tegishli?”

O‘qituvchi simptom aytadi, guruhlar kasallikni topadi.

Belgilar	Javob
Uzoq davom etuvchi isitma, roseola toshma	Ich terlama
Kasallik tez boshlanadi, gastroenterit ko‘p	Paratif
Jigar va taloq kattalashishi	Ich terlama

To‘g‘ri javob — **1 ball**.

3-bosqich: “Epidemiologik zanjir”

Kartochkalar beriladi:

- bemor odam
- suv / ovqat
- fekal-oral yo‘l
- sog‘lom odam

Talabalar **to‘g‘ri epidemiologik zanjir** tuzishlari kerak.

✔ To‘g‘ri tartib:

Bemor → najas bilan ajralish → suv/ovqat → sog‘lom odam

4-bosqich: “Tashxisni tanla” 🧪

Savol: Kasallikning **1-haftasida eng muhim diagnostika usuli qaysi?**

Variantlar:

- najas ekmasi
- qon ekmasi

- siydik tekshiruvi

✔ To‘g‘ri javob: **qon ekmasi (gemokultura)**

Baholash

- Har to‘g‘ri javob — **1 ball**

2.1.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**O‘zbekiston Respublikasi SSV ning «Respublikada virusli gepatitlar bilan kurashish choralarini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida» buyrug‘i mazmuni.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1. Respublikada virusli gepatitlar bilan kurashish choralarini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida» buyrug‘i mazmuni. 2.Virusli gepatitlar bilan kurashish

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	“turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Enteral virusli gepatitlar, etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, laborator tekshirish usullari. . Bemor parvarishi.Virusli gepatitlarda parhez ovqatlantirish. Kasalliklarning umumiy va maxsus profilaktikasi. Parenteral virusli gepatitlar, etiologiyasi, epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari. Parenteral virusli gepatitlarda laborator tekshirish usullari. Bemor parvarishi. O‘zbekiston Respublikasi SSV ning «Respublikada virusli gepatitlar bilan kurashish choralarini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida» buyrug‘i mazmuni bilan tanishish.	Surunkali virusli gepatit B,C,D. Virusli gepatitli bemorlar dispanser kuzatuvi. Virusli gepatitlarda epidemiyaga qarshi chora tadbirlar. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining “Tibbiyot xodimlarni milliy klinik protokollar asosida bemorlarni tashxislash va davolash buyicha umumiy malaka oshirish kursni tashkil etish to‘g‘risida” № 257 buyrug‘ining 8 va 9- modullar mazmun mohiyati.
O’qitish metodlari	“Rol o‘yini ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: O‘zbekiston Respublikasi SSV ning «Respublikada virusli gepatitlar bilan kurashish choralarini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida» buyrug‘i mazmuni.

Dars rejasi:

1. Respublikada virusli gepatitlar bilan kurashish choralarini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida» buyrug‘i mazmuni.
2. Virusli gepatitlar bilan kurashish

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining virusli gepatitlar bilan kurashish bo‘yicha buyrug‘i odatda 2022-2025-yillar uchun virusli infeksiyalar tarqalishiga qarshi kurashish dasturini (PQ-243-son) o‘z ichiga oladi, bunda asosiy e’tibor gepatit B ga qarshi tibbiyot xodimlarini emlash, epidemiologik nazoratni kuchaytirish, diagnostika va davolashni takomillashtirishga qaratilgan bo‘lib, aholi salomatligini himoya qilish va profilaktik tadbirlarni kuchaytirishni ko‘zda tutadi.

Buyruqning asosiy mazmuni:

1. Dasturni qabul qilish: 2022-2025-yillar uchun ayrim dolzarb virusli infeksiyalar, jumladan gepatitlar tarqalishiga qarshi kurashish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar dasturini tasdiqlash.
2. Tibbiyot xodimlarini himoya qilish: Sog‘liqni saqlash tizimidagi tibbiyot xodimlarini gepatit "B" infeksiyasiga qarshi emlash bo‘yicha aniq maqsadli ko‘rsatkichlarni belgilash.
3. Profilaktika va nazorat**:** Virusli gepatitlarni oldini olish, o‘z vaqtida aniqlash va davolash usullarini takomillashtirish, ayniqsa, sanitariya-epidemiologik osoyishtalikni ta’minlash.
4. Monitoring va baholash**:** Dastur ijrosini monitoring qilish va uni samaradorligini baholash mexanizmlarini joriy etish.

Ushbu buyruqlar, O‘zbekistonda virusli gepatitlar bilan bog‘liq xavflarni kamaytirish, aholi salomatligini saqlash va kasalliklarni erta aniqlash hamda davolash samaradorligini oshirishga qaratilgan.

O‘zbekiston Respublikasida kompleks profilaktik va epidemiyaga qarshi tadbirlarning maqsadli amalga oshirilishi natijasida yuqumli kasalliklarga qarshi kurashishda katta yutuqlarga erishildi. 1991-yildan boshlab qator yuqumli kasalliklar bilan kasallanish ko‘rsatkichlarining izchil kamayib borishi kuzatilmoqda, shu jumladan “A” virusli gepatit bilan kasallanish 4,5 baravar, o‘tkir ichak infeksiyalari bilan kasallanish 4,6 baravar, o‘tkir respirator kasalliklar bilan kasallanish 7,9 baravar kamaydi.

Profilaktik emlashlar Milliy taqvimining takomillashtirilishi natijasida hamda rivojlangan mamlakatlarning xalqaro tajribasini hisobga olgan holda hozirgi vaqtda 13 ta yuqumli kasallikka qarshi vaksinatsiya o‘tkazilmoqda. Aholining immunizatsiya bilan qamrab olinishi 95 — 99% ni tashkil qiladi.

Shu bilan birga, yuqumli kasalliklar profilaktikasi darajasi va davolash-profilaktika muassasalarida tibbiy yordam ko‘rsatish sifatini yaxshilash bilan bog‘liq bo‘lgan masalalar to‘la yechimini topgan emas. Moddiy-texnik baza hamda respublikada yuqumli kasalliklar muassasalarining, shu jumladan yuqumli kasalliklarga tashxis qo‘yish laboratoriyalarining kadrlar salohiyati dunyo standartlariga muvofiq emas.

Virusli gepatitlar tarqalishining oldini olish hamda 2030-yilga kelib bu kasalliklarni tugatishga erishish, samarali profilaktika tizimini tashkil qilish, yuqumli kasalliklarga tashxis qo‘yish va ularni davolashning ilg‘or usullarini joriy etish, respublika yuqumli kasalliklar muassasalari moddiy-texnika bazasi va kadrlar

salohiyatini mustahkamlash hamda tuzilmasini takomillashtirish maqsadida Vazirlar Mahkamasi qaror qiladi:

1. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2018-yilda Virusologiya ilmiy-tadqiqot instituti, Epidemiologiya, mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar ilmiy-tadqiqot instituti va hududiy yuqumli kasalliklar kasalxonalarida yuridik shaxs tashkil etmasdan gepatologiya markazlari tashkil qilish haqidagi taklifi qabul qilinsin.

2. Belgilab qo‘yilsinki, gepatologiya markazlari:

dispanser ko‘rigidan va profilaktik tibbiy ko‘rikdan o‘tkazishda aholini ommaviy tekshirishni tashkil etish maqsadida yuqumli kasalliklar va virusli gepatitlarning laboratoriya diagnostikasi samaradorligi oshirilishini ta’minlaydi;

epidemiologiya, virusologiya, mikrobiologiyasi, yuqumli kasalliklar profilaktikasi, ularga tashxis qo‘yish va ularni davolash masalalari bo‘yicha fundamental va ilmiy-amaliy tadqiqotlarning asosiy yo‘nalishlarini belgilashda, shuningdek tadqiqot natijalarini sog‘liqni saqlash amaliyotiga joriy etishda qatnashadi;

yuqumli kasalliklar, shu jumladan virusli gepatitlar tarqalishining oldini olish bo‘yicha profilaktik, sanitariya-gigiyenik va epidemiyaga qarshi tadbirlarni ishlab chiqish va amalga oshirishda qatnashadi.

3. 2017 — 2021-yillarda O‘zbekiston Respublikasida yuqumli kasalliklarga, shu jumladan virusli gepatitlarga tashxis qo‘yish, ular profilaktikasi va ularni davolash usullarini yanada takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar (keyingi o‘rinlarda Kompleks chora-tadbirlar deb ataladi) ilovaga muvofiq tasdiqlansin.

4. Belgilansinki, Kompleks chora-tadbirlarda nazarda tutilgan tadbirlarni amalga oshirish bilan bog‘liq xarajatlar “Sog‘liqni saqlash” tarmog‘i bo‘yicha O‘zbekiston Respublikasi Davlat budjeti mablag‘lari doirasida amalga oshiriladi.

5. Belgilab qo‘yilsinki, Kompleks chora-tadbirlarda ko‘rsatilgan yuqumli kasalliklar muassasalarini qurish, reqonstruksiya qilish va mukammal ta’mirlash ishlarini moliyalashtirish O‘zbekiston Respublikasi Moliya vazirligi huzuridagi budjetdan tashqari Ta’lim va tibbiyot muassasalarining moddiy-texnika bazasini rivojlantirish jamg‘armasi mablag‘lari hisobiga amalga oshiriladi.

6. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi:

bir oy muddatda gepatologiya markazlarining namunaviy tuzilmasi va namunaviy nizomini tasdiqlasin;

manfaatdor vazirliklar va idoralar, shuningdek Qoraqalpog‘iston Respublikasi Vazirlar Kengashi, viloyatlar va Toshkent shahri hokimliklari bilan birgalikda yuqumli kasalliklar muassasalari, shu jumladan tashkil qilinayotgan gepatologiya markazlari yuqori malakali mutaxassislar bilan ta’minlanishini, shuningdek tibbiyot xodimlari va boshqa tegishli mutaxassislarning malakasi muntazam ravishda oshirib borilishini ta’minlasin;

yuqumli kasalliklar muassasalari, shu jumladan gepatologiya markazlarining yuqumli kasalliklarga qarshi kurashish borasidagi faoliyati muvofiqlashtirilishini ta’minlasin;

yuqumli kasalliklar muassasalarining yuqumli kasalliklarga, shu jumladan surunkali virusli gepatitlarga tashxis qo‘yish va ularni davolash standartlariga rioya qilinishi ustidan nazoratni tashkil qilsin;

xorijiy tajribani e’tiborga olgan holda respublikada qo‘llanilayotgan yuqumli kasalliklarga, shu jumladan surunkali virusli gepatitlarga tashxis qo‘yish va ularni davolash usullarini muntazam yangilab borish maqsadida ularning samaradorligini baholash bo‘yicha tadqiqotlar o‘tkazilishini ta’minlasin.

7. Sog‘liqni saqlash vazirligi O‘zbekiston Respublikasi Tashqi ishlar vazirligi, Iqtisodiyot vazirligi va Investitsiyalar bo‘yicha davlat qo‘mitasi bilan birgalikda Kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish uchun xorijiy davlatlar, xalqaro moliya tashkilotlarining imtiyozli kreditlari (qarzlari) va grantlarini va boshqa budjetdan tashqari mablag‘larni jalb qilish yuzasidan zarur chora-tadbirlar ko‘rsin.

8. Mazkur qarorning bajarilishini nazorat qilish O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vaziri A.K. Shadmanov zimmasiga va Respublikasi Vazirlar Mahkamasining Sog‘liqni saqlash, ekologiya, atrof muhitni muhofaza qilish, jismoniy tarbiya va sport masalalari axborot-tahlil departamentiga yuklansin.

Virusli gepatitlar bilan kurashish

Virusli gepatitlar — bu jigarni zararlovchi yuqumli kasalliklar bo‘lib, asosan A, B, C, D va E turlari mavjud. Ular sog‘liq uchun jiddiy xavf tug‘diradi va ayrim hollarda surunkali kasallik, sirroz yoki jigar saratoniga olib kelishi mumkin.

1. Virusli gepatit turlari

- Gepatit A (HAV) – asosan ifloslangan oziq-ovqat va suv orqali yuqadi. Odatda o‘tkir kechadi va to‘liq sog‘ayish bilan yakunlanadi.
- Gepatit B (HBV) – qon, jinsiy aloqa yoki onadan bolaga yuqadi. Surunkali shaklga o‘tishi mumkin.
- Gepatit C (HCV) – ko‘pincha qon orqali yuqadi. Ko‘p hollarda surunkali tus oladi.
- Gepatit D (HDV) – faqat gepatit B bilan birga uchraydi.
- Gepatit E (HEV) – ifloslangan suv orqali yuqadi, ayniqsa homilador ayollar uchun xavfli.

2. Yuqish yo‘llari

- Ifloslangan suv va oziq-ovqat
- Qon orqali (nesteril igna, qon quyish)
- Himoyalanmagan jinsiy aloqa
- Onadan bolaga

Belgilari

- Holsizlik, tez charchash
- Ishtaha yo‘qolishi
- Ko‘ngil aynishi
- Teri va ko‘z oqining sarg‘ayishi
- Siydikning to‘q rangga kirishi

Ba’zi hollarda, ayniqsa Hepatitis C uzoq vaqt davomida hech qanday belgi bermasligi mumkin.

3. Oldini olish choralari

Emlash – Hepatitis A va Hepatitis B ga qarshi samarali vaksinalar mavjud.
Gigiyena qoidalariga rioya qilish – qo‘lni tez-tez yuvish, toza suv iste’mol qilish.
Steril tibbiy asbob-uskunalar – bir martalik shpritslardan foydalanish.
Himoyalangan jinsiy aloqa

Nazorat savollari

1. O‘zbekiston Respublikasi SSV buyrug‘ining asosiy maqsadi nimadan iborat?
2. Buyruqda virusli gepatitlarga qarshi kurashishning qaysi yo‘nalishlari belgilangan?
3. Virusli gepatitlarning oldini olishda profilaktik tadbirlarning ahamiyati nimada?
4. A, B, C, D va E gepatitlarga nisbatan qanday chora-tadbirlar ko‘zda tutilgan?
5. Aholi o‘rtasida virusli gepatitlar tarqalishini kamaytirish uchun qanday sanitariya-gigiyena talablari belgilangan?
6. Tibbiy muassasalarda virusli gepatitlarning oldini olish bo‘yicha qanday talablar joriy etilgan?
7. Donor qonini tekshirishda qanday majburiy laborator tekshiruvlar belgilangan?
8. Tibbiy xodimlar orasida virusli gepatitlarning oldini olish uchun qanday choralar ko‘riladi?
9. Gepatit B ga qarshi emlashning buyruqdagi o‘rni qanday?
10. Virusli gepatit bilan kasallangan bemorlarni hisobga olish va ro‘yxatdan o‘tkazish tartibi qanday?

Interfaol usul: “Sog‘liqni saqlash shtabi” (Rol o‘yini)

Maqsad

Talabalar virusli gepatitlarga qarshi kurashish bo‘yicha davlat choralarini tushunishlari:

- profilaktika
- epidemiologik nazorat
- diagnostika
- davolash
- sanitariya-profilaktik tadbirlar

Ishtirokchilar

Talabalar 4 ta guruhga bo‘linadi:

1 Epidemiologlar guruhi

2 Shifokorlar guruhi

3 Sanitariya nazorati guruhi

4Sog‘liqni saqlash boshqaruvi guruhi

1-bosqich: “Muammo nima?” (5 daqiqa)

O‘qituvchi vaziyat beradi:

Bir viloyatda virusli gepatit bilan kasallanish soni oshib ketdi.

Har guruh quyidagi savollarga javob beradi:

- Kasallik qanday aniqlanadi?
- Qanday epidemiologik choralar ko‘riladi?
- Kim javobgar?

2-bosqich: “Buyruqni to‘ldir” (10 daqiqa)

Har guruhga buyruqning bo‘laklari yozilgan kartochkalar beriladi.

Misol kartochkalar:

- Aholini emlash

- Laborator diagnostikani kuchaytirish
- Sanitariya-gigiyena nazorati
- Kasallarni erta aniqlash
- Dispanser kuzatuvi
- Epidemiologik tekshiruv

Talabalar buyruq mazmuniga mos ravishda to‘g‘ri guruhlashlari kerak.

3-bosqich: “Qaysi gepatit?” (Mini quiz)

Savol beriladi, guruhlar javob beradi.

1Qaysi virusli gepatit fekal-oral yo‘l bilan yuqadi?

✔ Hepatitis A

2Qaysi gepatit qon orqali yuqadi?

✔ Hepatitis B

✔ Hepatitis C

3Qaysi gepatitga qarshi emlash mavjud?

✔ Hepatitis B

4-bosqich: “Tibbiy qaror”

Har guruh SSV buyrug‘iga asoslanib reja tuzadi:

- kasallikni aniqlash
- laboratoriya tekshiruvlari
- profilaktika
- aholini xabardor qilish

Har guruh o‘z rejasini 2 daqiqada himoya qiladi.

Baholash

- To‘g‘ri javob — 1 ball
- Eng yaxshi reja — 3 ball
- Eng faol guruh — g‘olib

2.1.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Enteral va parenteral virusli gepatitlar, etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, laborator tekshirish usullari**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Virusli gepatit «A» va «E» kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 2. Kasalliklarning klinik kurinishlari. 3.Kasalliklarning diagnostikasi, profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi. 4.Kasallarni davolash va parvarish kilish. 5. Virusli gepatit “V”, “S” va “D”

	kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 6. Kasalliklarning klinik kurinishlari. 7.Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma'orif ishlarining utkazilishi. 8.Kasallarni davolash va parvarish kilish.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta'lim beruvchi	**Ta'lim oluvchi**
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O'quv faoliyatini natijalari**:
Enteral virusli gepatitlar, etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, laborator tekshirish usullari. . Bemor parvarishi.Virusli	Surunkali virusli gepatit B,C,D. Virusli gepatitli bemorlar dispanser kuzatuvi. Virusli gepatitlarda

gepatitlarda parhez ovqatlantirish. Kasalliklarning umumiy va maxsus profilaktikasi. Parenteral virusli gepatitlar, etiologiyasi, epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari. Parenteral virusli gepatitlarda laborator tekshirish usullari. Bemor parvarishi. O‘zbekiston Respublikasi SSV ning «Respublikada virusli gepatitlar bilan kurashish choralarini yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida» buyrug‘i mazmuni bilan tanishish.	epidemiyaga qarshi chora tadbirlar. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining “Tibbiyot xodimlarni milliy klinik protokollar asosida bemorlarni tashxislash va davolash buyicha umumiy malaka oshirish kursni tashkil etish to‘g‘risida” № 257 buyrug‘ining 8 va 9- modullar mazmun mohiyati.
O’qitish metodlari	“ Aqliy xujum” “Klaster”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Enteral va parenteral virusli gepatitlar, etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, laborator tekshirish usullari

Reja:

1. Virusli gepatit «A» va «E» kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
2. Kasalliklarning klinik kurinishlari.
3. Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi.
4. Kasallarni davolash va parvarish kilish.
5. Virusli gepatit “V”, “S” va “D” kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
6. Kasalliklarning klinik kurinishlari.
7. Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi.
8. Kasallarni davolash va parvarish kilish.

Virusli gepatit A (VG A)– utkirsiklik kasallik bulib, RNK saklovchi virus tomonidan chakiriladi, kiska davomli zaxarlanish simptomlari, jigar faoliyatining tezda buzilishiga utishi, xamda yaxshi sifatli kechishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi.VGA S.Feinstone degan muallif tomonidan 1970 yilda ochilgan. RNK saklovchi, diametri 27-30 nm li virusdir. Virus o'zining fiziko-kimyoviy tarkibiga ko'ra 72 rakamli tartibdagi enterovirusdir. Gepatotsit sitoplazmasida joylashadi. Efirga sezgir emas, lekin formalin eritmasida, xloramin va UB-nurlarida tezda faolligini yo'qotadi. 85^0S li xaroratda 1 daqiqa ichida faolligi pasayadi.

Epidemiologiyasi. VGA – bolalar yoshidagi keng tarkalgan yqumli kasallikdir. Ruyxatdan utgan VG URVI va UYuIK dan keyin 3 urinda turadi. Kasallik xamma kit'a va shaxarlarda uchraydi. Kuprok Urta Osiyoning rivojlanayotgan mamlakatlarida uchraydi. Kasallik sporadik tarkaladi. VGA kasalligi umumiy strukturada bolalarda 60% gacha uchraydi. Kuprok 3-7 yoshdagi bolalar kasallanadilar. 1 yoshgacha bulgan bolalar onasidan transplansentar immunitet olganligi sababli umuman kasallanmaydilar. VGA tipik ichak kasalligi.

Kasallik manbai fakat odam, kasallikning anik va yashirin turidagi bemor, shuningdek soglom virus tashuvchi yoki reqonvalessentlar xisoblanadi. Epidemik jarayonning faol asosiy yuktiruvchilari bulib, kasallikning atipik shaklidagi bemorlar xisoblanadi. Aniklanmaganligi natijasida bunday bemorlar faol xayot kechiradilar, bolalar bogchaga katnaydilar. Yashirin va kam xollarda kuchli infeksiya manbai bulib koladilar.

Bolalarda virus qonda, axlatda, siydikda bo'ladi. Axlatda virus uzoq vaqtdan birinchi klinik belgilar yuzaga chiqqandan so'ng topiladi. Lekin yuqori qonsen qonda va axlatda 10-15% bemorlarda aniqlanadi. Sariqlik boshlangandan 4-5 kun keyin birlamchi xolatlarda aniqlanadi.

VG tipik ichak infeksiyasi xisoblanadi. Virusning yuqish yuli asosan qontakt-maishiy yul bulib iflos qul va ozik-ovqat, ichimlik suvidan yuqadi. xavo-tomchi usulida yuqish xolati kuzatilmaydi.

VG ga mavsumiylik va kasallik tarkalishi davriyligi xos. Ko'proq kasallik kuz-qish davrlarida kuzatiladi, yozda kam uchraydi. Epidemik tarqalishi bolalar muassasalarida ko'p uchraydi.

VG A bilan kasallangandan so'ng turg'un doimiy immunitet qoladi.

Patogenezi. VG A da jigar parenximasiga to'gri sitopatik ta'sir ko'rsatadi.

Virus so’lak yordamida oziq maxsuloti yoki suv bilan oshqozonga tushadi, so’ng ingichka ichakka o’tadi. U yerda ko’payib qonga so’riladi. Shillik qavatdan faol yul bilan limfa tizimiga so’riladi, lekin passiv «utkazuvchilar» transportlik vazifasini bajaruvchilar borligi xam undan mustasno emas. Ingichka ichakdan o’tish mexanizmidan qat’iy nazar virus regionar limfa tugunlarida ushlanib qolmaydi va ko’paymasdan tezroq umumiy qon oqimiga tushib jigar parenximasiga o’tadi. Virus tezda gepatotsitlarga joylashib, u yerda optimal ravishda ko’payadi. Virusning xujayra ichida joylashishi biologik mikromolekulalar bilan ta’sirlashib, detoksikatsiya jarayonida qatnashadi. Bunday birgalikda ishlash oqibatida xujayra membranasidan lipidlarning oksidlanishi natijasida erkin radikallar ajralib chiqadi. Kayta oksidlanish jarayonining kuchayishi natijasida membrananing lipid komponent strukturasining uzgarishiga olib keladi. Natijada biologik membranada gidrofob «yoriq» xosil bulib, uning utkazuvchanligi oshib ketadi. Gepatotsit ichidagi ferment qonsentratsiyasining o’nlab, 100 ming martalab xujayra tashqarisidagi bo’shlikda oshishiga olib keladi. Qon zardobida lizosomal, mitoxondrial, sitoplazmatik jigar-xujayra fermentlari faolligi oshishiga, natijada bioenergetik rejimning pasayishiga, kimyoviy aralashuviga olib keladi. Xamma turdagi modda almashinuvi buziladi (oqsil, yog, uglevod, pigment va boshkalar). Natijada gepatotsitda bioenergetik potensiali va energiyaga boy birikmalarning yetishmovchiligiga olib keladi. Albumin sintezi buziladi, qon ivish omili, xar xil vitaminlar sintezi izdan chiqadi, glyukozaning uzlashtirilishi pasayadi, oqsil sintezi uchun aminokislotali murakkab oqsil komponentlari, biologik faol birikmalarni uzlashtirilishi pasayadi. Aminokislotalarning dezaminlanish va kayta aminlanish jarayoni susayadi. Qonyugatsiyalashgan bilirubin ekskretsiyasi va xolesterin esterifikatsiyasi kiyinlashadi va boshka birikmalar glyukuronizatsiyasi kiyinlashishi – bu jigarning zararsizlantirish faoliyatining tezda buzilganidan dalolat beradi. Lekin shuni xisobga olish kerakki, VGA da autoagressiya mexanizmi yuz bermaydi, shuning uchun bu turdagi gepatit ogir shakli umuman uchramaydi.

Reqonvalessensiya ximoya omilining va reparatsiya jarayonining oshishi, virusning tulik fiksatsiyasi va jigar funksiyasining tiklanishi bilan xarakterlanadi. Kupgina bolalarda jigar strukturasining tulik tiklanishi kasallik boshlangandan 1,5-3 oy ichida yuz beradi.

VGA morfologiyasi jigarning punksion biopsiyasi asosida urganilgan. Uzgarish jigarning xamma tukima komponentlarida: parenxima, biriktiruvchi tukima, retikuloendoteliy, ut yullarida aniklangan. A’zoning zararlanish darajasi epitelial tukima bulagida distrofik va nekrotik uzgarishlar yengil shaklida bulishi mumkin, lekin VGA da tarkalgan uchokli jigar nekrozi jigarning massiv nekrozi kuzatilmaydi.

Klinikasi.

Kasallik tipik kechuvida 5 ta davr almashinib keladi: Yashirin (yashirin) davr, boshlanish yoki prodromal (sariklik oldi), avj olish (sariklik), sariklikdan sung va reqonvalessensiya davrlari. VGA da yashirin davr 7 kundan 50 kungacha, urtacha 15-30 kun davom etadi. Bu davrda kasallik klinikasi kuzatilmaydi, lekin qonda

virus agentini topish mumkin va jigar-xujayra ferment faolligi yukori buladi (ALT, AST, F-1, FA va boshkalar).

Boshlanish davri: 84% bolalarda kasallik utkirboshlanadi, tana xaroratining 38-39^0 S gacha kutarilishi bilan va zaxarlanish belgilari kuzatiladi: bexollik, noxushlik, bosh ogrishi, ishtaxa pasayishi, kungil aynishi, ung qovurg'a ostida, epigastral va ma'lum bulmagan lokalizatsiyada ogrik kuzatiladi. Bolalar injik, kuzgaluvchan bulib koladilar, uyinga qiziqishlari yo'qoladi, o'qishga e'tibor susayadi, uyqu buziladi. Ko'pincha qiska vaqtli dispeptik buzilishlar, meteorizm, ich qotishi, ba'zida ich suyuq kelishi kuzatiladi. Bemorlarda kasallikning 1-2, ba'zida 3 kuniga kelib xarorat pasayadi va zaxarlanish belgilari kamayadi, lekin umumiy xolsizlik, ishtaxa pastligi, kungil aynishi saqlanishi mumkin.

Kasallik bu davrida katta axamiyatga ega belgilar bu: jigar o'lchamlari kattalashishi, uning sezgirligi, og'riqliligidir. Ushbu belgilar xamma bemorlarning qariyb yarmida kasallikning birinchi yarmidanoq paydo buladi; faqat aloxida xollarda taloq kattalashadi. Sariq oldi davri oxiriga kelib ko'pgina bemorlarda axlat oqarishi kuzatiladi.

Ba'zi bolalarda kasallik boshlangich davri belgilari kuchsiz ifodalangan bo'ladi yoki umuman bulmay, kasallik birdaniga peshob va axlat rangi uzgarishi bilan boshlanadi. Gepatitning bunday kurinishi yengil shakllarida uchraydi.

VGA boshlangich davrida uziga xos zaxarlanish belgilarining jigar zararlanishi belgilari (shishishi, ogrikliligi, kattiklashishi) bilan birgalikda uchrashi asosida tashxis kilinadi. Tashxisotga xos epidemiologik xolat aniklanganda yengillashadi va laborator tekshiruvlar bilan tasdiklanadi. Kariyb xamma jigar-xujayra fermentlarining (ALT, AST, F-1, FA, sorbitdegidrogenaza, glyutamatdegidrogenaza, urokinaza va boshkalar) faolligi oshib ketadi. Timol kursatkichi xam ortib boradi. Kasallik boshida umumiy bilirubin mikdori xali oshmagan, lekin ba'zida boglangan (tugri) bilirubin fraksiyasi mikdori ortganini aniklash mumkin. Kasallik birinchi kunlaridanok peshobda urobilin mikdori ortadi, sarik oldi davri oxiriga kelib peshobda ut pigmentlarini aniklash mumkin. VGA da boshlangich (prodromal, sarik oldi) davrining davomiyligi 2-7 kunni tashkil etadi.

Avj olish davri (sariqlik davri)

Kasallikning bu davri bemor umumiy axvoli yaxshilanishi va shikoyatlar kamayishi bilan izoxlanadi. Sariklik paydo bulishi bilan bemorlarning yarmisi axvolini qonikarli, boshka yarmisini urtacha ogirlikda deb baxolash mumkin. Avval kuz oki, keyin yuz, badan terisi, kattik va yumshok tanglay, kechrok oyok-kullar terisi sargayadi. Sariklik tez, 1-2 kun ichida ortib borib bemor sargayib koladi.

Sariqlik darajasiga karab yengil (72%), urtacha (23%) yoki intensiv (5%) ifodalangan bulib, 7-14 kun ushlanib turadi. Sariklik teri burmalari, kulok supralari va kuprok kuz oki chetlarida uzok vaqtl saklanib qolishii mumkin.

Sariklik avjida jigar juda kattalashgan, kattiklashgan, paypaslaganda ogrikli buladi. Jigar bir xilda kattalashadi, lekin ba'zida birgina chap kismining kattalashishi kuzatiladi. Taloq ulchamlari bu davrga kelib 13% bemorlarda kattalashadi. Bunda fakat taloq cheti urtacha kattik, ba'zida sezgir buladi. Sariklik

avjida peshob juda tuklashgan, axlat esa okargan buladi. Chikindilar rangi uzgarishi darajasi qondagi bilirubin mikdoriga boglikdir.

Virusli A gepatitda boshka a'zo va tizimlar uzgarishi kuchsiz buladi. Bu davrda fermentlar ortishi xam eng yukori buladi. Qondagi bilirubin mikdori kasallik ogirlik darajasi bilan tugridan-tugri boglik. Gematologik uzgarishlar xos emas. Qon kizil kismi umuman uzgarmaydi. Ok kismida normatsitoz yoki biroz nisbiy neytropeniyali leykopeniya, monotsitoz buladi. Zaxarlanish avjida qonda plazmatik xujayralar topiladi, EChT uzgarmaydi. Sariklik eng avjiga chikkandan sung (kasallikning 7-10 kuni) birdaniga pasayishi mumkin. Bu zaxarlanish belgilarining tulik yuqolishii, ishtaxa ochilishi, diurez ortishi (poliuriya) bilan izoxlanadi. Peshobda ut pigmentlari yukolib urobilin tanachalari paydo buladi, axlatga rang kiradi. Kasallik siklik kechganda klinik belgilar 7-10 kun davomida yo'qoladi. Shundan keyin sariklikdan keyingi, turtinchi davr boshlanadi. Bu davr jigar ulchamlarining nisbatan sekin kiskarishi bilan izoxlanadi. Bolalar uzini yaxshi xis kilsa xam jigar, ba'zida taloq kattaligi saklangan, jigar funksional sinamalari kursatkichlari uzgarganligi saklanib turadi.

Beshinchi, tiklanuvchi yoki reqonvalessensiya (tuzalish) davri jigar ulchamlari, funksiyasi me'yorlashuvi, bemor axvoli qonikarli bulishi bilan izoxlanadi. Ba'zida bolalar jismoniy xarakatdan tez charchab qolishi, korinda ogrikka shikoyat kiladi, ba'zida jigar kattaligi, disproteinemiya, jigar fermentlarining ba'zida yoki doimiy oshib turishi bilan kuzatiladi. Bu belgilar aloxida-aloxida yoki birgalikda kuzatilishi mumkin.

Reqonvalessensiya davri davomiyligi 2-3 xaftagacha davom etadi.

Tasnifi. VGA turi, ogirligi va kechishi buyicha tasniflanadi.

Kasallik tipik turiga teri va shillik kavatlar sargayishi bilan kechadigan turlari kiradi. Unda yengil, urtacha ogir va ogir shakllari uchraydi. Atipik turlari (sariksiz, bilinar-bilinmas, subklinik) ogirlik darajalariga bulinmaydi, chunki ular kasallikning yengil kechishi deb baxolanadi. Kasallik ogirligi kasallik boshida, lekin kasallik belgilari maksimal paydo bulgandan keyin baxolanadi, bunda sarik oldi davri belgilari xam inobatga olinadi. Kasallik ogirligini baxolayotganda umumiy zaxarlanish belgilari darajasi, sariklik darajasi, xamda biokimyoviy tekshiruvlar natijasi xisobga olinadi.

Engil shakli - xaroratning kiska vaqtlli, bir oz kutarilishi, kuchsiz zaxarlanish, kasallik avjida bir necha yengil shikoyatlar, jigarning biroz kattalashishi bilan kechadi. Qonda umumiy bilirubin mikdori 85 mkmolgl, protrombin kursatkichi normal, timol sinamasi biroz ortgan, jigar-xujayra fermentlari 5-10 marta oshgan. Kasallik siklik, yaxshi okibatli kechadi. Sariklik davri 7-10 kun davom etadi. Jigar ulchamlari kasallikning 20-25 kunida uz xoliga keladi.

Urtacha ogir shakli – 30% xollarda uchraydi va urtacha zaxarlanish belgilari bilan ifodalanadi. Boshlangich davrida tana xarorati 38-39^0 S gacha chikadi. xolsizlik, dispeptik uzgarishlar, korinda ogrik kuzatiladi. Sariklik paydo bulishi bilan zaxarlanish belgilari pasayadi, lekin yana 2-3 kun umumiy xolsizlik, ishtaxa pastligi, kungil aynishi, bir martalik kusish kuzatiladi. Sariklik urtacha darajadan kuchli ifodalangangacha buladi. Jigar ogrikli, cheti tekis, kattik, qovurg'a

ravogidan 2-5 sm chikib turadi. Taloq 14% bolalarda kattalashadi, bradikardiya, gipotoniya kuzatiladi. Peshob mikdori kamayadi. Qonda umumiy bilirubin mikdori 85-200 mkmolgl gacha, shundan boglanmagan fraksiyasi mikdori 50 mkmolgl buladi. Kup xolda PTI pasayadi (60-70% gacha). Timol sinamasi oshadi. Jigar-xujayra fermentlari faolligi 10-15 marta oshadi.

Kasallik tekis kechadi. Zaxarlanish belgilar 10-14 kungacha, sariklik 2-3 xafta, urtacha 14k5 kun davom etadi. Jigar faoliyatining tulik tiklanishi kasallikning 40-60 kunigacha chuziladi. Chuzilib kechish kam uchraydi.

Virusli A gepatitning *ogir kechishi* kam – 1-3% bemorlarda uchraydi. Bu shaklida umumiy zaxarlanish belgilari va sariklik kuchli ifodalanadi. Boshlangich davr belgilari urtacha ogir shaklidan kam fark kiladi. Bunga kusish, xolsizlik, anoreksiya xos. Farki sariklik davrining birinchi kunlaridan kuzatiladi. Ogir shaklida sariklik paydo bulishi bilan zaxarlanish pasaymaydi, balki kuchayadi. Apatiya, anoreksiya, bosh aylanishi, kayta kusish, bradikardiya, burun qonashi, gemorragik toshmalar, diurez kamayishi kuzatiladi. Jigar juda kattalashib, ogrikli buladi, taloq kattalashadi. Qondagi umumiy bilirubin mikdori 170-200 mkmolgl dan oshadi, bunda boglanmagan bilirubin mikdori 50 mkmolgl dan oshib ketadi, PTI 50-60% gacha tushib ketadi. Timol sinamasi juda ortib, fermentlar faolligi 15-30 martadan xam ortadi. Kasallik utkirkechib, chuzilib kechish deyarli kuzatilmaydi.

Sariqsiz shakli. Bu shaklining uziga xos belgisi – kasallik boshidan oxirigacha teri va skleralarda sariklik bulmasligidir. Kolgan belgilar sariklik shaklidan fark kilmaydi. Kiska vaqtlli isitmalash, ishtaxa pasayishi, xolsizlik, lanjlik, kungil aynishi, xatto kusish bulishi mumkin. Bu belgilar fakat kasallikning birinchi kunlarida kuzatilib 3-5 kundan oshmaydi. Sariksiz shaklining asosiy belgisi jigar kattalashib, kattiklashishi, ogrishidir. Taloq kattalashishi, ba'zida peshob kizarishi va axlati biroz okarishi mumkin. Qonda doimiy ALT, AST, F-1-FA va boshka fermentlar oshishi kuzatiladi, timol sinamasi va β-lipoproteidlar ortadi. Kupincha boglangan bilirubinning 1,5-2 marta oshishi kuzatiladi. Sariksiz shakli 20% gacha bolalarda uchraydi.

Bilinar-bilinmas shakli asosiy belgilarining, jumladan sariklikning xam kuchsiz ifodalanishi va bir necha kundan keyin yuqolishii bilan izoxlanadi. Boshlangich davri belgilari xam kuchsiz. Kupincha isitmalash, xolsizlik, injiklik, ishtaxa pasayishi bulmaydi, lekin ba'zida kuzatiladi. Sariklik davrida zaxarlanish yo'qoladi, jigar biroz kattalashgan bulib, peshob kiska vaqtl kizaradi. Bilinar-bilinmas shaklini VGA ning uta yengil, rudimentar shakli deb baxolanadi. Uning axamiyati sariksiz shaklidan uz vaqtlida aniklanmasligi va buning okibatida epidemiyaga karshi chora-tadbirlarning utkazilmasligidadir.

Subklinik shakliumuman klinik belgilar bulmasligi bilan izoxlanadi. Tashxis bemor bilan mulokotda bulganlarni biokimyoviy tekshirishda aniklanadi. Bulardan fermentlar ortishi va musbat timol sinamasidir. Tashxisni qondagi IgM guruxiga kiruvchi antitanachalarni aniklash asoslaydi.

Virusli gepatit A uchogida kupincha bolalar kasallikning inaparant shakli bilan ogriydi deb aytishga asoslar bor va ular kupincha aniklanmay kolib epidemik jarayonni ushlab turadi.

Xolestatik shaklikasallik klinikasida birinchi urinda mexanik sariklik belgilari chikishi bilan izoxlanadi. Kasallikning bu shakli uziga xos klinik kurinishga ega. Xolestaz belgilari kasallikning xam yengil, ogir shakllarida yuzaga chikishi mumkin. Uning asosida jigar ichi ut yullarida ut tikilib qolishii yotadi. Xolestaz virusli A gepatitda kam – 2 % gacha xollarda, kuprok kizlarda pubertat oldi va pubertat davrida uchraydi.

Xolestatik sindrom bilan kechuvchi virusli A gepatit klinikasida ozmi-kupmi ifodalangan, uzok vaqtl (30-40 kun va undan ortik) davom etuvchi sariklik va teri kichishishi kuzatiladi. Sariklik kupincha yashilsimon yoki shafransimon buladi, ba'zida sariklik umuman bulmay fakat teri kichishishi kuzatiladi. Zaxarlanish belgilari kam, jigar ulchamlari sezilarsiz kattalashgan, peshob tuk, axlati okargan. Qonda umumiy bilirubin fakat tugri (boglangan) fraksiya xisobiga oshgan. Jigar fermentlar faolligi me'yorida yoki biroz oshgan. Qonda umumiy xolesterin, β-lipoproteidlar va ishkoriy fosfataza faolligi ortishi xos. Xolestatik sindrom bilan kechuvchi virusli gepatit A uzok vaqtl kechadi, lekin yaxshi okibatli bulib, surunkali shakliga utmaydi.

Tashxisoti. Virusli A gepatit tashxisoti klinik, epidemiologik va laborator taxlil natijalariga asoslanadi. Klinik belgilarni asosiy epidemiologik surovlarni yunaltiruvchi, laborator tekshiruvlarni esa xal kiluvchi omil sifatida karaladi.

Virusli A gepatit klinikasida axamiyatga ega bulganlari – bular kasallikning utkirboshlanishi, kiska vaqtlli isitmalash, kuchsiz zaxarlanish, xolsizlik, ishtaxa pasayishi, kungil aynishi, kusish, tez charchab qolishi, biroz bosh ogrishi, uykuning buzilishidir.

Laborator natijalar maxsus va maxsus bulmagan tekshirish usullariga bulinadi. Maxsus usullar kuzgatuvchini, uning antigeni va antitanachalarni aniklashga asoslanadi. Virusni aniklash uchun immun elektron mikroskopiya va uning modifikatsiyalari (radioimmun, immunoferment, immunoflyuoressent va boshkalar) kullaniladi. Birok bu usullar kiyin va katta xarajat talab etgani uchun keng kullanilmaydi. xozirga vaqtlda virusli A gepatit maxsus tashxisoti qonda IgM (anti VGA-IgM) va IgG (anti VGA-IgG) sinfiga kiruvchi antitanachalarni aniklashdan iborat.

Aniklanishicha, anti VGA-IgM qonda kasallik birinchi belgilari namoyon bulmasdanok paydo bulib, utkirdavrida eng yukori buladi. Keyin uning titri kamaya borib, 6 oydan keyin yukolib ketadi.

Pigment almashinuvi kursatkichlari axamiyat jixatidan enzim-testlardan orkada koladi, lekin ular virusli gepatitlar tashxisotini sezilarli ravishda tuldiradi. Bilirubin testining kamchiligi shundaki, kup bemorlarda pigment almashinuvi umuman buzilmaydi. Bundan tashkari boglangan bilirubin mikdori virusli gepatitlarda ancha kech – kasallikning 3-5 sutkasida ortib boradi, bu vaqtlda esa boshka laborator testlar musbat buladi (fermentlar. antitanalar). Pigment almashinuvini erta aniklash maksadida peshobda urobilin va ut pigmentlarini aniklash mumkin.

Bilirubin peshobda fiziologik xollarda oddiy mikdoriy va sifat usullari bilan aniklanmaydi. Virusli gepatitlarda boglangan bilirubin qondan ut pigmentlari kurinishida peshob bilan chikib ketadi. Urobilinuriya kasallik boshidan paydo

bulib, sarik davri boshida eng yukori buladi, sung kamaya boradi. Kuchli sargayish vaqtlida umuman peshobda aniklanmaydi. Buning sababi shuki, boglangan bilirubin ichakka tushmay qonga utib ketadi va ichakda urobilin mikdori kamayib ketadi. Sariklik pasayib ut yullari ochilganda bilirubin yana ichakka tusha boshlaydi va urobilin mikdori ortadi. Urobilinuriyaning uzok vaqtl davom etishi jigarda patologik jarayon davom etayotganligini bildiradi.

Davosi.

VGA ni kuprok uy sharoitida davolash ma'kul. Epidemiologlarning bemorni kasallik manbai sifatida aloxidalash xakidagi fikrlarini asossiz deb kabul kilish mumkin, chunki sariklik paydo bulishi, yana anik tashxis kuyib kasalxonaga yuborgungacha axlatdagi virus tanachalari mikdori keskin kamayadi va bemor atrofdagilar uchun xavfsiz bulib koladi. Zararlangan jigarni xar tomonlama ximoya kilish ortikcha energetik zurayishdan saklash, ortikcha nafi bor yoki yuk dori-darmonlar tayinlashdan extiyot bulish maksadga muvofikdir. Davoning asosi bazis terapiyadir va u parxez, tartib, ut xaydovchi preparatlar, xamda kup suyuklik ichishni uz ichiga oladi.

Xarakat tartibi: kasallik ogirligi, bemor axvoli, zaxarlanish darajasiga boglik. Bilinar-bilinmas, sariksiz, yengil shakllarida yarim yotok tartibi sariklik davrining birinchi kunlaridanok tayinlanishi mumkin. Urta ogir va ogir xollarda sariklik davrining 3-5 kunigacha yotok tartibi belgilanadi va bemor axvoli yaxshilanishiga karab yarim yotok tartibiga utish mumkin.

Virusli gepatit A da kuyidagi tartib kullaniladi: yotok tartibi – kuchli zaxarlanish bulganda, sariklik davrining 2-3 kuni; yarim yotok tartibi – kasalxonadan chikkuncha kasallikning 20-30 kuni; extiyot kiluvchi tartib – kasalxonadan chikkandan keyin 2-4 xafta. Bolalar jismoniy tarbiya darsidan 3-6 oy, sport bilan shugullanishdan 6-11 oyga ozod etiladilar.

Davolovchi parxez - virusli gepatit A da tulik, yukori kaloriyali va fiziologik bulishi kerak. Oqsil-yog-uglevod nisbati 1:1:4-5. Oqsil tvorog, sut, kefir, yogsiz gushtlar (mol, tovuk), yogsiz balik (treska, sudak) shaklida bulishi kerak. Yoglar – sariyog va usimlik yogi (makka, pista)shaklida beriladi. Uglevodlar – guruch, manka, suli, grechka kashalari, non, makaron, maxsulotlari, shakar, kartoshka shaklida tayinlanadi.

Parxezdan ekstraktiv moddalar, yogli maxsulotlar (margarin, yogli kalbasa, gusht qonservalari, yogli kuy gushti) nuxat, loviya, kandolat maxsulotlari, yongok, bodom va boshkalar istisno kilinadi. Bemorga asal, murabbo, yogsiz pechene, turshak, mayiz, jele, kisellar, salatlar, vinigred berish mumkin.

Zaxarlanish belgilari bulganda kuprok mikdorda kuk choy, limon, asal, sut bilan ichish, xamda na'matak kaynatmasi, meva sharbatlari, kompot, mineral suvlar , 5% glyukoza ichiriladi. Barcha aytilganlarga karamay parxez tayinlanganda kup omillarni xisobga olish lozim: bular bola yoshi, kasallik ogirligi, patologik jarayon davri. Bundan tashkari maxsulotlarni xazm kila olish xususiyatlarini xam e'tiborga olish zarur. Kupincha kasallik boshida bolada umuman ishtaxa bulmasligi, kungil aynib, kusish kuzatiladi. Bunda parxez maksimal darajada extiyot kiluvchi bulib, yogsiz va xayvon oqsili cheklangan bulishi kerak. Bemor bu davrda asosan sharbatlar, mevalar, kefir, tvorog, shirin

choy, sutli butkalar va boshkalarni ishtaxasiga karab tanovvul kiladilar. Zurlab ovkatlantirish tavsiya etilmaydi. Parxezdagi bunday chegaralanish kasallikning urtacha ogir va ogir xollarida kullanib, yengil shakllarida umuman maksadga muvofik emas.

Parxezdagi chegaralanishlar virusli gepatit A da kasallik boshidan 2-3 oy mobaynida kullaniladi va avvogidek 6 oy emas. Kasallik chuzilib kechganda esa parxez chegaralanishlari jigardagi patologik jarayon tamom bulgungacha davom etishi lozim.

Dispanser nazorati. Utkir davri tugagach xamma bolalar dispanser nazoratiga olishlari shart. Dispanserizatsiya kasalxonada dispanser xonasida, u bulmasa poliklinikada maxalla pediatri tomonidan amalga oshiriladi. Birinchi kurik va tekshiruv kasallik boshidan 45-60 kun utgach, keyingisi esa 3 oydan keyin utkaziladi. Koldik asoratlar bulmasa bemor dispanser nazoratidan uchiriladi. Agar patologik jarayon tugamaganligini kursatuvchi klinik yoki laborator uzgarishlar bulsa, dispanser nazorati ular tugaguncha davom etadi. Kishlok sharoitida yashovchi reqonvalessentlar dispanserizatsiyasi rayon markaziy kasalxonasi yqumli kasalliklar bulimida yoki poliklinikada amalga oshiriladi. Dispanser nazorati davrida bemor reablitatsiyasiga doir ba’zi choralar amalga oshiriladi. Bu davrda kupincha dori-darmonli davo kullanilmaydi. Ba’zi xollarda ut xaydovchi preparatlar, mineral suv bilan tyubajlar utkazish mumkin. Maktab ukuvchilari maktabga kasallik boshidan 40-50 kun utgach borishlari mumkin. Ular jismoniy tarbiya darsidan 3-6 oyga, sport bilan shugullanishdan 6-12 oygacha ozod etiladilar.o’ Kasallik manbaini tuxtatish chora tadbirlari birinchi navbatda kasallik erta tashxisotini va bemorni aloxidalashni uz ichiga oladi. Shuni aytish lozimki, virusli gepatit A ning tashxisot darajasi epidemiologik jarayon birinchi zvenosiga kuchli ta’sir eta olmaydi. Birinchi bemor bola aloxidalangandan keyin mulokotda bulgan xamma bolalar butun karantin davrida 35 kun nazorat ostida bulishlari kerak. Bu guruxlarga yangi bolalar kabul kilish avvaldan immunoglobulin olib epidemiolog ruxsati bilan amalga oshiriladi.

xamma mulokotda bulganlar xar kuni sklera, teri rangi, jigar ulchamlari, peshob va axlat rangi tekshiruvidan utadilar. Bolalar muassasasi xodimlari kasallik boshlangich belgilari xakida bilishlari kerak. Karantin guruxlaridagi bolalarda kasallik belgilari paydo bulsa, ular aloxidalanib, tashxisot bulimiga yotkiziladilar.

Virusli gepatit A uchogida kundalik va yakuniy dezinfeksiya utkaziladi. Kasallikka berilishni kamaytirish choralariga normal immunoglobulin yuborish kiradi. Uz vaqtlida immunoglobulin yuborish virusli gepatit A uchogida kasallanish sonini ancha kamaytiradi. Bolalar muassasasining ayrim guruxlarini tulik aloxidalash imqoni bulmasa, immunoglobulin virusli gepatit A bilan ogrimagan xamma bolalarga yuboriladi. Tulik aloxidalanadigan guruxlarda (maktab sinflari) immunoglobulin yuborish masalasi individual xal kilinadi.

Virusli A gepatitga karshi emlash 12 oylikdan boshlanadi. Emlash mushak orasiga ikki martalik sxema bilan kilinadi. Virusli gepatit A vaksinasi virusli gepatit V vaksinasi bilan muddati tugri kelib kolsa bir vaqtlda yuborish mumkin. Immunitet 95% gacha xosil buladi. Virusli gepatit A vaksinasiga buladigan

reaksiyalar juda kam uchraydi. Ba'zida ogrik, in'eksiya urnida kizarish, shish bulishi mumkin, ba'zida esa isitmalash, allergik toshmalar kuzatiladi.

VIRUSLI GEPATITI Ye

Issik iklimli rivojlanayotgan mamlakatlarda keng tarkalagan kasallikdir. Bu gepatit epidemiyalari Xindiston, Nepal, Jazoir, Urta Osiyoda, Lotin Amerikasida kuzatilyapti. Epidemiyalar sababi suvni xlorlash tartibining buzilishi va ichish uchun ochik suv xavzalaridan foydalanishdir.

Etiologiyasi. Kasallik kuzgatuvchisi virussimon sferik tanachalar bulib, diametri 27 nm gacha yetadi. U gepatit A virusi bilan umumiy antigen strukturasiga ega emas va gepatit A virusining biron bir varianti tip osti guruxiga kiradi deb xisoblab bulamaydi. Virus bemor axlatidan topiladi.

Epidemiologiyasi. Virusli gepatit Ye (VGE) asosan Osiyo davlatlarida kuprok epidemik jarayonga axoli kushilishi bilan xarakterlanadi. Kasallik manbai bemor odam. Surunkali virus tashuvchilik isbotlanmagan. Infeksiya fekal-oral yul bilan asosan, suv, ozik-ovkat maxsulotlari, maishiy aloka yuli bilan yukadi. Mavsumiyligi gepatit A bilan uxshash bulib, MDx mamlakatlaridan Urta Osiyoda kuprok kuz-kish oylarida uchraydi.

Bolalar orasida kam uchrashi bu yoshda bilinar-bilinmas va subklinik shakllari kup uchrashi va tashxis kuyilmasligi bilan tushuntiriladi. VGE ga beriluvchanlik anik emas, uni yukori deyishga asos bor. VGE tabiiy uchokli kasalliklar guruxiga kiradi.

Patogenezi. VGE da jigarni zararlovchi mexanizmlar tulik urganilmagan, ularni VGA ga uxshash deb taxmin kilish mumkin xolos. Maymunlarda utkazilgan tekshiruvlarda aniklanishicha virus tutuvchi axlat bilan zararlangandan keyin 1 oy utgach maymunlar jigarida utkirgepatit kurinishi paydo buladi va bir vaqtlning uzida axlatda virussimon bulakchalar paydo buladi, 8-15 kunlarda qon zardobida virusga antitanacha aniklanadi.

Klinik kurinishi. Yashirin davri 7-50 kungacha uzayishi mumkin. Kasallik asteno-dispeptik simptomlar: xolsizlik, darmonsizlik, ishtaxaning pasayishi, ba'zan kungil aynishi, kayd kilish va korinda ogrik bilan boshlanadi.

Tana xaroratining kutarilishi gepatit A dan farkli ravishda kam xolatlarda kuzatiladi. Sariklik oldi davri 1-10 kungacha davom etishi mumkin. Peshob rangining tuklashishi kasallik boshlanishidan 3-4 kuni aniklanadi. Sariklik boshlangach 2-3 kun davomida kuchayadi. Sariklik paydo bulgach zaxarlanish belgilari gepatit A dan farkli ravishda kamaymaydi. Bemorlar avvalgidek xolsizlik, ishtaxa pastligi korinda epigastral soxadagi va ung qovurg'a ravogi ostidagi ogrikka shikoyat kiladilar. Ba'zan teri kichishishi va subfebril xarorat bezovta kiladi. Jigar ulchamlari barcha bemorlarda kattalashadi, taloq esa kam xollarda paypaslanadi. Kasallik avjida qon zardobida umumiy bilirubin boglanmagan bilirubin xisobiga 2-10 martagacha oshadi, jigar fermentlari 5-10 martagacha oshadi, timol sinamasi gepatit A dan farkli ravishda uzgarmaydi yoki 1,5-2 martagacha oshadi, xuddi gepatit V dek. Sulema sinamasi me'yoridan kamayadi, Odatda gepatit A va V ning yengil va urta ogir turlarida sulema titri kamaymaydi.

Sariklik davri 2-3 xafta davom etadi. Jigar ulchamlari, fermentlar faolligi va jigarning oqsil sintezlash faoliyati asta-sekin me'yoriga yakinlashib, tiklanadi.

Kechishi. Kasallik odatda utkirkechadi. Kasallik boshlangandan 2-3 oydan sung kasallik bemorlarda jigar strukturasi va funksiyasining tulik tiklanishi kuzatiladi. Ba'zi bir xolatlarda xuddi gepatit A dagidek chuziluvchan kechishi mumkin. Kattalarda, ayniksa xomilador ayollarda yomon sifatli kechib, ulim bilan tugallanadi. Bolalarda bu xolat kuzatilmaydi. Surunkali gepatitga utishi aniklanmagan.

Tashxisoti. Gepatit Ye ning tashxisi qon zardobida gepatit A (anti-VGA IgM); V (HBsAg, HBeIgM), delta (anti-HDV) va S (anti-HCV) markerlari aniklanmaganda kuyiladi.

Anikrok laborator tashxisoti uchun axlatni immun elektron mikroskopik tekshiruvida virus bulakchalari aniklanadi, shu bilan birga qon zardobida IFA usuli (Abbat firmasining test-sinamasi, AKSh) maxsus antitanachalar aniklanadi. Virus bulakchalari yashirin davrining oxirgi xaftasidan boshlab to kasallikning klinik manifest davrining 12 kunigacha, maxsus antitanachalar esa kasallikning utkirdavri mobaynida aniklanadi.

Davolash. Boshka gepatitlardagidek davo choralari gepatit Ye da xam kullaniladi. Bazis davo: yotok tartibi, yoshiga mos parxez, kup suyuklik ichish, polivitaminlar, ut xaydovchi preparatlar va boshkalar. Ogir xolatlarda vena ichiga gemodez, reopoliglyukin, 5-10% glyukoza eritmasi yuboriladi. Glyukokortikosteroidlar fakat ogir xollarda va yomon sifatli kechuvida sutkalik mikdori 2-5 mggkg dan boshlab prednizolon sxema buyicha 5-7 kun yuboriladi. Bunday xolda proteoliz ingibitorlari buyuriladi. Zarurat bulsa simptomatik va antibakterial davo utkaziladi. Kasalxonadan chikarib yuborish va dispanser nazorat xuddi virusli gepatit A dek utkaziladi.

Oldini olish. VGE da SES ga tezda xabar beriladi. Bemorlar kasallik boshlangan kundan 30 kungacha aloxidalanadi. Bolalar muassasalarida kasallik aniklangach yakuniy tozalash utkaziladi. Bolalar guruxiga 45 kungacha karantin belgilanadi. Mulokotda bulgan bolalar karantin tugatuncha doimiy tibbiy nazorat ostida buladilar. Gepatit Ye bilan ogrimaganlarga immunoglobulin yuborish mumkin, lekin bu usulning samaradorligini yana kushimcha urganib chikish lozim. Immunoglobulin tarkibida gepatit Ye virusiga antitanachalar bulsagina immunoprofilaktika samarador bulishi mumkin.

Qon va qon orqali yuqadigan gepatit**lar.**

Virusli gepatit V(VGV)– bu DNK saklovchi virus, jigarning utkir va surunkali kasalligi xisoblanib, parenteral yul bilan yukadi, turli klinik-morfologik variantlarda: soglom tashuvchilikdan to yomon sifatli shakllarigacha, surunkali gepatit, jigar sirrozi va gepatotsellyulyar karsinoma ko'rinishigacha kechadi.

VIRUSLI GEPATIT «V» Virusli gepatit V-gepadnoviruslar oilasiga mansub viruslar chaqiruvchi, asosan parenteral va jinsiy yo‘l bilan yuquvchi klinik jigar bioximizmi buzilish belgilari bilan tavsiflanadigan kasallik bo‘lib, ayrim hollarda O‘JE bilan asoratlanadigan, surunkali tus oladigan yuqumli kasallikdir.

Etiologiyasi. Virusli gepatit V qo‘zg‘atuvchisini birinchi bo‘lib 1965 yil B.S. Blumberg Avstraliya aborigeni qonidan ilk bor noaniq oqsil ajratib oldi, unga “Avstraliya antigeni” deb nom berdi. 1970 yilda D.Dane va hamkasabalari immuno–elektron mikroskopda birinchi bo‘lib virusli gepatit V vibrionini to‘liq ta’riflab berdi, Deyn qismi nomini oldi, 1971 yilda Alteida va boshqalar uning strukturasini ochib berdi, ichki va tashqi qobig‘larni ko‘rsatib o‘tdi.

HBV ning boshqa virusli gepatit qo‘zg‘atuvchilardan farqi: o‘zida RNK emas, balki DNK saqlaydi. HBV o‘zining ultratizimi bilan biron bir va boshqa taksomonik DNK guruhli viruslar (poksviruslar, adenovirus, apovaviruslar) ga to‘g‘ri kelmaydi. Virus tashqi muhitga juda chidamli. 20 S da muzlatilganda ko‘p yillar davomida saqlanadi. Avtoklavda 180 S gacha qizdirilganda 60 min, quruq bug‘da yoki 60 S gacha qizdirilganda 4 soatgacha, 100S issiqlikda esa 30–40 min o‘z xususiyatini saqlaydi. Virus o‘z faolligini 3-5% fenol eritmasi ta’sirida to‘liq va 3 % xloramin eritmasi ta’sirida qisman yo‘qotadi.

Epidemiologiyasi. Bemor yoki virus tashuvchi shaxs kasallik tashuvchi manbai bo‘lib xizmat qiladi. Bemorlar kasallikning boshlang‘ich va hatto yashirin davrida, kasallik alomatlari ko‘rinishidan 2-8 hafta oldindan, epidemiologik jihatidan juda xavfli hisoblanadilar. Kasallik tarqatuvchi asosiy manbai ayniqsa, xastalikning subklinik, noaniq, sariqsiz hamda surunkali kechirayotgan bemorlar yoki surunkali virus tashuvchi, (qonida 6 oy va undan ortiq vaqt davomida HBs antigen aniqlangan), shaxslardir. Bunday shaxslarning donor bo‘lishlari mutlaqo yo‘l qo‘yib bo‘lmaydigan holdir. Chunonchi V virus butun kasallik davomida va bemor sog‘aygandan keyin ham ancha vaqtgacha (ba’zan hatto umrining oxirigacha) qonda saqlanadi, ya’ni virus qonda, qon zardobida va qondan tayyorlangan boshqa davo preparatlarida o‘zining yuqumlilik xususiyatini ko‘p yillar saqlab qoladi. Virus nafaqat qon, balki bemorning so‘lagi, siydigi, najasi, shahvati, ko‘z yosh suyuqligi, qin ajralmasi va boshqa ajralmalar orqali ajralib turadi. Ayniqsa zararlangan qon ajratmalar orqali va shahvat xavfli hisoblanadi.

Asosiy yuqish mexanizmi parenteral (tibbiy muolajalar yo‘l hisoblanadi) va qon preparatlari (qon zardobi, eritrotsitar massa) quyilganda yuqtiriladi.

V gepatitning tabiiy yuqish yo‘llaridan yana biri onadan bolaga tug‘ruq vaqtida yuqishidir. Kasallikning asosiy yuqish yo‘llaridan yana biri jinsiy yo‘ldir. Epidemologik vaziyat nisbatan yaxshi bo‘lgan, rivojlangan mamlakatlarda jinsiy yo‘l katta ahamiyat kasb etadi. Virusli gepatit V ni boshdan kechirgandan so‘ng hosil bo‘ladigan imunitet

uzoq muddatgacha va hatto umr bo‘yi saqlanishi mumkin, qayta og‘rish kamdan-kam uchraydi.

Klinikasi. V gepatitining yashirin davri 45 kundan 180 kungacha, o‘rtacha 60-120 kun. Bu davrda kasallik alomatlari sezilmasada, davr oxiriga kelib bemor jigarida va qonida ancha o‘zgarishlar bo‘ladi. Qonda aminotransferaza (AlAT, ASAT) fermentlarining faolligi oshadi, hamda ko‘pchilik bemorlar qonida HBs antigen aniqlanadi.

Kasallikning boshlang‘ich davri. Virusli gepatit V da kasallik belgilari asta-sekin rivojlanib boradi, A gepatitga nisbatan V gepatitda xastalik ko‘proq dispeptik va asteno-vegetativ sindromlar bilan rivojlanadi va bu belgilar kuchliroq namoyon bo‘ladi. Taxminan 20-30 % bemorlarda kasallik bo‘g‘imlardagi og‘riq (ko‘proq yirik bo‘g‘imlarda) bilan boshlanadi. Og‘riq ko‘pincha tunda, tong paytida bezovta qiladi va haftalab, ba’zan esa sariqlik davrida ham davom etishi mumkin.

Bemorlarning taxminan 10% ida teri qichishadi. Kasallikning bu davrida bemorning kundan kunga xoli qurib, salga charchashi, mexnat qobiliyatinig pasayishi, ishtaxasini pasayishi asosiy belgilar hisoblanadi. Aytib o‘tilgan sindromlar sof holda kelmaydi, ko‘proq aralash holda uchraydi, kuchliroq namoyon bo‘ladi va ko‘pchilik belgilar hatto sariqlik davrida ham davom etadi.

Bemor kuzatilganda bo‘shashgan, holsiz, tili karashlagan, qorni biroz og‘riqli, jigari, ba’zan esa talog‘i ham kattalashgan bo‘ladi. Bemorninig qonida va siydigidagi bo‘ladigan klinik hamda biokimyoviy o‘zgarishlar gepatit A da keltirganimizdek bo‘ladi. Bulardan tashqari V gepatitda ko‘pchilik bemorlar qonida HBs antigeni aniqlanadi.

V gepatitda boshlang‘ich davri 1-2 kundan 3-4 xaftagacha cho‘ziladi. A gepatitiga nisbatan 5-6 kun ko‘proq davom etadi. Ayrim bemorlarda gepatitning boshlang‘ich davri belgilari mutlaqo bo‘lmasligi mumkin. Bunday bemorlar kasal bo‘lib qolganlarini ko‘z oqi sarg‘ayganda yoki siydik rangi o‘zgarganida payqaydilar.

Sarg‘ayish davri. V gepatitida nisbatan uzoq davom etadi, klinik belgilari kuchsiz va to‘la nomoyon bo‘ladi, sariqlik 2-3 haftagacha avj olib boradi. Agar gepatit A da boshlang‘ich davri belgilari sariqlik boshlanishi bilan so‘nadigan bo‘lsa, V gepatitda ular davom etishi mumkin. Bemorlar uzoq vaqtgacha holsiz, bequvvat bo‘ladilar, ishtahalari yo‘qoladi, ko‘ngil aynishi hadeb qayd qilaverishdan shikoyat qiladilar. Ko‘pchilik (20%) bemorlar terisi qichishadi.

Bemorning o‘ng qovurga osti va qorinning yuqori qismi paypaslab ko‘rilganda og‘riq sezadilar. Jigar, ba’zan taloq ham kattalashgan biroz qattiqlashgan va og‘riqli bo‘ladi.

Qonda bilirubin miqdorining ortish darajasi, hamda jigarning oqsil sintezlash faoliyatining buzilish darajasi kasallikning og‘ir yeki yengil kechishiga nisbatan mutanosiblik kuzatilsada, fermentlar (AlAT va AsAT) faolligining ortishiga bunday mutanosiblik ko‘rilmaydi.

Sog‘ayish davri. Sog‘ayish jarayoning asta–sekinlik bilan borishi zardob gepatitiga xosdir. Sariqlikning yo‘qolishi, jigar hajmining asliga qaytishi, qondagi biokimyoviy o‘zgarishlarning normaga kelishi va boshqalar gepatit A ga nisbatan ancha sekinlik bilan sodir bo‘ladi. Jigar faoliyatini belgilovchi ko‘rsatkichlardan bilirubin miqdori (boshqa ko‘rsatkichlarga nisbatan) tezroq, AlAT faolligi esa sekinroq normallashadi.

V gepatiti og‘irroq va davomli bo‘ladi. Kasallikning og‘ir turi gepatit V da gepatit A ga nisbatan 6-10marta ko‘p uchraydi. Shu bilan birga kasallikning yengil kuzatilishi hamda bemor badani sarg‘aymasdan kechadigan turlari ham kuzatilishi mumkin.

Kasallik og‘ir kechganda ba’zan u asoratlanib, o‘tkir jigar ensefalopatiyasi (O‘JE) rivojlanishi, hatto o‘lim bilan yakunlanishi mumkin. V gepatitining o‘ta og‘ir–fulminant turi kam uchraydi. Chunonchi u asosan 2 xil virus–V virusi hamda delta viruslar birgalikda uchraydigan hollarda sodir bo‘ladi.

Tashxisi. Virusli gepatitlar tashxisi klinik-epidemiologik qo‘yilib, laboratoriyaviy tasdiqlanadi. Laboratoriyaviy tashxis usullarini ikkiga bo‘lish mumkin: a) umumklinik va biokimyoviy;

b) xususiy tashxisot usullari.

VGV ning umumklinik va biokimyoviy tekshiruv usullari xuddi VGA nikidek.Virusli gepatitlar qo‘zg‘atuvchisining antigen va antitelolari chuqur o‘rganilib, ularni qon zardobi va boshqa biologik muhitlarda aniqlash takomillashtirilmokda. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o‘rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli V gepatitida HBsAg, HBeAg, antiNVe, IgM anti NVs aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo‘shimcha virusning DNK si aniqlanadi.

Davosi. Virusli gepatit V ning patogenetik (dori-darmonli, dori-darmonsiz) davolash xuddi VGA nikidek. Kasallikning kechim og‘irligi hamda asoratlarini inobatga olib quyidagilar qo‘shimcha qilinadi

1.Virusli gepatitlarning o‘tkir shakllarda glyukokortikoidlarni qo‘llash masalasida alohida to‘xtalish lozim. Uzoq yillar mobaynida klinik, morfologik immunologik tekshiruv natijalari shuni ko‘rsatdiki, bu preparatlar o‘tkir virusli gepatitda nafaqat infeksion jarayonni uzib qo‘yadi, balki sog‘ayish jarayonini cho‘zadi, zo‘riqishlar yuzaga kelishiga olib keladi. Qon zardobida NVsAg , anti HBe, anti HB c, DNK aniqlanaveradi. Mana shu uchun ham glyukokortikosteroidlar virusli gepatitlarning o‘tkir jigar ensefalopatiyasi bilan asoratlangan shakllarida tavsiya etiladi.

2.Bemorlarga xastalik tufayli yuzaga kelgan immunotaqchillikni bartaraf qilish maqsadida immunomodulyatorlar (mielopid, taktivin, timolin, immunomodulin) buyuriladi.

3.VG ning gemorragik sindrom bilan asoratlangan shaklida 5 yoki 10%li aminokopron kislotasi, 12.5%ditsinon ,vikasol va kalsiy preparatlari DVS sindrom yuzaga kelganda esa antikoagulyant-geparin buyuriladi .

4.Virusli gepatitlarning og‘ir shakllarida ammiak birikmalarini qondan chiqarish maqsadida Gepa-mers (ornitinin) vena ichiga infuzion eritmalar bilan birga buyuriladi.

5.Kasallikning og‘ir shakllarida parhezda go‘sht mahsulotlarini kamaytirish, GKS preparatlarini buyurish organizmga parenteral oziqlantiruvchi preparatlar (gepasol, aminatsin) buyurilishini talab etadi.

Etiotrop davo. Yuqorida ta’kidlab o‘tilganidek, V, S, D virusli gepatitlarda o‘tkir jarayonni surunkaliga o‘tish xavfi tug‘ilganda buyurilishi maksadga muvofikdir. Hozirgacha bir necha xil preparatlar (ribavirin, atsiklovir, pansiklovir, azidotimedin, interferon va xokazolar) etiotrop sinovidan o‘tkazildi. Etiotrop davoda nukleozidlarning o‘z o‘rinlari mavjud. Nukleozidlardan gepatit V virusi replikatsiyasiga ta’sir kiluvchi zeffiks (lamivudin), gepatit S ga ta’sir qiluvchi ribavirin keng qo‘llanmoqda.

Interferon preparatlari o‘z natijalari bo‘yicha keng ko‘llamda qo‘llanila boshlandi. Interferon ximoya qobiliyatiga ega bo‘lgan tibbiy hujayra oqsilidir. Preparatning ko‘p uchraydigan nojuya ta’sirlaridan tana harorati ko‘tarilishi, holsizlik, qaltirash bo‘lib hisoblanadi. Yuqorida nojo‘ya ta’sirlar kuzatilganda paratsetamol, indometatsin kabi

preparatlar buyuriladi. Shuni unutmaslik kerakki, bu preparatni uzoq belgilanishi natijasida bemor oriqlashi, sochlari to‘kilishi mumkin.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olish va epidimiyaga qarshi tadbirlar kasallik manbai yuqish yo‘llarini bartaraf qilish va aholining moyilligiga qaratilgandir .

Kasallik manbaini vaqtli aniqlash, ajratish, kasalxonaga yotqizib davolash muhim ahamiyat kasb etadi .

Kasallikning yuqish yo‘llarini bartaraf qilish tadbirlari 5 guruhga: parentral (shprits orqali), posttransfuzion yo‘lga, kasallanish xavfi yuqori bo‘lgan bo‘limlarda yuqtirishining oldini olish va tabiiy yo‘llarni bartaraf qilishga bo‘linadi.

Aholining moyilligiga qaratilgan tadbirlar faol va passiv emlash natijasida amalga oshiriladi.

VIRUSLI GEPATIT «D» Etiologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisini surunkali V gepatiti bilan og‘riga bemorlar jigarlari bioptatlaridan immunoflyuoretsensiya uslubi yordamida 1977 yilda M.Rizzetto tomonidan aniqlangan. Avval uni GV virusining 1 ta antigeni ya’ni delta antigen-HVAg deb nomlangan. Keyinchalik buni mustaqil va noma’lum gepatitini chaqiruvchi virus ekanligi e’tirof etilgan va BJSST uni D gepatit deb nomlanishini tavsiya etgan. Yuqish parenteral, kam xollarda jinsiy hisoblanadi.

Klinikasi. Kasallik yuqori harorat bilan o‘tkir boshlanadi. Sariqlik paydo bo‘lishi bilan umumiy zaharlanish belgilari kuchayadi, subfebrilitet saqlanadi. Ko‘pchilik hollarda kasallik siklik kechibsog‘ayish bilan tugaydi. O‘tkir D gepatiti superinfeksiyada o‘tki D gepatiti surunkalidek qayd kilinadi. Agar vaqtli aniqlanganda, o‘tkir D gepatitining quyidagi xususiyatlarini: qisqa turg‘unlik davri, isitma, qusish, o‘ng qovurg‘a ostida og‘riq belgilari bilan kechadigan qisqa sariqlik oldi davri, sariqlik kuchli namoyon bo‘lishi va kuchli umumiy zaharlanish belgilarini kuzatish mumkin.

Kasallikning bu kechishda askariyat hollarda og‘ir fulminat shakllari qayd kilinib, o‘lim holatlari kuzatiladi va ba’zi xolatlarda surunkali shakllariga aylanadi.

Fulminat gepatit. Bu shakl askariyat hollarda superinfeksiyada, kam holatlarda koifeksiyada yuzaga keladi. O‘zining klinik kechishiga ko‘ra VGV ning fulminat shakliga o‘xshab ketadi**.**

Tashxisi. XX asrning oxirida virusli gepatitlarning etiologik tizimini o‘rganish uchun amaliyotga immunoferment tahlil (IFT), zanjirli polimeraz reaksiyasi (ZPR) tatbiq etilishi ijobiy natija berdi. IFT uslubi yordamida virusli D gepatitida NVsAg, IgM antiNVV aniqlansa, ZPR uslubi yordamida bularga qo‘shimcha viruslar DNK, RNK lari mavjudligi o‘rganiladi. Davosi va oldini olish VGV nikiga uxshash.

VIRUSLI GEPATIT «S». Etiologiyasi. Gepatit S virusi bir zanjirli RNK saqlagan flaviviruslar oilasiga mansub dir. Virion diametri 30-60 nmga teng bo‘lib, oqsil lipidli tashqi menbrana bilan qoplangan. Infeksiya markyorlari bo‘lib virus RNK si va anti NSV hisoblanadi. Tashxisot uchun anti HCV katta ahamiyat kasb etadi. Virusning o‘ziga xos xususiyatlaridan biri uning genetik xilma-xilligidadir. Hozirgi kunda virusning 6 ta genotipi va 11 subtiplari mavjud.

Epidemiologiyasi. S gepatitida infeksiya manbai kasallikning turli klinik shakllarini boshidan o‘tkazayotgan bemorlar hisoblanadi. Kasallikning epidemiologik xususiyatlari gepatit Vnikiga mos keladi. GS virusining yuqishi turli parenteral yo‘llar orqali amalga oshadi. GS virusi ko‘proq qon va qon maxsulotlarini quyish, hamda tibbiy muolojalar o‘tkazishda yuqib qoladi. Kassalikning yuqishda jinsiy yo‘l ham katta ahamiyat kasb etadi.

Klinikasi. Infeksiyaning kechish davrlari, kasallik shakllari. VGSning asosiy xususiyatlaridan biri kasallikning latent-subklinik kechishi, uzoq muddatda

aniqlanmasligidir. Shu bilan birga asta-sekin rivojlanib, keyinchalik jadallashib jigar sirrozi va jigarning birlamchi o‘smasi bilan tugallanishi mumkin. VGS kasalligi uzoq yillar cho‘ziladigan kasallikdir, kasallikning manifest shakllarini aniqlash uchun bir necha yillar (ba’zida 10 yil ham kamlik qiladi) kerak bo‘ladi. **O‘tkir davri.** Subklinik yoki klinik kechishi mumkin. Kasallikning subklinik shakllari nisbatan ko‘p uchrab kasallarning 2/3 kismida kasallik aniqlanmay qoladi. Mana shu uchun ham GSning surunkali shakllari bilan og‘rigan bemorlar anamnezida kasallikning o‘tkir shaklini boshidan o‘tkazganligi haqida ma’lumot bo‘lmaydi. Kasallikning subklinik shaklini tashxislash uchun kasallikka moyil shaxslarni qon zardobida ZPR yordamida NSV–RNK aniqlashdan iborat. HCV–PHK qon zardobida antitelolar paydo bo‘lmasdan, Alat faolligi me’yordaligida aniqlanadi. Antitelolardan oldin anti NSV shaklida gipertransaminazemiya xos bo‘lib, me’yoridan 5 –10 marta oshadi. Alat faolligini oshishi ko‘zg‘atuvchi tushgandan 8-10 hafta (10-150 kun bo‘lishi mumkin) dan so‘ng qayd qilinadi. Gipertransaminameziya ko‘pincha to‘lqinsimon ba’zan doimiy tavsifli bo‘ladi. **O‘tkir gepatit.** Kasallikning manifest shaklida lohaslik, kamquvvatlilik, ishtaha pasayishi, o‘ng qovurg‘a sohasida og‘irlik hissi kabi belgilar qayd qilinadi. Bemorni ko‘rikdan o‘tkazganda jigar o‘lchamlarining biroz kattalashgani, uning qonsistensiyasi yumshoqligi aniqlanadi. Kasallik past darajali umumiy zaharlanish belgilari bilan yengil kechadi. Bemorlarda sariqlik paydo bo‘lishi tashxisni osonlashtiradi. Sariqlik past darajada namoyon bo‘ladi. Tashxis asosan virus markerlari HCV-PHK aniqlanishi va Alat faolligi oshishi asosida qo‘yiladi. Kasallikning o‘tkir davri ba’zi holatlarda sog‘ayishi bilan tugaydi. Qolgan holatlarda jarayon surunkali tus oladi.

Latent davri. Bu davrda klinik belgilarsiz virusemiya saqlanib qoladi. VGV dan farqli bu davr surunkali jarayonga o‘tish bosqichi hisoblanadi. Latent davri 15-20 yilgacha davom etadi. Bu davrda ko‘pchilik bemorlar o‘zlarini sog‘lom sezadilar, ba’zilarini tez charchash, lohaslik bezovta qiladi. Ko‘rik paytida jigar o‘lchamlari bir oz kattalashgani aniqlanadi. Kamchilik bemorlarda Alat faolligining 1,5-2 barobar oshganligi, to‘lqinsimon xarakterligi qayd kilinadi. Ko‘pchilik bemorlarda esa Alat faolligi me’yorida bo‘ladi. Bu davr surunkali virus tashuvchi davr hisoblanadi. Qayta faollashish davri o‘z ichiga surunkali gepatit, jigar sirrozi va gepatokarsinomani oladi.

Davosi. Xuddi VGV nikidek. Etiotrop davo vositasi sifatida roferon ribavirin bilan birgalikda terapevtik dozada 3-6 oy mobaynida buyuri ladi. Keyingi yillarda roferonning uzoq ta’sir etuvchi shakli pegasis 180mkg haftasiga 1 marta ribavirin bilan birgalikda qo‘llanilmoqda.

Profilaktikasi. Umumiy epidemiyaga qarshi chora-tadbirlar parenteral yo‘li bilan yuquvchi virusli gepatitlarnikidek amalga oshiriladi. Xususiy profilaktika ishlab chiqilmagan.

Kasalxonadan chikarish va dispanser nazoratiga olish. Odatda bolalar kasallikni 30-40 kuni bolalar kasalxonadan chikariladi. Bunda urtacha giperfermentemiya va gepatomegaliya buladi. Kasalxonadan chikarishda bemorga parxez va rejim tavsiyalari kursatilgan xotima kogozi beriladi. Ba’zi xollarda bolani kasalxonadan chikarish vaqtlida xamHBsAg bulsa ambulator nazorat kartasiga yozib kuyiladi va turar joydagi sanitar epidemiologik stansiyaga xabar beriladi. Reqonvalessentlarni navbatdagi nazorati yqumli kasalxonada tashkillashtirilgan maslaxat nazorat xonasida utkaziladi.

Kasal oilalarda infeksiya tarkalishini oldini olish uchun va NV-virusini tashuvchini oldini olish uchun kundalik dezinfeksiya utkaziladi, shaxsiy buyumlarni (tish chetkalari, sochik, yotok choyshablari, mochalka, tarok, ustara va x.) dezinfeksiya

kilinadi. xamma oila a’zolariga zararalanishi kaysi sharoitda kelib chikishi mumkinligi va gigiena koidasiga rioya kilish zarurligidan xabar toptirish kerak.

Oilasida surunkali gepatit V bulgan shaxslar va HBsAg tashuvchilar tibbiy nazoratga olinadi. Zararlanish bulgan bolalarda gepatit V ni maxsus profilaktikasi: passiv va aktiv immunizatsiya yuli bilan amalga oshiriladi.

Passiv immunizatsiya uchun yukori mikdorda HBsAg tashuvchi immunoglobulindan (passiv gemaglyutinatsiya reaksiyasida titr 1:100 000 – 1:200 000) foydalaniladi. Bunday immunoglobulinni tayyorlash uchun qonda yukori titrda anti-HBs tashuvchi donorni plazmasidan foydalaniladi. Immunoglobulin profilaktika utkazishda tavsiya kilinadi:

Bizni mamlakatimizda gepatit V ga karshi rekombinant vaksina ishlab chikilgan, kayd etilgan va chet eldan bir kancha preparatlarni kullashga ruxsat berilgan:

Emlash sxema buyicha 3 marotaba 0, 1, 6 oyda utkaziladi. Revaksinatsiya xar 5 yildan keyin kilinadi.

Faol immunizatsiyaga fakat qonida NV-virusli infeksiya markerlari aniklanmagan (HBsAg, anti-NVs, anti-NVs) munosib. Gepatit V ni bitta markeri aniklansa emlash utkazilmaydi. Emlash natijasi juda samarali. Kupgina tekshiruvlar shuni kursatdiki sxema buyicha 0, 1, 6 oyda Endjeriks – V vaksinasini yuborganda 96% bemorlarda NVe dan ximoya kiluvchi protektiv immunitet shakllandi, ba’zi bolalarda vaksina yuborgan joyda maxallik reaksiya (biroz kizarish, tukimani shishishi) yoki umumiy reaksiya, tana xaroratini kiska vaqtlga 37,5-38^{0}S gacha kutarilishi kuzatiladi.

Gepatit V ga karshi vaksina kullanilishi fakat utkir, balki surunkali gepatit V ni muammosini xam xal kiladi.

DELTA GEPATIT VIRUSI

Etiologiyasi. Delta virusli gepatit (HDV) 35-37 nm li sferik tanacha bulib, VGV ni (HBsAg) yuzaki antigeni tashki kobigi xisobiga kasallik chakiradi. Tanachani markazida maxsus antigen joylashib mayda RNK (genom) tutadi. Delta virusi uz replikatsiyasi va ekspretsiyasi uchun gepatit V virusini obligat funksiyasiga muxtoj buladi. Genom tulik bulmagani sababli nuksonli viruslar katoriga kiradi. Delta antigeni issikka, kislotalar ta’siriga chidamli, lekin ishkor va proteazalar tomonidan faolligini yukotadi. Tajribaviy infeksiya shimpanzeda utkazish mumkin.

Epidemiologiyasi. MDx davlatlari xududida delta infeksiya keng tarkalgan. Kasallik manbai o’tkir va surunkali Delta infeksiya bilan ogrigan bemorlar, shuningdek soglom delta virus tashuvchilari va anti-delta tashuvchilari, anti-delta tashuvchilarni qonida delta assotsirlangan RNK xam aniklanishi mumkin.

Delta infeksiya parenteral yul bilan virus tutuvchi qon yoki uning preparatlarini kuyganda, shuningdek, nina kateter, zond va virus tashuvchi qon bilan ifloslangan tibbiy asboblarni yetarlicha ishlov bermaganda yukadi. Lekin kuprok chakaloklar tugruk vaqtlida yoki onani qonida delta bulsa tugilgan zaxotiyok bolani teri koplami va shillikkavati orkali utadi. Delta infeksiyaga gepatit V bilan ogrimagan, lekin NV-virusni tashuvchi shaxslar beriluvchan buladi. Eng kup beriluvchanlik erta yoshdagi bolalarda va surunkali gepatit V li shaxslarda kuzatiladi.

Patogenezi. Delta virus bilan zararlanganda Delta infeksiyani 2 ta varianti rivojlanadi: koinfeksiya va superinfeksiya. Koinfeksiya gepatit V bilan ogrimagan va gepatit V ga nisbatan immuniteti yuk shaxslarda kuzatiladi. Superinfeksiya surunkali gepatit bilan ogrigan bemorlarga delta musbat bulgan manba bilan zararlansa yoki NV-virus tashuvchilarga delta kushilsa rivojlanadi. Koinfeksiyada NV-virus va delta gepatit birgalikda kelsa gepatit V va deltani serologik javobini beradi. Superinfeksiyada bir

vaqtlni uzida qonda va jigarda NV-virus markerlari bulganda delta antigenga nisbatan antitanalar xosil bulishi bilan boruvchi utkir gepatitni klinikasi kuzatiladi. Buni NV-virusga delta virusni kupayuvchi ta'siri bilan tushuntirsa buladi. Delta superinfeksiyani manifestatsiyasi asosan 3 xaftadan 3 oygacha bulgan muddatda xosil buladi. Zararlangandan keyin xuddi aytganimizdek, surunkali V va delta infeksiyani birgalikda rivojlanishi kuzatiladi yoki NV-virus tashuvchisi fonida surunkali delta infeksiyani rivojlanishi kuzatiladi.

Delta virus bilan boglik bulgan infeksion jarayon delta antigenemiya bilan kechadi. Bunda gepatotsitlarda xujayin virusini (NVV) integratsiyasi kuzatiladi.

Koinfeksiyada delta antigenemiya HBV ni kiska vaqtlli ishlab chikish bilan belgilanadi. Ukiska va kam intensiv buladi. Shunday xolatlarda delta infeksiya HBsAg tashuvchilarda xuddi superinfeksiyaga uxshab ketsa, gepatitlarda delta virus yukori darajada sintezlanadi.

Bir vaqtlda zararlanganlarni qonida delta antigen bilan birga delta virusga oid IgM sinfidagi (anti delta IgM) antitanachalari xosil buladi. Infeksiya utkir shaklida siklik kechganda anti-delta IgMkiska vaqtl ichida qonda aylanadi (urtacha 2-3 xafta), keyinchalik qonda IgG (anti delta IgG) uzok vaqtlgacha qonda saklanadi.

Gepatit V va delta virus bilan kechuvchi koinfeksiya qonda tulik serologik guruxni markerlari bilan xarakterlanadi. Bunda kasallikni erta davrida qonda anti NVs IgM, HBsAg, HBeAg, HBV-DNK aniklanadi. Reqonvalessensiya davrida esa gepatit V virusi va delta virusi antigeni yuk, lekin tulik maxsus gurux antitanachalar aniklanadi: anti-NVs, anti-Nve, anti-HBs, anti delta IgG.

Delta superinfeksiyada xam koinfeksiyaga uxshab delta antigenemiya rivojlanadi va anti-delta IgM erta xosil buladi, serologik tekshiruvda NVV marker uzgarishlari xos.

NV-virusni tashuvchilarni qonida HBsAg va anti delta IgM paydo buladi, lekin NveAg aniklanmaydi. Bu xolatlarda delta infeksiya kushilganda HBV tashuvchilarda HBsAg ni qonsentratsiyasini kamayishi kuzatiladi. Bu gepatit V virusini replikatsiyasiga delta virusni supressirlovchi effekti xakida ma'lumot beradi.

Doim utkir kechuvchi koinfeksiyadan farkkilib, delta virusi superinfeksiyasi aksincha surunkali kechadi va qonda uzok vaqtlgacha yukori titrda persistensiya bilan birgalikda anti-delta IgM aniklanadi.

Klinik kurinishlari. Rivojlanish mexanizmiga karab kasallikni 3 ta shakli aniklanadi:

1. Aralash utkir gepatit V va delta infeksiya (koinfeksiya);
2. Surunkali birga kechuvchi gepatit V va delta;
3. Surunkali delta gepatit virusi tashuvchilik fonida.

Koinfeksiya. o´tkir gepatit V va delta infeksiya xamkorlikda kechishi. Koinfeksiya bizning klinika ma'lumotlariga kura 10-20% ni tashkil kiladi. Keyingi 5 yil ichida urtacha xisobda 16,7% ni tashkil kiladi. Shundan yengil shakli bilan ogriganlar 2,3% ni, urtacha ogirlikdagi shakli 18% ni, ogir shakli 17,7% ni yomon sifatli shakli 54% ni tashkil kiladi.

Delta infeksiyani yashirin davri 8-10 xafta davom etadi. Kasallik boshlanish davri yakkol namoyon buladi, tana xarorati 38-39^{0}S gacha kutariladi, adinamiya, ishtaxaning pasayishi, chankash, kusish, korinda ogrik paydo buladi. Jigar va taloqulchamlari kattalashadi. qon zardobida boglangan fraksiyasi xisobiga umumiy bilirubin mikdori oshadi, jigar-xujayra fermentlari faolligi oshadi, disproteinemiya kuzatiladi. Kasallik yaxshi sifatli kechishi 1,5-3 oygacha davom etadi. Ayrim bolalarda chuzilgan shakli kuzatiladi. Zurayish paytida takroran bilirubin, jigar-xujayra fermentlari faolligi oshadi.

Surunkali gepatit V ning manifest klinik shakli kuzatilmaydi. Kup xollarda bolalarda xayotining birinchi oylarida yomon sifatli gepatit Vulim bilan tugaydi. Delta superinfeksiya delta infeksiyasining surunkali NV-infeksiyaga utishi surunkali gepatit tipida yoki bulmasa soglom tashuvchilik kurinishida buladi. Yashirin davri 3-4 xafta buladi. Bu xolda delta infeksiya utkir gepatit klinikasini beradi. Tana xarorati 38-39^{0}S gacha kutariladi, adinamiya, ishtaxaning pasayishi, chankash, kusish, korinda ogrik paydo buladi. 2-3 kundan keyin peshob rangi uzgaradi, najasi rangsizlanadi, teri koplami va kuz sklerasi sargayadi. Jigar va taloqulchamlari kattalashadi. qon zardobida boglangan fraksiyasi xisobiga umumiy bilirubin mikdori 3-5 marta, jigar-xujayra fermentlari faolligi 4-10 marta, timol sinamasi oshadi, PTI va sulema titri sezilarli pasayadi. Kasallik kechishi kup xollarda ogir utadi, ba'zan yomon sifatli turiga utishi ulim bilan tugaydi, boshka xollarda esa yukori faol jarayonli surunkali delta infeksiya shakllanadi. Surunkali faol gepatit V va delta infeksiya aralash surunkali infeksiya deb karaladi. Chunki patologik jarayon faol kechadigan gepatit V va deltaga boglik. Bu bolalarda kasallik yakkol simptomlar bilan: intoksikatsiya, dispeptik xolatlar, xolsizlanish, emotsional uzgaruvchanlik, MIT tomonidan (chankash, epigastral soxada ogrik, ung qovurg'a ostida ogirlik. meteorizm). Ayrim bolalarda terisida sezilarsiz sariklik, burundan qon ketish, teleangioektaziya, palmar eritema va boshka jigarga boglik bulmagan belgilar kuzatiladi. xamma kasallarda qon zardobida jigar-xujayra fermentlari faolligi oshadi, PTI pasayadi, disproteinemiya, yana HbsAg, HBeAg va delta infeksiya markerlari (delta antigen va antiimmunoglobulin M) oshishi kuzatiladi. Kasallik ogir, kiska remissiya va uzok davom etgan kasallikning zurayishi bilan kechadi. 5-6 yil utgandan keyin surunkali faol gepatit deltadan jigar sirrozi shakllanadi. Bu bolalarda jigar xajmi kiskaradi, gepatolienal sindrom yakkol kurinadi, gemorragik xolatlar, jigarga boglik bulmagan belgilar, jigar – xujayra fermentlarining yukori faolligi, sulema titrining past kursatkichi, PTI va disproteinemiyani jadal rivojlanish xolati kuzatiladi. Marker spektridagi uzgarishlar delta infeksiya faolligi saklanishi (anti HDVIgM aniklanadi). NV-virusining replikativ faolligi yukligi (HBsAg, anti-NVe)dan dalolat beradi. Delta infeksiya utkir chuzilgan shaklda kechadi. Kasallik kechishi HBV antigen davomiylik me'yoriga boglik va gepatit delta virusining sintezi tugallanishi bilan yo'qoladi. Shuning uchun deltaga boglik patologik jarayon yuzaga keladi. Koinfeksiyada gepatit V virusi replikatsiyasi tezda yo'qoladi. Kasallik utkir boshlanadi va butunlay sogayish bilan tugallanadi. Koinfeksiyada kasallik 2 fazada kechadi.

1 yoshgacha bulgan bolalarda VGV va delta koinfeksiya ogir kechadi va fulminant shaklga utishi tez-tez kuzatiladi. Kasallik utkir boshlanib, intoksikatsiya yakkol , tana xarorati 38-39^{0}S gacha kutarilishi, adinamiya, ishtaxaning pasayishi, lanjlik, bezovtalik, uykuning buzilishi, chankash, kayta-kayta kusish kuzatiladi. Sariklik oldi davri kiska 2-3 kun davom etadi, sariklik davri boshlanishi bilan bemorning axvoli yana ogirlashadi. Gemorragik sindromlar kuzatiladi, bola ovkatdan bosh tortadi, kasallik boshlanishida jigar ulchamlari kattalashadi. Jigar chekkasi qovurg'a ravogidan 2-3 sm pastda paypaslanadi. Taloq kattalashadi. Bu davrda qon zardobida boglangan fraksiyasi xisobiga umumiy bilirubin mikdori oshadi, jigar-xujayra fermentlari faolligi oshadi, PTI va β-lipoproteidlar pasayadi. Sariklik davridan 5-9 kun utgandan keyin tezda jigar ulchami kiskaradi. Jigar komasi belgilari namoyon buladi, bola kurikda karshilik kursatmaydi, onasini tanimaydi, shaytonlash, qon aralash kusadi. Bezovtalanish adinamiya bilan almashadi, sezilarli gipotoniya korinda dam bulishi, taxikardiya, toksik nafas 2-3 kundan keyin kasallik ulim bilan tugallanadi. Yorib kurilganda jigar parenximasida zichlashgan yoki tarkalgan nekroz o'choqlari kuzatiladi. U kasalda morfologik uzgarishlar

immunotsitologik reaksiya xisobiga emas, balki delta gepatit virusining to'gridan to'gri sitologik ta'siri xisobiga ro'y beradi.

Delta superinfeksiyaning kechishi VGV davomchisi bulib xisoblanib, NV-virusining gepatotsitlarda tarkok kolonizatsiyalashganligiga delta infeksiyani kushilishi jarayonni tez rivojlanishiga olib keladi. Boshka tarafdan delta virusning superinfeksiyasi vaqtlida surunkali gepatitli bolalarda fulminant gepatitni shakllanishi bilan jigarda surunkali faol gepatit va jigar sirrozi darajasida patologik jarayonni kuchayishi extimoli yukori buladi. VGV va delta infeksiyani uzok davom etishi HBsAg va anti-NVs ga seroqonversiyasi kuzatiladi va DNK NV-virusi sirkulyatsiyasi yo'qoladi. Shuning uchun VGD replikatsiyasi pasaymaydi.

Tashxisi. Delta infeksiya markerlari, delta antigeni (gepatotsitlarda va zardobida) delta virusiga karshi IgM va IgGqon zardobida aniklansa kuyiladi. Markerlar VGV koinfeksiyasi va superinfeksiyada NVs infeksiyaning replikatsiya va integratsiya boskichlarida aniklanadi. Koinfeksiyada bir vaqtlning uzida utkir VGV markerlari (HBcAg, HBeAg, DNK HBV, anti-NVs IgM) va utkir gepatit D markeri anti delta IgM kuzatiladi.

Koinfeksiya reqonvalessensiya davrida qon zardobida HBeAg, DNK HBVAgD aniklanmaydi, balki anti NVe IgM, anti-NVs IgG bilan almashadi. Anti delta IgM, anti delta IgG bilan almashadi. Delta superinfeksiya replikatsiya davrida antigen D va anti-delta IgM aniklanadi va bir vaqtlning uzida faol gepatit V markerlari HBcAg, HBeAg, anti-NVs IgM bulmaydi. NV-virus integratsiya boskichida delta superinfeksiyasi tashxisotida asosiy urinni IgM va IgG ni bulishi axamiyatga ega. Agar bemor surunkali gepatit V yoki soglom NVs antigen tashuvchisi bulsa delta infeksiyasi kuzatiladi. kushimcha simptomlar jigar ulchamlarining kattalashishi, zaxarlanish belgilari, sariklik, jigar xujayralari fermentlari faolligining oshishi kuzatiladi.

Davolash. VGD davolash taktikasi VGV dek. Davolash klinik kechish ogirligiga va kasallik kechishi xarakteriga karab tuziladi. Yengil va urta ogir shakllarida bazis terapiya va dezintoksikatsion terapiya utkaziladi, ogir shaklini davolash VGV ni ogir shaklini davolashdek olib boriladi. Surunkali formasini davolash VGV dan deyarli farkkilmaydi, farki shundaki VGD da kortikosteroid gormonlar va immunodepressantlar foyda bermaydi. Bunda virusga karshi preparatlar yaxshi yordam beradi. Masalan, interferon,. leykotsitar interferon kullanilganda remissiya kuzatilgan. Shu bilan birga HBeAg ning anti-NVe ga seroqonversiyasi kuzatilgan va delta virus replikatsiyasi tuxtagan. Surunkali faol delta infeksiyasini davolashda immunomodulyatorlardan aktivin natriy nuklein yaxshi natija beradi. Surunkali faol gepatit deltada immun muvozanatlovchi terapiya xuddi VGV nikidek.

Profilaktikasi. VGD profilaktikasi xuddi VGV dagidek katta axamiyatga ega:

1. qon yoki uning komponentlarini 1 ta ampuladan 1 ta bemorga kuyish;
2. qon berishdan oldin HBsAg ga tekshirilgan ota yoki donor qonini tugri kuyish;
3. Operatsiyadan oldin kiska vaqtl ichida olingan qondan autotransfuziya sifatida foydalanish.

Gepatit D bilan yukori darajada zararlanish xavfi bulgan bulimlarda (gemodializ markazida, reanimatsiyada, intensiv davolash xonasida, qon kuyish markazida, onkologik kasalxonalarda, gematologik bulimlarda va boshkalarda) gepatit D profilaktikasi, epidemiyaga karshi tadbirlarga kat'iy rioya kilish yuli bilan bir martalik asboblarni ishlatish, tibbiy asboblarni qondan yaxshilab tozalash yuli bilan bemorlarga parenteral muolajalarni cheklash yuli bilan amalga oshiriladi.

S VIRUSLI GEPATITI

Xozirgi vaqtlga kelib virusli gepatit S boshka gepatitlar orasida uzining keng mikyosda tarkalib borayotgani bilan ajralib turadi. Bu esa uz navbatida noxush okibatlar kuprok uchrashiga olib keladi. Virusning odam organizmida kupayishi immunogenez, kasallikning klinik belgilari kam urganilgani yana bir muammoni keltirib chikaradi.

Aynan VGS da surunkali gepatit tashxisi klinik, anamnestik, ba'zida, laborator natijalar bulmagan xolda kuyiladi. Bunda qonda fakat virusga karshi antitanachalar aniklanadi.

VGS utkir va surunkali gepatit va jigar sirrozi, boshka a'zolar zararlanishini uz ichiga olgan HCV infeksiyaning bir muxim bulagi sifatida karalishi kerak.

Etiologiyasi. kuzgatuvchi (HCV) flavovirus bulib, bir spiral RNK tutadi. HCV genomi virusspetsifik proteaza, yadro nukleotidlarini uz ichiga oluvchi bir kancha proteinlar va 2 kobik glikoproteididan iborat. Virusning 76 ta turli shtammlari va 6 ta asosiy genotipi mavjud. Bu genotiplar dunyoning turli mamlakatlarida turlicha uchrab turadi.

HCV juda kup mutatsiyaga uchrab turuvchi viruslar xisoblanadi. Ba'zi RNK tutuvchi viruslar bir-biriga uxshash genomlardan tuzilgan va odam (VICh-1, VICh-2) va maymun (VIO) immun tankisligini chakiruvchi viruslarda xam aniklangan. Virus umumiy strukturasi saklangan xolda ishlab chikaruvchi oqsillar ketma-ketligi juda xilma-xil buladi. Ma'lum bir bemor organizmida virus bir necha yolgon shtammlar tuplami kurinishida uchraydi.

Virusning 329-341 ta nukleotiddan iborat kismi bulib, u HCV ning deyarli barcha turida uchraydi va bu qismidan HCV RNKsini aniklovchi polimeraza zanjir reaksiyasi (PSR)dan foydalaniladi.

HCV ning turli genotip va subtiplari borligi virusga karshi immunitetdan va virusga karshi davo choralaridan «kochib» ketishga imqon yaratadi. Buning negizida organizmda virusning uzok vaqtl saklanishi, jarayonning surunkali shaklga utishi va uzok vaqtl virusga karshi davo utkazish lozimligi yotadi.

Epidemiologiyasi. VGS qon bilan yukuvchi kasalliklar guruxiga kiruvchi kasallik bulib, 80% xollarda parenteral yul bilan yukadi. Jinsiy, maishiy aloka, vertikal yukish xollari ancha kam uchraydi. Jinsiy yul bilan yukish mumkinligi virusning nafakat qonda, balki boshka biologik suyukliklarda (sperma, bachadon shilligi) xam topilishi bilan izoxlanadi.

Vertikal yukishda virus onadan xomilaga xomiladorlik paytida (tugma, intranatal) yoki tugilish paytida (perinatal) utishi mumkin.

Kasallanish xavfi qon preparatlariga (qon, plazma, eritrotsitar, trombotsitar massa) va gemodializga muxtoj bemorlarda yukori buladi. Shuning uchun VGS qon va buyrak kasalligi bor bemorlarda tez-tez uchrab turadi. Aniklanishicha, VGS qon va qon preparatlari kuyilganda 10% xollarda, venaga narkotik kabul kiluvchilarda 65% xollarda va boshka yullar bilan 25% xollarda yukar ekan.

Mavsumiylik xos emas, kasallik ko'proq 15-30 yoshgacha bulgan bemorlarda ko'proq uchraydi.

Klinikasi.

*Q*uzgatuvchi odam organizmiga tushganda kasallik 2 xil kurinishda kechishi mumkin. Sariklik yoki sariksiz, lekin gepatit belgilari bilan kechuvchi utkir gepatit

-subklinik (belgisiz) kechuvchi VGS. Bunda kasallik belgilari va bemor shikoyatlari bulmaydi.

Utkir shakllari yengil, o’rtacha ogir, ogir va yomon oqibatli kechadi, ba’zida cho’zilgan shakllari-uzoq vaqtlli giperfermentemiya yoki chuzilgan sariklik (xolestatik) shakllari uchrab turadi.

Subklinik shakllari eng kup (70% gacha) uchraydigan shakli bo’lib, o’tkir davrida deyarli aniqlanmaydi. Keyinchalik subklinik (utkir manifest shakllari xam) sog’ayish yoki turli faollikda namoyon bo’luvchi surunkali shakliga utishi bilan tugaydi. qonda IgM va IgG kabi antitanachalar aniqlanadi.

Utkir sariklik shakli. Kasallik yashirin davri bir necha xaftadan 3-6 oy, ba’zida 12 oygacha davom etadi va uning davomiyligi yuqish yuli va organizmga tushgan virus dozasiga boglik buladi. Yashirin davri urtacha davomiyligi 6 oyni tashkil etadi.

Sariklik oldi davri. Kasallik asta-sekin, astenik va dispeptik sindromlar bilan boshlanadi. Bemorda xolsizlik, tez toliqib qolishi, ishtaxa pasayishi, kungil aynashi, 1-2 marta kusish, epigastral soxada, ung qovurg’a ostida ogrik kuzatiladi. Isitmalash doimiy belgi xisoblanmaydi va u bemorlarning 1/3 kismida subfebril xarorat kurinishida kechadi. Bu davrda kattalashgan va biroz ogrikli jigar paypaslanadi. Sariklik oldi davri 4-7 kun davom etadi, ba’zida 3 xaftagacha chuzilishi mumkin. Bu davr oxiriga kelib peshob va axlat rangi uzgaradi.

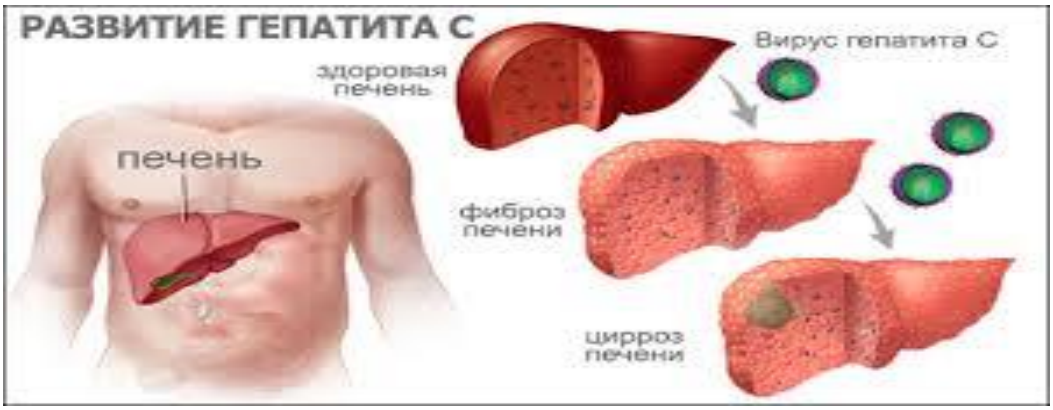
Sariklik davri. Sariklik paydo bulishi bilan zaxarlanish belgilari kupincha kamayadi yoki yo’qoladi. Bu davrda xam xolsizlik, ishtaxa pastligi, kungil aynash, kusish, epigastral va ung qovurg’a ostida ogrik belgilari kuzatiladi. Deyarli barcha bemorlarda gepatomegaliya, 30% xollarda splenomegaliya aniklanadi. Sariklik turli darajada namoyon buladi.

Kasallikka xos bulgan xususiyatlardan biri eng yukori darajada ifodalangan sariklik va zaxarlanish belgilarining kiska vaqtl davom etishidir. qonda umumiy bilirubin, fermentlar faolligi oshadi, Timol sinamasi biroz oshib, Sulema titri pasayadi. Sariklik davri 1-3 xafta davom etadi. Xolestatik shaklida chuzilishi mumkin.

Sariklik davri oxiriga kelib bemor axvoli ancha yaxshilanadi, jigar va taloq ulchamlari kiskaradi, peshob va axlat rangi tiklanadi, fermentlar, bilirubin mikdori pasayadi.

VGS okibatlari. Bemorlarning 15-25% da kasallik tulik sogayish bilan tugaydi. kolgan xollarda esa kasallik surunkali shaklga utib, asta-sekin uzok vaqtl yillar oraligida jigar sirroziga, kam xollarda jigar birlamchi rakiga utadi.

Ko’p xollarda kasallik asta-sekin kuchayib boradi. Bemorlarning 15% da kasallik uz xolicha tuxtaydi, 25% da esa kasallik belgisiz, fermentlarning normal faolligi yoki biroz kutarilishi bilan kechadi, ya’ni 40% bemorlar klinik sog’ayadilar. Adekvat davo yaxshi oqibatlar salmog’ini oshiradi.



«AQLIY XUJUM» usuli

Maqsadi: ushbu usul fikrlar almashinuvini stimullab, kanashuvchilar faolligini oshirishga, uz nuktai-nazarini utkazishga, optimal qarorga kelishga o'rgatadi.

Nazorat savollar

1. Virusli gepatit V,S,D ning chakiruvchisining xususiyatlari ?
2. Kasallik manbai va yukish mexanizmi.
3. Kasallikning rivojlanish boskichlari ?
4. Kasallikning klinik tasnifi ?
5. Klinik davrlaring davomiyligi ?
6. Sariklik oldi davrining klinik belgilari ?
7. Avj olgan davrining klinik belgilari ?
8. Kasallikning ogirlik mezonlarini baxolash mezonlari ?
9. Kasallik tashxisotida epidemiologik va klinik belgilarning axamiyati ?
10. Kasallik tashxisotida bioximik taxlillar va undagi kasallikka xos uzgarishlar ?
11. Kasallik tashxisotida serologik tekshirishlar ?
12. Bemorlarni davolash rejasi ?
13. Kasallik uchogida olib boriladigan chora tadbirlar ?

«AQLIY XUJUM» usuli

Maksadi: ushbu usul fikrlar almashinuvini stimullab, qanashuvchilar faolligini oshirishga, uz nuqtai-nazarini o'tkazishga, optimal qarorga kelishga urgatadi.O'tkazish usuli. O'qituvchi tinglovchilarga mavzu buyicha quyidagi savollarni beradi:

1. Virusli gepatit A va Ye ning chakiruvchisining xususiyatlari ?
2. Kasallik manbai va yukish mexanizmi.
3. Kasallikning rivojlanish boskichlari ?
4. Kasallikning klinik tasnifi ?
5. Klinik davrlaring davomiyligi ?
6. Sariklik oldi davrining klinik belgilari ?
7. Avj olgan davrining klinik belgilari ?
8. Kasallikning ogirlik mezonlarini baxolash mezonlari ?
9. Kasallik tashxisotida epidemiologik va klinik belgilarning axamiyati ?
10. Kasallik tashxisotida bioximik taxlillar va undagi kasallikka xos uzgarishlar?
11. Kasallik tashxisotida serologik tekshirishlar?
12. Bemorlarni davolash rejasi ?
13. Kasallik uchogida olib boriladigan chora tadbirlar?

Guruhlar uchun topshiriklar.

1-guruh. Virusli gepatit A chakiruvchisining xususiyatlariga organizatsion diagramma tuzing?

2-guruh. Virusli gepatit A ning epidemiologik xususiyatlariga organizatsion diagramma tuzing?

Tekshirish etalonlari (namunalar):

1 - guruh. **"**Virusli gepatit A chakiruvchisining xususiyatlariga organizatsion diagramma namunasi**.**

2-gurux.Virusli gepatit A ning epidemiologik xususiyatlariga organizatsion diagrammasiga namuna.

2.4.O'quv moduliga ajratilgan Soat 2	**Parenteral yo'l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma'lumot. Toshmali tif etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari**

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	1. Parenteral yo'l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma'lumot. 2. Toshmali tif, epidemik kasalligining etiologiyasi,patogenezi. Kasallikning klinik kurinishlari. 3.Kasallikning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma'orif ishlarining utkazilishi. 4.Kasallarni davolash va parvarish kilish.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta'lim beruvchi	**Ta'lim oluvchi**

1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar:	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Toshmali tif etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari,bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari. Bezgak etiologiyasi, qo‘zg‘atuvchi turlari, kasallik epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari Bezgak xuruji, hamshira yordami. Kasalliklarni zamonaviy tekshirish usullari.Bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari.	Parenteral yo‘l bilan yuqish mumkin bo’lgan holatlar: — in’eksiya va infuziyalar vaqtida; — steril bo‘lmagan igna va shpritslardan foydalanilganda; — qon va qon komponentlari quyilganda; — jarrohlik, stomatologik muolajalar vaqtida; — tatuirovka, pirsing, manikyur, pedikyur jarayonlarida; — shaxsiy gigiyena buyumlarini (ustara, tish cho‘tkasi) birgalikda ishlatishda. Avariyali holatlar yuz berganda hamshira taktikasi. Qon infeksiyalari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik ishi.
O’qitish metodlari	“Tezkor savollar” “Aqliy hujum “ kichik guruxlar bilan ishlash
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv

	topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Toshmali tif etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari

Reja:

1. Parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot.
2. Toshmali tif, epidemik kasalligining etiologiyasi,patogenezi. Kasallikning klinik kurinishlari.
3. Kasallikning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi.
4. Kasallarni davolash va parvarish kilish.

Parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot

Parenteral yo‘l — bu infeksiyaning **teri va shilliq qavatlar butunligi buzilishi orqali**, ya’ni qon bilan bevosita aloqa natijasida organizmga kirishidir. Bu yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar tibbiyotda ayniqsa xavfli hisoblanadi, chunki infeksiya to‘g‘ridan-to‘g‘ri qon oqimiga tushadi.

Parenteral yo‘l bilan yuqish asosan quyidagi holatlarda kuzatiladi:
— in’eksiya va infuziyalar vaqtida;
— steril bo‘lmagan igna va shpritslardan foydalanilganda;
— qon va qon komponentlari quyilganda;
— jarrohlik, stomatologik muolajalar vaqtida;
— tatuirovka, pirsing, manikyur, pedikyur jarayonlarida;
— shaxsiy gigiyena buyumlarini (ustara, tish cho‘tkasi) birgalikda ishlatishda.

Parenteral yo‘l orqali yuqadigan asosiy yuqumli kasalliklarga quyidagilar kiradi:
— Virusli gepatit B
— Virusli gepatit C
— Virusli gepatit D
— OIV infeksiyasi (OITS)
— kam hollarda — sifilis va boshqa qon orqali yuqadigan infeksiyalar

Ushbu kasalliklarning asosiy manbai — kasallangan odam yoki virus tashuvchi shaxs hisoblanadi. Ko‘pincha kasallik uzoq vaqt davomida yashirin kechadi va odam o‘zida infeksiya borligini bilmasdan boshqalarga yuqtirishi mumkin.

Parenteral infeksiyalar klinik jihatdan og‘ir kechishi, surunkali shaklga o‘tishi va jigar sirrozi, jigar yetishmovchiligi, immunitet tanqisligi kabi og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin.

Parenteral yo‘l orqali yuqadigan kasalliklarning oldini olishda quyidagi chora-tadbirlar muhim hisoblanadi:
— bir martalik shprits va ignalardan foydalanish;
— tibbiy asboblarni to‘liq sterilizatsiya qilish;

— donor qonini majburiy laborator tekshiruvdan o‘tkazish;
— tibbiy xodimlarning shaxsiy himoya vositalaridan foydalanishi;
— gepatit B ga qarshi emlash;
— aholining sanitariya-ma’rifiy bilimini oshirish.

Shunday qilib, parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar sog‘liq uchun katta xavf tug‘diradi. Ularning oldini olishda aseptika, antiseptika qoidalariga qat’iy rioya qilish va tibbiy madaniyatni oshirish muhim ahamiyatga ega.

Toshmali tif haqida umumiy ma’lumot
Toshmali tif — o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, **yuqori isitma, kuchli intoksikatsiya va terida toshma paydo bo‘lishi** bilan xarakterlanadi.
Kasallik tarixda katta epidemiyalarni keltirib chiqargan.
Toshmali tif qo‘zg‘atuvchisi:

- Rickettsia prowazekii

Kasallik **riketsiozlar** guruhiga kiradi.

Etiologiyasi. kuzgatuvchi Provachek rikketsiyasi, mayda kokklar yoki tayokchasimon va ipsimon kurinishda buladi. Gram manfiy, 2 antigeni bor: umumiy termostabil va shu tur uchun spetsifik bulgan termolabil antigen. Tashki muxitda kuruk xolda, ayniqsa, axlatda uzok vakt saklanadi. Nam muxitda tez nobud buladi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai fakat bemor odam. Odam qoni 15-20 kun mobaynida, yashirin davri oxirgi kunidan boshlab butun isitmalash davri va 1-2 kun apireksiya davri zararli buladi. Kasallik rumol yoki bosh biti orkali yukadi. Bit odam qonini surib, zararlanadi va kuplab mikdorda axlati orkali tashkariga chikaradi. Chakkan joyi kichishganda axlatdagi rikketsiozlar teri tirnalgan joylar orkali organizmga tushadi.

Kasallikka beriluvchanlik umumiy bulib, yosh tanlamaydi. Kasallikdan keyin turgun umrbod immunitet xosil buladi. kayta kasallanishlar juda kam bulib, asosan kattalarda kuzatiladi va toshmali tif retsidivi - Brill-Sinser kasalligi deb tafovut kilinadi.

Patogenezi. qonga tushib rikketsiozlar tomir endoteliysiga kiradi va ularda kupayadi. Toksin natijasida endotelial xujayra nobud buladi. Rikketsiozlar yangi endotelial xujayralarni zararlaydi va shunday kilib tarkalgan utkir infeksion vaskulit rivojlanadi.

Birlamchi joylashgan joydan rikketsiozlar va ular toksini qonga tushadi va umumiy zaxarlanish belgilarini keltirib chikaradi.

Klinikasi. Yashirin davri 5-7 kundan 3 xaftagacha, urtacha 2 xafta davom etadi. Kasallik isitmalash, bosh ogrigi, bosh aylanishi, xolsizlik, uykusizlik bilan boshlanadi. Belgilar ortib borib 3-6 kunda avjiga chikadi, bemor yuzi kizaradi, kerkiydi, kuzlar kizaradi (kizil yuzda kizil kuzlar). Yumshok tanglayda nuktali qon kuyilishlar topiladi. Shunday toshmalar kuz qonyunktivasida xam topiladi (Kiari Avsin belgisi). Bemor tili kuruk va karashli buladi. Taxikardiya, yurak tonlari bugikligi, gipotoniya, tez nafas olish aniklanadi. Terisi nam issik, chimchilash va jgut belgisi musbat. Kasallik 4-5- kunida terida kuplab rozeolyoz-petexial toshma

toshadi. Avval toshma tana yon kismi, oyok-kullar bukuvchi soxasida toshadi. Bemor yuzi, kaftlar, bosh sochli kismida toshma kamdan-kam xollarda toshadi. Toshma 3-6 kun kip-kizil, keyin esa ocharadi, rozeolalar yukoladi, petixial pigmentga aylanib, 2-3- xaftasida yukoladi.

Kasallik avjida jigar va talok shishadi, ichi kotadi, ogir xollarda meningit, ensefalit belgilari kuzatiladi. qonda biroz leykotsitoz, neytrofillyoz, plazmatik xujayralar, EChT ortishi kuzatiladi. Xarorat normallashuvi va zararlanish belgilari kasallikning 2-xaftasi oxirida, tulik sogayish esa 3-xaftada ruy beradi. Normal xarorat 1-xaftasida postinfeksion asteniya xolati kuzatiladi.

Kasallik miokardit, zotiljam, tromboemboliya, miya tomirlari yorilishi, otit, parotit bilan asoratlanishi mumkin.

Brill kasalligi epidemik toshmali tif kasalligi belgilari bilan namoyon buladi, fakat ular kam ifodalanadi. Ulim xolatlari bo'lmaydi. Isitmalash davri 6-8 kundan oshmaydi. Asoratlar kam buladi.

Erta yoshdagi bolalarda toshmali tif kam uchraydi. Kasallik odatda asta-sekin boshlanadi. Zaxarlanish kuchsiz buladi, tifoz xolat kam buladi. Yuz kizarishi, tomirlar in'eksiyasi kam ifodalangan buladi. Toshma siyrak, asosan, yuz va bosh sochli kismida toshadi, bolalarning 1g3 kismida toshma umuman bo'lmaydi. Jigar va talok shishmaydi, ichi tez-tez keladi. Kasallik yengil kechadi, asoratlar bo'lmaydi.

Tashxisoti. Uzok vakt isitmalash, zaxarlanish, rozeolyoz-petixial toshmalar, yuz kizarishi, sklera tomirlarning in'eksiyasi, talok kattalashishi kabi belgilarga asoslanib tashxis kuyiladi. Bemor bilan mulokotda bulganlikni aniklash katta axamiyatga ega. Laborator tekshiruv usullarida serologik va immunoflyurissent usullaridan foydalaniladi.

kiyosiy tashxis korin tifi, gripp, kizamik, gemorragik isitmalash, meningokokkli infeksiya va boshkalar bilan utkaziladi.

Davolash. Tetratsiklin guruxi preparatlari va levomitsetin kuniga 4 maxal butun isitmalash davri va normal xaroratning 2-3 kuni mobaynida tayinlanadi. Simptomatik va patogenetik davo, ogir xollarda gormonlar kullaniladi.

Profilaktikasi. Oldini olish choralari pedikulyoz oldini olishga karatilgan. Bemorlar kasalxonaga yotkiziladi va aloxidalaniladi. Bemor va u bilan mulokotda bulganlar sanitariya ishlovidan utadilar. Uchok ustidan 25 kun kuzatuv tayinlanadi.

Aktiv emlash uchun kuruk, kimyoviy tifga karshi vaksina ishlatiladi. Bolalarda aktiv emlash utkazilmaydi.

Endemik (burga, kalamush) toshmali tif.

Etiologiyasi. kuzgatuvchi Muzer (H. Moozer) rikketsiyasi bulib, Provachek rikketsiyasiga uxshaydi. Ular umumiy termostabil antigen tutadilar.

Epidemiologik nuktai nazardan kalamush toshmali tifi sporadik xolda uchraydi. Klinik jixatdan yaxshi okibatli, utkir isitmalash, rozeolyoz-papulyoz toshma bilan kechadi.

Epidemiologiyasi. Tipik zoonoz xisoblanadi. Tabiiy rezervuari kemiruvchilar (sichqon va kalamush) va ularning ektoparaziti burga va kanalar xisoblanadi. Odam asosan alimentar yul bilan (kemiruvchi chikindilari orkali) va burga, kana chakkan joyni kashib tirnash orkali kasallanadi. Teri tirnalganda burga

va kana axlatidagi rikketsiyalar qonga utadi. Ular chakishi orkali yukish xolati isbotlanmagan.

Patogenezi epidemik toshmali tifga uxshash. Lekin tomirlardagi uzgarishlar kam ifodalangan va kiska vaktli buladi.

Klinikasi. Kasallik epidemik toshmali tifning yangi shaklini eslatadi. Yashirin davri 5-15 kun, urtacha 8 kun. Utkir, isitmalash, bosh ogrigi, kaltirash, artralgiya bilan boshlanadi. Xarorat 4-5 kun mobaynida oshib boradi va 3-5 kun saklanadi, kiska lizis shaklida pasayadi. Toshma kasallikning 4-5-kunida, isitmalash avjida toshib, bemor yuzi, kukragi, korni, keyin esa oyok-kullarida toshadi. Toshma avval rozeolyoz, keyin esa papulyoz buladi, 1-2 ta petixiyalar topiladi. Toshma 10 kungacha saklanadi. Toshma avjida gipotoniya, bradikardiya, bosh aylanishi, xolsizlik aniklanadi. Tifoz xolat kuzatilmaydi. Kam xollarda jigar va talok kattalashadi. qonda birinchi kunlarda leykopeniya, keyin esa leykotsitoz va limfotsitoz topiladi.

Epidemik kalamush tifi yengil, urtacha ogir, ogir shakllarda kechadi, bolalarda, asosan, yengil va urtacha ogir kechadi.

Tashxisoti uziga xos klinikasi, epidemiologik va laborator tekshiruvlarga tayanadi.

Oldini olish kemiruvchilarni yukotish, ozik-ovkat maxsulotlarini ulardan ximoya kilishga karatilgan. Aktiv emlash uchun uldirilgan Muzer vaksinasi ishlatiladi. Bolalar emlanmaydilar.

Nazorat savollari

1. Parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar deganda nima tushuniladi?
2. Parenteral yo‘l bilan yuqadigan asosiy infeksiyalarni sanab bering.
3. Parenteral infeksiyalarning yuqish mexanizmlari qanday?
4. Tibbiy muolajalar vaqtida parenteral infeksiyalar qanday yuqadi?
5. Qon va uning komponentlari orqali yuqadigan kasalliklar qaysilar?
6. Parenteral infeksiyalarning oldini olish chora-tadbirlari nimalardan iborat?
7. Toshmali tif kasalligining qo‘zg‘atuvchisi nima?
8. Toshmali tifning epidemiologik xususiyatlarini tushuntiring.
9. Toshmali tifning asosiy klinik belgilari qanday?
10. Toshmali tif kasalligida hamshiraning vazifalari nimalardan iborat?

Test savollari

1. Parenteral yo‘l orqali yuqish qaysi holatda yuz beradi?

A) Havo-tomchi orqali
B) Oziq-ovqat orqali
C) *Qon va shikastlangan teri orqali
D) Suv orqali

2. Parenteral yo‘l bilan yuqadigan kasallik qaysi?

A) Gripp
B) Qizamiq

C) Dizenteriya
D) *Virusli gepatit B

3. Toshmali tif kasalligining etiologiyasi nima bilan bog‘liq?
A) Virus
B) Zamburug‘
C) *Rikketsiyalar (Rickettsia prowazekii**)**
D) Parazit

4. Toshmali tifning asosiy manbai hisoblanadi:
A) Hayvonlar
B) Oziq-ovqat
C) Suv
D) *Bemor odam

5. Toshmali tif qanday yo‘l bilan yuqadi?
A) Havo-tomchi
B) Oziq-ovqat
C) *Bitlar orqali (transmissiv)
D) Parenteral

6. Toshmali tif uchun xos klinik belgi:
A) Ich ketishi
B) Yo‘tal
C) *Teri toshmalari va yuqori isitma
D) Qusish

7. Toshmali tifda tana harorati odatda:
A) 37–37,5 °C
B) 38 °C
C) *39–40 °C
D) 36 °C

8. Toshmali tifda toshmalar qachon paydo bo‘ladi?
A) 1-kuni
B) 2-kuni
C**)** *4–6-kunlari
D) 10-kuni

9. Toshmali tif epidemiyalari ko‘proq qachon kuzatiladi?
A) Yozda
B) Bahorda
C) *Urush, ocharchilik, gigiyena yomonlashganda
D) Dam olish paytida

10. Toshmali tifni oldini olishning asosiy chorasi:
A) Antibiotik berish
B) Vitamin ichirish
C) *Bitlarga qarshi kurashish
D) Parhez

Interfaol usul: “Infeksiya zanjirini top!”

Maqsad

Talabalarda quyidagi bilimlarni mustahkamlash:

- parenteral infeksiyalar turlari
- etiologiyasi
- epidemiologiyasi
- toshmali tifning klinik belgilari

Ishtirokchilar

Talabalar **3–4 guruhga bo‘linadi**:

1 Epidemiologlar

2 Infeksionist shifokorlar

3 Laboratoriya mutaxassislari

4Profilaktika guruhi

1-bosqich: “Kasallikni aniqlang” (Case usuli)

O‘qituvchi klinik vaziyat beradi:

1-holat

Bemor 39°C isitma, kuchli bosh og‘rig‘i va 5-kuni ko‘krak hamda qorin terisida toshma paydo bo‘lishi bilan shifoxonaga murojaat qildi. Tekshiruvda bemorda bit borligi aniqlangan.

Savol:

- Bu qaysi kasallik?

Javob: **toshmali tif**

Qo‘zg‘atuvchisi:

Rickettsia prowazekii

Tarqatuvchisi:

Human body louse

2-bosqich: “To‘g‘ri guruhni top”

Talabalarga kartochkalar beriladi. Ular kasalliklarni **yuqish yo‘liga qarab ajratishlari kerak.**

Kartochkalar

- qon orqali yuqadi
- shprits orqali yuqadi
- bit orqali yuqadi
- tibbiy asboblar orqali yuqadi

Kasalliklar

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- HIV/AIDS
- Toshmali tif

Talabalar **parenteral infeksiyalarni alohida guruhga ajratadi**.

3-bosqich: “Epidemiologik zanjirni tuz”

Kartochkalar:

- kasal odam
- bit
- teri qashilishi
- sog‘lom odam

Talabalar to‘g‘ri zanjirni tuzadi:

Kasal odam → bit → bit najasi → teri qashilishi → sog‘lom odam

“Tezkor savollar”

1 Toshmali tif inkubatsion davri qancha?

✔ 10–14 kun

2Toshmali tifning asosiy belgisi nima?

✔ Isitma va toshma

3Parenteral infeksiyalar qanday yo‘l bilan yuqadi?

✔ Qon orqali

4Parenteral infeksiyalarning asosiy profilaktikasi nima?

✔ Steril asboblar va bir martalik shpritslar

Baholash

- Har to‘g‘ri javob — **1 ball**
- Eng yaxshi epidemiologik tahlil — **2 ball**

Eng ko‘p ball to‘plagan guruh **“Eng yaxshi epidemiologlar”** deb e’lon qilinadi.

2.4.O’quv moduliga ajratilgan 2soat	**Bezgak etiologiyasi, qo‘zg‘atuvchi turlari, kasallik epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1. Bezgak kasalligining etiologiyasi patogenezi. Kasallikning klinik kurinishlari. 2.Kasallikning diagnostikasi, profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi. 3.Kasallarni davolash va parvarish kilish.

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.

qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash		
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

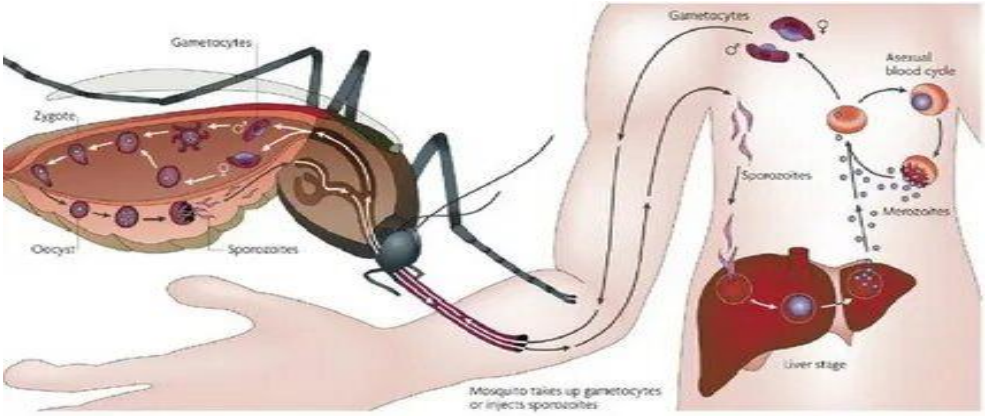
Pedagogik vazifalar Parenteral yo‘l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Toshmali tif etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari,bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari. Bezgak etiologiyasi, qo‘zg‘atuvchi turlari, kasallik epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari Bezgak xuruji, hamshira yordami. Kasalliklarni zamonaviy tekshirish usullari.Bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari.	**O’quv faoliyatini natijalari**: Bezgak – vaqti-vaqti bilan tutadigan isitma xurujlari bilan ta’riflanadigan o’tkir yuqumli kasallik bo‘lib, xurujlar paydo bo’lishi qonuniyati, bezgak kuzgatuvchisining rivojlanish sikliga tugri keladi. Bezgak kasalini boshlangich davridaek to’la va to’gri aniklash; Adekvat muolaja kilish; Isitmasi bor bemorlarni. Birinchi navbatda xorijdan kelganlarni bezgak kasaliga tekshirish; Kasal bo‘lib o’tganlarni xamda sog’lom parazit tashuvchilarni dispanser nazoratida saqlash. O’rta tibbiy xidimlar bilishi kerak.
O’qitish metodlari	“Klaster ” jadvali

O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Bezgak etiologiyasi, qo‘zg‘atuvchi turlari, kasallik epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari.

Dars reja:

1. Bezgak kasalligining etiologiyasi patogenezi. Kasallikning klinik kurinishlari.
2.Kasallikning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi.
3.Kasallarni davolash va parvarish kilish.



Bezgak – vakti-vakti bilan tutadigan isitma xurujlari bilan ta’riflanadigan utkir yuqumli kasallik bo‘lib, xurujlar paydo bo’lishi qonuniyati, bezgak kuzgatuvchisining rivojlanish sikliga tugri keladi.

Bezgak kasalini boshlangich davridaek tula va tugri aniklash;

Adekvat muolaja kilish; Isitmasi bor bemorlarni. Birinchi navbatda xorijdan kelganlarni bezgak kasaliga tekshirish; Kasal bo‘lib utganlarni xamda soglom parazit tashuvchilarni dispanser nazoratida saqlash.

Bezgak kasalini ishonarli tarixiy uchogi Afrika kit’asi xisoblanadi. Bu kit’ada bezgak kuzgatuvchisi maymunlardan insonga utib urnashib va urganib olishgan. Keyinchalik yer kurrasining boshka regionlariga tarkalgan. Bezgak kasalini geografik tarkalish zonasiga va bu chivin organizmida sporogoniya fazasini tugallanishini ta’minlovchi tashki muxit xaroratiga boglik. Shunday sharoit 62-63^{O} shimoliy kenglik bilan 32^{O} janubiy kenglik oraligida mavjuddir.

Afrika kit'asi xalkini 100 foizi bezgak bilan ogrigan. Bu kit'ada xar yili urta xisobda 1 mln. bola bezgakdan vafot etadi. Bezgak kuzgatuvchisini ichida kup tarkalgani Pl.vivaxdir. Buning asosiy sabablaridan biri bu tur plazmodiyning xar xil iklimiy sharoitga moslashib yashay olishi bulsa, ikkinchisi bemor jigarining xujayralarida bradi yoki gipnoparazitlar xolida yillab yashab, saklanib kolishidir.
Morton (1951 yil) fikricha butun dunyo buyicha bezgak kasalining 50%, bezgakdan vafot etganlarning 98%ini tropik bezgak tashkil kiladi.
Bizning vatanimizda 1957 yilda tropik bezgak turi, 1961 yilda esa umuman bezgak kasali tugatilgan.
Ovale bezgagi asosan garbiy Afrikada uchrar ekan. Goxida esa Yangi Gvineya orolida, Filippinda va Xindixitoyda uchrar ekan. Ovale bezgagini geografik arealini bunday chegaralanishi bir tomondan chivin organizmida sporogoniya davrining uzok (25^{O}sda 15-16 kun) davom etishi bulsa, ikkinchi tomondan bemor organizmida gametotsidlarning kam mikdordaligi va doimo bulmasligidir, uchinchidan boshka regionlarda Pl.ovaleni tashib yuruvchi chivin – A.gambiani yashamasligidir.
Bezgak uzok asrlar davomida Urta Osiyoda juda keng tarkalib, kup talofatlarga sabab bulgan. Usha davrlarda ba'zi kishloklar axolisi bezgakdan deyarli batamom kirilib ketgan. 1920-1930 yillarda Buxoroda bezgak shu darajada kup tarkalgan ediki, xatto soglom odam topish kiyin bulgan.
Etnologiyasi: Bizga plazmodiylarning 70 dan ortik turi ma'lum. Shundan 70 xili xayvonlarda (maymun, kaltakesak, kalamush, kushlar) bezgak kuzatiladi.
Odamlarda bezgakni 4 xil plazmodiylar kuzgatadi:
Pl.vivax - 3 kunlik bezgak kuzgatuvchisi;
Pl.malariae - 4 kunlik bezgak kuzgatuvchisi;
Pl.falciparum - tropik bezgak kuzgatuvchisi;
Pl.ovale - ovale bezgagini kuzgatuvchisi.
Damine N.A. (1968 yil), Fong, Cadogan (1971 yil) fikrlariga qaraganda bezgakni maymunlarda kuzgatuvchisi Pl.knowlensi, Pl.cynomalgi, Pl.cynomalgi bostianclli, Pl.inui, Pl.brasiliamum, Pl.shortii, Pl.simiumlar fakat tajribada emas balki tabiiy sharoitda xam bezgak kasalini kuzgatishi mumkin va chivinlar yerdamida soglom odamga yuqishi mumkin ekan.
Bezgakni quzgatuvchi parazit o'z xaet faoliyati davomida xujayinini uzgartirib murakkab rivojlanish jarayonini bosib utadi. Anofeles organizmida jinsiy rivojlanish davrini (sporogoniya) umurtkali xujayin odam organizmida jinssiz rivojlanish (shizogoniya) davrini utadi (1-rasm).
Sporogoniya. Anofeles chivinini urgochisi bezgak bilan ogrigan bemorni yeki soglom parazit tashuvchini chakkanda qon bilan birga chivin me'dasiga mikro- va makrogametatsidlar tushadi. Mikrogameta uzidan 4-8tacha xivchin chikarib, makrogametaga urchitadi. Urchigan xujayra zigota davridan sporotsistalar davrigacha rivojlanib uzida 10000tacha sporozoitlar xosil kiladi. Keyinchalik sporotsista yerilib, sporozoitlar so'lak bezi orkali ajrala boshlaydi. Sporogoniya davri Pl.vivaxda – 10 kun, Pl.falciparumda – 12 kun, Pl.ovale, Pl.malariada – 16 kun davom etadi. Shunday chivin soglom insonni chakkanda qon surishi bilan

birga inson organizmiga sporozoitlarni yuktiradi va inson organizmida jinssiz rivojlanish (shizogoniya) davri boshlanadi.

Shizogoniya: Inson organizmida bezgak kuzgatuvchisi xujayra shizogoniya va eritrotsitar shizogoniya davrini utadi. Sporozoitlar inson qoniga tushgach yarim soat davomida qonda aylanib yuradilar. Sungra gepatotsitlar ichiga kira boshlaydilar. Gepatotsitlarda xujayra trofozoiti va xujayra shizondi davrini bosib utib xujayra merazoiti davrigacha rivojlanadi. Bunda Pl.vivaxda 1ta sporozoitdan 10000tagacha, tropik bezgakda 40000-50000tagacha, turt kunlik bezgakda esa 75000tagacha, ovale bezgagida 15000tagacha merozoitlar xosil buladi. Kupayish bulinish yuli bilan buladi. Xujayra shizogoniya davri uch kunlik bezgakda 6 kun, tropik bezgakda 8 kun, ovale bezgagida va turt kunlik beznakda 15 kun davom etadi. Bunday kiska vakt ichida xujayra shizogoniyasi davrini tugallanishi taxisporozoitlarga ta'lukli, Pl.vivax sporozoitlari politipik bulgani uchun (ularning ma'lum bir kismi) bradisporozoitlar, gipnosporozoitlar (xujayra shizogoniya davrini birmuncha kechrok) 8-14 oydan sung tugallashlari natijasida kasallikni yashirin davrini uzaytirishda yoki kechikib keladigan retsidivga sababchi buladilar.

Eritrotsitar shizogoniyaning boshlanish davrida jigar xujayralaridan chikkan merazoitlar qizil qon tanachalarining membranasidagi antigenlar bilan uzaro munosabatda buladilar.Eritrotsitlarni ichida parazit yosh trofozoit fazasidan eritrotsitar shizont davrigacha ulgayadi va bulingan eritrotsitar merazoit xosil buladi (bezgak kuzgatuvchisi turiga karab 6-24gacha). Xujayra eritrotsitar shizogoniya davri – Pl.vivax, Pl.ovale va Pl.falciparumlarda 48 soatda, Pl.malariada 72 soatda tugallanadi. Bu davrda Pl.vivax va Pl.ovale yosh eritrotsitlarda (retikulotsitlarda) parazitlik kilsa, Pl.malaria balogat yoshidagi eritrotsitlarda, Pl.falciparum esa xamma yoshdagi eritrotsitlarda yashaydi. Eritrotsitlardan chikkan merazoitlarning bir kismi yana kaytadan eritrotsitlarga kirib, oldingi boskichni kaytadan bosib utsa, kolgan kismi jinsiy xujayralarga (mikro- va makrogametotsitlarga) aylanadi.

Epidemiologiyasi. Tabiiy sharoitda bezgak – antroponoz, transmissiv invaziyadir. Shuning bilan birgalikda transmissiv infeksiyalar ichida eng kup tarkalganidir. Bezgak kaalini kuzgatuvchisini manbai bemor yoki soglom parazit tashuvchidir. Tabiiy sharoitda bezgakni birdan-bir yukish yuli transmissiv yul bo'lib, kasallikni yuqishi uz tanasida sporogoniya davrini tugallatgan anofeles chivinining urgochisi soglom odamni chakkanda ruy beradi.

Anofeles chivinining kupayadigan joyi kichik, sekin okadigan, yaxshi iliydigan (anofelogen) suv xavzalaridir. Chivinning rivojlanish davri tashki muxitni xaroratiga karab 2-4-5 xafta va undan kup davom etishi mumkin, xamda tuxum – lichinka – kugirchok – imago (kapalak) fazalarini bosib utadi. Tashki muxitni xarorati 10^{O}Sdan past bulsa chivinni rivojlanishi tuxtaydi. Shuning uchun past va urtacha iklimli sharoitda chivinni 1-3 generatsiyasi, iklimi issik joylarda 8-10 generatsiyasi tugallaniladi. Bu esa uz navbatida tropik iklimli mamlakatlarda plazmodiyni intensiv ravishda yuqishiga imqon yaratadi.

Urchigan urgochi chivin 3 km radius atrofida uchib yurib inson qonini surib (antropofil turi) yoki xayvonlar qonini surib (zoofil turi) ovkatlanadi va tuxum rivojlanguncha tabiiy sharoitda (ekzofil turi) yoki kurilgan imoratlar ichida (endofil

turi) surgan qonini xazm kilib berkinib yotadi. Undan sung yetilgan tuxumini suv xavzalariga kuyadi. Kaytadan urchigandan keyin yana qon suradi. Qon surgandan to tuxum kuyguncha bulgan davr (gonodotrofik davri) tashki muxitni xaroratiga karab 30^{O}Sda 2 kundan 15^{O}Sda 7-10 kungacha davom etadi. Issik iklimda 2-3 marta va urtacha iklimli sharoitda 5-6 marta gonodotrof davrini kechirgan urgochi chivin epidemiologik nuktai nazardan uta xavfli chivin xisoblanadi. Chunki bu davrgacha kelib bu chivinni so'lak bezlarida kup mikdorda sporozoitlar yigilgani uchun kasallik yuktirish kobiliyatiga ega buladi. Bunday chivinlar urtacha iklimli sharoitda 1,5-2 oy davomida, subtropik iklimli sharoitda 5-6 oy davomida kasallik yuktirishi mumkin.

Trasmissiv yuldan tashkari bezgak parenteral va transplatsentar (vertikal) yul bilan (shizontli invaziya) yuqishi mumkin. Bemorga qon kuyilganda yoki qon bilan zararlangan tibbiyot asboblari ishlatilganda bezgakni xar bir turini kuzgatuvchisi parenteral yul bilan yuqishi mumkin. Chunki turt kunlik bezgakni kuzgatuvchisi bemor qonida 25 yildan kuprok davrgacha persistensiyalangan xolda saklanib kolishi mumkin. Plazmodiylar donor qonida 1-2 xaftagacha yashay oladi.

Plazmodiyni vertikal yul bilan xomilaga utish xollari bezgakni gipo va mezoendemik uchogida immuniteti past bulgan, tropik bezgak bilan ogrigan xomilador ayollarda kuzatiladi. Bezgakni golo va giperendemik uchogida kasallik chakalok tugilayotgan vaktda yuqishi mumkin.

Bezgakka qarshi tabiiy immunitet yuk, demak qonga plazmodium tushganda xamma kasallanveradi. Bezgak bilan ogrigan bemor organizmida uzok chuzilmaydigan, fakat uz turiga ta'sir kiladigan nosteril immunitet rivojlanadi. Shu sababli ma'lum bir vakt utgachgina bemorga bezgakning boshka turi yoki yana shu turi kaytadan yuqishi mumkin. Kayta-kayta bezgak yuqishi natijasida odamda doim immunitet saklanishi mumkin. Katta yoshdagi bolalarda va kattalarda immunitet paydo bula boshlagani uchun bezgakni yengil, kam belgili yoki parazit tashuvchi formalari kuzatiladi. Shunga karamasdan ayrim insonlar bezgak bilan ogrinmasligi mumkin. Masalan, bezgakni yukish darajasi yukori bulgan endemik uchogda yangi tugilgan chakaloklar 2-5 oygacha passiv immuniteti g'transplatsentar yoki ko'krak suti orkali utgang' bulganligi uchun, yoki chakalokning qonidagi fetal RF faktorni plazmodium uchun zarur bulgan paraaminobenzoat kislotasi yetishmasligi natijasida kasallik rivojlanmaydi. Garbiy Afrikada yashovchi utrok xalklar va ularni boshka davlatlardagi vakillarining kizil qon tanachalarida plazmodium uchun retseptor vazifasini bajaruvchi Duffy antigeni (Fy^{a}, Fy^{b} antigenlari) bulmagani uchun Pl.vivax keltirib chikaruvchi uch kunlik bezgak bilan ogrimaydilar.

G-6-FD yetishmovchiligida β-talassemiyadan, anomal HbS tashuvchilarda tropik bezgakka sezuvchanlik kam buladi. Bular kasallikni yengil, belgisiz xolda utkazadilar.

BSST klassifikatsiyasiga (1964 yil) binoan talok indeksi buyicha (tekshirilganlar ichida talok xajmi kattalashganlarni soni) bezgakni 4 xil endemik uchogi farklanadi:

gipoendemik – 2-9 yoshgacha bulgan bolalar talok indeksi 10%gacha;

mezoendemik – 2-9 yoshgacha bulgan bolalar talok indeksi 11-50%

giperendemik – 2-9 yoshgacha bulgan bolalar talok indeksi 50%dan oshadi va kattalarda xam yukori buladi;
goloendemik – ko'krak yoshidagi bolalarda parazitar indeks doimo 75%dan kup kattalarda talok indeksi yukori (Yangi Gvineya tipi) yoki past (Afrika tipi).
Kasallik eng kup tarkalishi xavfi goloendemik uchogda buladi va ko'pincha yosh bolalarda utkir yoki juda ogir formada kechadi. Mezo- va gipoendemik uchogda kasallikni tarkalish xavfi kam buladi va bolalarda xam, kattalarda xam utkir formada kechadi, lekin kasallikni umumiy soni yukori bo'lmaydi.
Patogenezi. Anofeles chivinini urgochisi soglom odamni chakkanida sulagi orkali organizmga tushgan sporozoitlar 30 dakikadan 1 soatgacha qonda aylanib yuradi va sungra gepatotsitlarga utira boshlaydi. Sporozoitlarni gepatotsitlar ichiga kirib olib bulinib kupayishi sezilarli patologik va immunologik uzgarishlar chakirmaydi va shuning uchun bu davrda kasallikni klinik belgilari bo'lmaydi. Asosiy paofiziologik uzgarishlar va bular bilan boglik bulgqn bezgakning klinik belgilari eritrotsitar shizogoniya davrini tugallanishi xamda qonda plazmodiumlarni mikdori ma'lum bir darajagacha kutarilishiga boglik («pirogen busaga» darajasi deyiladi). Parazitni bunday mikdorda qonda tuplanishi va uning uchun kerak bulgan vaktni axamiyati plazmodiumni turiga va organizmning immunobiologik xolatiga boglik. Chunki bezgakka nisbatan immuniteti bulmagan kishilarda pirogen busagasi yukori bo'lmaydi (1 mkl qonda bir necha undan yuztagacha bo'lishi mumkin), bezgakka immuniteti bulgan, ya'ni ilgari bezgak bilan ogrib utgan kishilarda parazitni mikdori kup bulsa xam kasallikni klinik belgilari nomoyon bulmasligi mumkin («sovuq parazittashuvchi» deb yuritiladi). Eritrotsitar shizogoniya davrining boshlanishida qonda parazitlarning mikdori kam bo'lishi mumkin, pirogen busaga darajasiga yetmagan bo'lishi mumukin (yugon tomchida 100 katak kurib chikilganda 1 mkl qonda 5tadan kam parazit aniklansa). Buni subpatent parazitemiya xolati deyiladi.
Eritrotsitar shizogoniya davriy kechishi jarayonida qonda kizil qon tanachalarini parchalanishi natijasida parazitlarni va ular antigenini, metabolitlarini mikdori osha boshlaydi, endogen pirogen moddalarni faolligi orta boshlaydi. Bularning xammasi patofiziologik xamda immunitetni uzgarishiga, organizmdagi bir kator sistemalarni vazifasini va tuzilishini uzgarishiga sabab buladi (birinchi ataka fazasi).
Erirotsitar shizogoniya davrida kup mikdorda qonga tushgan endo- va ekzogen pirogen moddalar tanani xaroratini idora etuvchi markazga ta'sir kilishi natijasida «sovuq qotib titrash», «isib ketish» va «terlash» bilan almashinib keladigan fazalarga ega bulgan intermittirlashgan isitmani keltirib chikaradi. Isitmali paroksizmal xurujni rivojlanishida qonga kaytadan tushayotgan parazitni va kizil qon tanachalarini oksil moddalarini allergik effektini axamiyati katta, natijada gistamin, seratonin, katexolaminlar, kininlar va boshka biologik faol moddalarning faolligi oshadi. Bu uz navbatida gemodinamik va vegetativ uzgarishlarga sabab buladi, jumladan, periferik qon tomirlarni oldin spazm xolatiga utishi natijasida bemor sovuk kotib titrasa, sungra kengayishi natijasida bemor isib ketib terlashi kuchayadi.
Kasallikni boshlangich davrida uch kunlik va tropik bezgaklarda plazmodiumlar xar xil generatsiya davrida bulganliklari uchun eritrotsitar shizogoniya asinxron

ravishda utadi. Shuning uchun paroksizmal xuruj xam xar xil notekisravishda buladi. Keyinchalik gumoral immunitet ta’sirida, fatotsitoz reaksiyasi xisobiga, modda almashinuvi xisobiga xosil bulgan keraksiz moddalarning neytrallanishi yoki organizmidan xar xil yullar bilan chikib ketishi natijasida parazitni davriy bulinishi ruyobga keladi va tanani xarorati vaktincha pasayadi, navbatdagi eritrotsitar shizogoniya tugagach tanani xarorati yana kutariladi (Iolgi qonuni) (2-rasm) regulyar intermittirlashgan isitmani kelib chikishi.

Tropik bezgakda ayniqsa immuniteti yuk shaxslarda bemor organizmida ogir patofiziologik uzgarishlar ruy berishi munosabati bilan bir kator organizmning va sistemaning faoliyatini buzilishi kuzatiladi. Eritrotsitlarning fizikaviy va kimyoviy xossalarini xamda membranasining elastikligini uzgarishi xisobiga kizil qon tanachalari kapillyarlardan sekinlashib uta boshlaydi. Ayrim xollarada staz xolati ruy beradi, «parazitar tromb» xosil bo’lishi natijasida organlarda mikrotsirkulyatsiya buziladi. Tropik bezgakni ogir formalarida gemostazni buzilishi xisobiga DVS sindromini rivojlanishi, spetsifik g‘va nospetsifikg‘ immunologik reaksiyalar davrida qonga tushaetgan bir kator biogen aminlar ta’siri natijasida gemodinamik uzgarishlar chukurlashadi, okibatda tukimalarda gipoksiya xolati rivojlanadi va bosh miyada, buyrakda jigarda, ichakda va boshka organlarda distrofik va nekrobiotik uzgarishlar kuzatiladi. Shuningdek qon tomirlarda gemoliz xolati, gemoglabinuriya asorati ruy beradi. Immuniteti bulmagan shaxslarda parazitemiyani tez va yukori darajada rivojlanishi natijasida yukorida keltirilgan patologik uzgarishlar bir necha kun utgach kuzatilishi mumkin va utkir buyrak yetishmovchiligi, bezgak komasi, karaxtlik va boshka asoratlar shaklida nomoen buladi.

Monotsitar-fagotsitoz sistemasini faolligini oshishi va elementlarini proliferatsiya kilinishi xisobiga talokni, jigarni xajmi kattalashadi, va anemiya, leykopeniyaga moyillik va trombotsitopeniya xolatlari kuzatiladi.

Eritrotsitar shizogoniya jarayonida invaziyaga uchragan kizil qon tanachalarini parchalanishi, membranasiga eruvchan bezgak antigenini va komplementini adsorbsiya kilgan eritrotsitlarni gemolizga uchrashi, gemopoezni sekinlashtiruvchi gipersplenizm fenomeni, parazitlarni modda almashinuvi natijasida xosil bulgan keraksiz moddalarni suyak miyasiga zaxarli ta’sir kursatishi va boshka omillar, kam qonlikni kelib chikishiga, rivojlanishiga, fakat parazitemiya davrida emas, balki reqonvalessensiya davrida xam ta’sirini kursatishi mumkin.

Qonga parazitlarni tushishi fagotsitozni kuchaytiradi, antitanachalarni ishlab chikarilishini tezlashtiradi, ayniqsa IgM va IgG larni ishlab chikarilishi tezlashadi. Agglyutininlar plazmadiumni eritrotsidlarga kirishiga qarshilik kursatsa, opsoninlar fagotsitozni tezlashtiradi, T va V limfotsitlarning funksional xolati uzgaradi. Natijada bezgakka qarshi immunitet paydo bo’lishi xisobiga koida plazmodiumni mikdori subpatent g‘subpirogeng‘ darajagacha kamayadi va sekin astalik bilan paroksizmal xuruj pasaya boradi keyinchalik butunlay tuxtaydi. Yukorida keltirilgan jarayonlar davolanmagan bemorlarda birlamchi bezgakda g‘bezgakning birlamchi atakasidag‘ kuzatidadi va uz ichiga 10-14 paroksizmal xurujni opadi.

Kator birlamchi paroksizmal xurujlar xosilasi sifatida yuzaga kelaetgan immunitetni ayrim xollarda yetishmasligi natijasida plazmodiumni mikdori oshib ketib sinxron ravishda, intermittirlashgan tipdagi isitma va kamrok patofiziologik uzgarishlar bilan kechadigan zritrotsitar retsidivga sabab buladi. Lekin ko'pincha davolanmagan xollarda birlamchi ataka okibati ulim bilan tugallanadi, yoki ma'lum bir davrgacha g'2 oygachag' parazit tashuvchi bo'lib kolishi mumkin. Umuman olganda tropik bezgakda invazion jaraen 1 yilgacha g'ayrim xollarda 1,5-2 yilgachag' davom etadi.

Turt kunlik bezgakni davolanmagan xollarda birlamchi atakadan sung parazitemiya bir necha yil g'2-3 yildan to unlab yilgachag' mobaynida subpatent yeki subpirogen xolatida saklanib qolishi, bir necha yillardan ayrim xollarda unlab yillardan sung zritrotsitar retsidivga sabab bo'lishi mumkin.

Pl.vivax va Pl.ovale kuzgatgan uch kunlik bezgakda birlamchi atakalardan yoki vaktli kuzatilgan eritrotsitar retsidivdan sung eritrotsitar shizogoniya tuxtaydi, lekin 2 oy undan oshiqriq vakt utganidan sung gipnoziotlar xisobiga tugallangan xujayra shizogoniyasi na-tijasida qonga xyjayra merozontlarini yangi populyatsiyasi chikadi va haqikiy ekzoeritrotsitar yeki uzok vaktdan sung kuzatiladigan retsidivga sabab buladi. Umuman invazion protsess 1,5-2 yildan to 4 yilgacha va g'Pl.ovaledag' undan uzoqroq bo'lishi mumkin. Shizont bezgagi kuzgatuvchisini turidan katiy nazar retsidivsiz kechadi.

Xar xil tukimalar va organlardagi morfologik uzgarishlar MFS g'monotsitar fagotsitoz sistemasig'ni elementlarini giperplaziyaga uchrashi bilan bezgak pigmentini chukishi va tukimalarni aspid-kulrang rangga buyalishi bilan xarakterlanadi. Jigar xajmi kattalashadi, uzida ulgan eritrotsitlarni, plazmodiumlarni va bezgak pigmentini saklovchi yulduzsimon retikuloendoteliotsitlarni proliferatsiyasi kuzatiladi. Utkir bezgak gepatitida fokal, markaziy, lobulyar nekrozlar, gepatotsitlarni yegli va oqsilli distrofiyasi, jigar vena qon tomirlarini shoxlarini spazm xolatlari kuzatiladi. Kup marotaba reinfeksiya bulganda jigarda xar xil darajadagi fibroz xolatlari kuzatiladi.

Talokni xajmi kattalashib, qonga tulishadi, gemomelaning chukkanligi uchun kora rangda buladi. Follikulalarni giperplaziyasi, retikulyar xujayralarni proliferatsiyasi, retikulyar xujayralarni proliferatsiyasi, qon tukimalarida va makrofogal elementlarda kuplab mikdorda plazmodiumlarni bo'lishi xarakterlidir. Kup xollarda talok infarkti, talok kapsulasi ostita qon kuyilishi alomatlari kuzatiladi, ayrim xollarda yorilib ketadi.

Bezgak komasidan vafot etganlarning bosh miyasida shish, qon kuyilishi, kapillyarlarning kengayishi va invaziyaga uchragan eritrotsitlar bilan tulib turganligini va meningoensefalit alomatlari kuzatiladi. Miokardda, upka parenximasida, buyrak usti bezida, ichakda va boshka a'zolarda distrofik va mikrotsirkulyator uzgarishlar kuzatiladi.

Buyrakda interstitsial nefrit va utkir tubulyar nekroz ruy beradi, qonga tulishib xajmi kattalashadi. Koltokchalariga IgM-, IgG- komponentlarni, bezgak antigenini chukkanligi aniklanadi.

Klinikasi. Bezgakni uch kunlik xilida yashirin davri 10-20 kundan (taxizoitlar kuzgatganda) 6-14 oygacha (gipiozoitlar kuzgatganda); tropik bezgakda 7-16 kun, oval bezgakda 11-16 kun; turtkunlik bezgakda esa 25-42 kun.
Bezgak kasalini kuzgatuvchilarini xilma xilligini e'tiborga olgan xolda kuyidagi tasnif taklif etiladi:
1. Uch kunlik bezgak;
2. Turt kunlik bezgak;
3. Tropik bezgak;
4. Ovale bezgagi;
5. Subklinik turi (soglom parazit tashuvchi);
6. MIXT- aralash turi (ikki yoki undan ortik kuzgatuvchi).
Yengil, urta, ogir turlari. Asoratli va asoratsiz turlari (asorati asosan tropik bezgakda - bezgak komasi, isitmali gemoglabinuriya, uktir gepatit, v x.k. xolida) uchraydi. Kasallikni kechishida kuyidagi davrlar kuzatiladi: yashirin davr, prodrom davr g'uch kunlik bezgakdag', birinchi xujum va eritrotsitar retsidiv, latent davri, ekzoeritrotsitar retsidiv g'uch kunlik va ovale bezgagidag' va reqonvolessensiya davri, Uch kunlik va ovale bezgagi prodrom davri bilan boshlanadi. Prodrom davri 2-5 kun davom etadi. Bu davrda bemor asosan bosh ogrigiga, loxaslikka, kuvvatsizlikka, et uvushishiga, tanasi kakshashiga, mushaklar ogrishiga, tana xaroratini biroz kutarilganiga shikoyat kiladi. Tropik vz turt kunlik bezgak esa nimutkir yoki utkir boshlanadi. Bezgakni klinik manzarasi paroksizmal xuruj bilan boshlanadi. Bemor sovuk kotib, kakshab, kattik titraydi. Darrov urniga yotib olib boshi bilan uralib oladi, lekin baribir isimaydi. Shu davrda terisi biroz okaradi, paypaslaganda goz terisini eslatuvchi gadir-budirlik seziladi. Ayrim xollarda tumov belgilariga uxshash belgilar bo'lishi mumkin. Ba'zida ichi suyuk kelishi mumkin. Bunday xolat 10 minutdan to 3 soatgacha davom etishi mumkin. Sungri tana xarorati kiska vakt ichida g'raketasimong' eng yukori darajaga kutariladi va bemor isib ketadi. Bemorni bosh ogrigi bezovta kiladi. Kasallik ogir kechayotganida bemor shaytonlashi, alaxsirashi va xushidan ketishi mumkin, bezovtalana boshlaydi, paypaslaganla terisi issik va kuruk buladi. Ayrim xollarda labiga uchug toshishi mumkin. Tili kuruk, karashlangan buladi, karash ok yeki kulrang buladi. Tomir urishi tezlashadi, arterial qon bosimi pasayishga moyil buladi. Siyish kamayadi, goxida siydik ajralishi umuman tuxtashi mumkin, tez-tez nafas oladi. 6-8 soatdan sung g'tropik bezgakda sutkani oxirida yoki ikkinchi kunning birinchi yarmidag' tana xarorati kritik pasayadi va kattik terlash bilan kuzatiladi. Shundan sung bemor uzini biroz yaxshi xis eta boshlaydi. Intoksikatsiya belgilari kamayadi. Keyinchalik uykuga ketadi. Uxlab turgach uzini yaxshi xis kiladi. Ishlash kobiliyati avvalgi xolatiga kaytadi. Bunday xolatni bezgakning apireksiya davri deyiladi. Ovale va uch kunlik bezgakda apireksiya davri bir kun davom etadi, turt kunlik bezgakda ikki kun davom etadi. Tropik bezgakda apireksiya davri juda kiska tanani xarorati meyorigacha tushmay subfebril xolida kolishi xam mumkin. Shundan sung yana paroksizm xuruji kaytalaydi. Kasallikni birinchi kunlarida, ayniqsa tropik bezgakda eritrotsitlar ichidagi parazitlar xar xil rivojlanish fazasida bulgani uchun paroksizmal xuruj belgilari kamrok rivojlangan

bo’lishi bilan birga tanani xarorati remittirlangan, subqontinual yoki notugri buladi (initsial isitma).

Oradan 3-5 kun utganidan keyin odatda xar xil parazitni turiga karab generatsiya ma’lum bir tartibda buladi, va shuning uchun paroksizmal xuruj xar bir plazmodium turiga karab xam ma’lum bir tartibda kaytalanadi. Ayrim bemorlar qonida bir biriga boglik bulmagan ikki yoki uch xil populyatsiya bo’lishi natijasida bir kunda ikki marotaba paroksizmal xuruj buladi. Yeki turt kunlik bezgakda apireksiya davri bir kunga kiskaradi, 2-3 paroksizmal xurujdan sung kupchilik kasallarda jigar va taklok xajmi kattalashadi, paypaslaganda ogrikli buladi, qonda anemiya alomatlari paydo buladi. Bu belgilar qonda kay darajada gemoliz ketayotganligidan darak beradi. Agarda bezgakka qarshi adekvat muolaja kilinsa jigar va talokni xajmi uz xoliga kaytadi. Noadekvat muolaja kilinganda talokning xajmi kattalashib, yorilib ketish extimoli paydo buladi. Bezgakning ogir turida jigarning utkir distrofiyasi kuzatiladi. Bemor sargayib ketadi, gemorragik sindrom belgilari markaziy nerv tizimining jaroxatlanganligidan darak beruvchi belgilar nomoyon buladi. Korin bushligiga suyuklik yigilishi mumkin, surunkali gepatit rivojlanadi. Eritrotsitlar soni 2-1 milliongacha, gemoglobin 30 gg‘l gacha kamayadi, leykotsitlar, neytrofilar, trombotsitlar soni xam kamayadi. Ayrim xollarda nafas olish tizimida yalliglanish belgilari paydo buladi. Yurakda funksional - sistolik shovkin eshitiladi. Qon bosimi pasayadi, tomir urishi tezlashadi. Bemorda siydik ajralishi kamayadi, siydikda - albuminuriya, silindruriya, mikrogematuriya buladi. Paroksizmal xuruj bo‘lib utgach kupchilik bemorlarda kuvvat tez, asl xoliga kaytishi mumkin, lekin 1-2 xafta davomida bosh ogrigi, oyoklarning zurikib ogrishi, jigar va talok soxasida ogrik sezishi, korni dam bo’lishi kabi shikoyatlar bezovta kiladi.

Birinchi xurujlarni tugashi bilan ikkilamchi latent davr boshlanadi. Bu davr 2 xaftadan 3 oy va undan kuprok davom etadi. Keyinchalik paroksizmal xuruj yana kaytalaydi. Buni «xurujning vaktli kaytalashi» deyiladi. Agarda 8-!0 oydan sung kaytalasa buni «xurujning kech kaytalashi» deyiladi. Kaytadan kelgan xuruj oldingilaridan umuman kup fark kilmaydi, fakat prodromasiz, boshlanishidan boshlab isitma tugri tipda buladi. Kechrok kaytadigan xuruj 3-4 kunlik bezgakda buladi, tropik bezgakda bo’lmaydi. Ayrim xollarda bezgakni tipik bulmagan turi uchraydi. Uni fakat laboratoriya tekshirish usullari yordamida aniklanadi. Uch kunlik bezgak ko’pincha yengil utadi, fakat epidemiya vaktida ba’zida ogirrok utishi mumkin. To’rt kunlik bezgak kamroq va yengil shaklda uchraydi, ko’pincha asoratsiz kechadi, lekin parazitdan bemor organizmini tula xolis bo’lishi kiyinrok buladi. Tropik bezgak ko’pincha ogir utadi, chunki bunda eritrotsitlar 65% gacha gemolizga uchrashi mumkin. Shuning uchun ogir kamqonlik alomatlari kuzatiladi. Bezgak bilan ogriganlarning 50%, ulik xollarining 98% tropik bezgakka tugri keladi. Shuningdek bezgakning ogir asoratlari: bezgak komasi, gemorragik sindrom, algid, gemoglobinuriya, utkir buyrak yetishmovchiligi xam tropik bezgak okibatidir.

Tropik bezgakda koma xolati bosqichma - bosqich rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Boshlanishida bosh aylanib, bosh ogrigi intensiv. kuchaya boradi, bemor qayt qila boshlaydi, quvvatsizlanadi, shalpayadi, savollarga javob bergisi

kelmaydi, tez - tez uyquga qetib qoladi, lekin esi uzida buladi. Pay reflekslari saklangan buladi g‘somnolensiya boskichig‘. Bir necha soatdan sung soporoz boskichiga utadi: bu boskichda bemor kuprok uxlaydi, esi kirdi-chikdi bo‘lib koladi, shaytonlaydi, pay reflekslari oshadi, patologik reflekslar paydo buladi, meningizm alomatlari kuzga tashlanadi. Uz vaktida tugri muolajalar kilinmasa bemor chukur koma xolatiga tushadi: esi butunlay yukoladi, yuz terisi ok-errang tusda buladi, kuz kosasi ichiga tushib ketadi, kovoklari berkiladi, arefleksiya, gipotoniya, sfinkterlar falaji, xamda nafas olishining tezlashishi kuzatiladi. Umuman olganda bunday xolat yaxshi oqibatga olib kelmaydi, lekii adekvat muolaja qilinsa sog’ayib ketishi xam mumkin.

Tropik algid bezgagida bemor atrofidagilarga befark karaydi, yuz kurinishi utkirlashadi, esi ueida bo’ladi, tomiri ipsimon, terisi ko’kimtir, sovuq ter bilan koplangan bo’ladi, tana xarorati pasaya boshlaydi. Reflekslar pasaygan yoki umuman yuqolgan bo’ladi.

Nazorat uchun savollar

1. Kasallik ta’rifi.
2. Infeksiya manbai (kasal odam va parazit tashuvchi).
3. Yukish yullari (transmissiv, ya’ni xasharotlar orkali).
4. Patogenez (shizogoniya, sporogoniya).
5. Klinika (klinik davrlari – inkubatsion, boshlangich, isitma, terlash).
6. Birlamchi bezgak prodroma simptomlari (bosh ogrish, badan kakshashi, eti uvishish, kaltirash).
7. Isitma davri – xarorat kutarilish, nafas tezlashi, alaxlash, talvasa, AD pasayishi.
8. Terlash davri – xarorat pasayyadi, kattik terlash, uyku.
9. P.vivax – 3 kunlik bezgakni klinik belgilari.
10. P. falciparum – tropik bezgakni klinik belgilari.
11. P.malariae – 4 kunlik bezgakni klinik belgilari.
12. P.ovale – klinik belgilari.
13. Bezgakni takkosiy tashxisi.
14. Laborator tashxisoti (yugon tomchi, umumiy qon taxlil, serologik taxlil).
15. Davosi (shizotrop: xloroxin, xingamin, delagil, plakvinil; gematoshizotrop: akrixin, bigumal, xloridin; gamotrop ta’siri: primaxin, xinotsid.)
16. Bezgak o’chogida chora-tadbirlar

Interfaol usul: Klaster – “Bezgak”

Markaziy tushuncha (Klaster markazi)

Bezgak qo‘zg‘atuvchilari **Plasmodium** turiga mansub parazitlardir.

Etiologiya

Qo‘zg‘atuvchilar:

- Plasmodium falciparum
- Plasmodium vivax
- Plasmodium malariae
- Plasmodium ovale

Xususiyatlari:

- qon paraziti
- eritrotsitlarda rivojlanadi

- odam organizmida ko‘payadi

Epidemiologiya

Infeksiya manbai:

- bezgak bilan kasallangan odam
- parazit tashuvchi shaxs

Kasallik tarqatuvchi:

- Anopheles mosquito

Yuqish yo‘llari:

- chivin chaqishi orqali
- qon orqali (kam hollarda)
- ona orqali bolaga

Tarqalish hududlari:

- tropik va subtropik davlatlar
- issiq iqlim mintaqalari

Patogenez (qisqa)

- parazit chivin orqali qonga tushadi
- jigar hujayralarida rivojlanadi
- keyin eritrotsitlarga kiradi
- eritrotsitlar parchalanadi

Natijada **bezgak xuruji** paydo bo‘ladi.

Asosiy klinik belgilari

Bezgakning klassik xuruji **3 bosqichdan iborat**:

1 Sovqotish bosqichi

- kuchli titroq
- sovqotish

2 Isitma bosqichi

- tana harorati 39–41°C
- bosh og‘rig‘i
- holsizlik

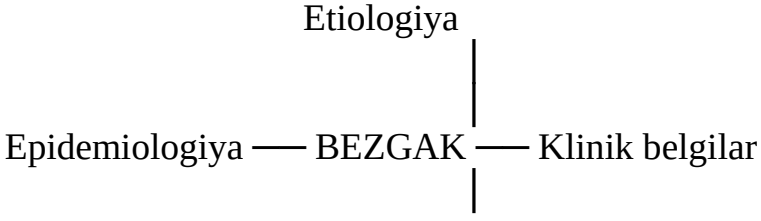
Terlash bosqichi

- kuchli terlash
- tana harorati pasayadi

Qo‘shimcha belgilar:

- jigar va taloq kattalashishi
- kamqonlik
- bosh aylanishi

Klaster ko‘rinishi (sxema)



Qo‘zg‘atuvchilar

2.4.O’quv moduliga ajratilgan 2 soat	**OIV va OITS haqida ma’lumot. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik bosqichlari**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1. OIV va OITS kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 2. Kasalliklarning klinik kurinishlari. 3.Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi. 4.Kasallarni davolash va parvarish kilish.
O’quv mashg’uloti maqsadi: **1.Ta’limiy:** • Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash • Amaliy ko‘nikmalarni egallash • Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash • Deontologik tarbiyaning shakllanishi • Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash **2.Tarbiyaviy maqsadi:** • Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish • Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish • O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash	

• Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.

tinglovchilar bilimini mustaxkamlash		
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O'quv faoliyatini natijalari**:
Parenteral yo'l orqali yuqadigan yuqumli kasalliklar haqida ma'lumot. Toshmali tif etiologiyasi, epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari,bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari. Bezgak etiologiyasi, qo'zg'atuvchi turlari, kasallik epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari Bezgak xuruji, hamshira yordami. Kasalliklarni zamonaviy tekshirish usullari.Bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari.	OIV va OITS haqida ma'lumot. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik bosqichlari, bemor parvarishi va kasallikni oldini olish choralari. Serologik va immunologik tekshiruvlar. OIV infeksiyaning davosi: antiretrovirus (ARV) preparatlari haqida yangi ma'lumotlar. O'zbekiston Respublikasi SSVning "O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasini oldini olish chora-tadbirlari va tibbiy yordamni tashkil etishni yanada takomillashtirish to'g'risida" gi № 111 sonli 19-may 2023 yil chiqarilgan buyrug'i mazmun mohiyati bilan tanishish. OITS markazlari, laboratoriyalari va

	ularning ish faoliyati haqida ma’lumot. Avariyali holatlar yuz berganda hamshira taktikasi. Qon infeksiyalari bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik ishi.
O’qitish metodlari	“Nilufar guli ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: OIV va OITS haqida ma’lumot. Etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik bosqichlari

Reja:

1. OIV va OITS kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
2. Kasalliklarning klinik kurinishlari.
3. Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi.
4. Kasallarni davolash va parvarish kilish.

OIV - antroponoz, retrovirus kasalligi bulib, immun sistemaning spetsifik zararlanishi natijasida superinfeksiyaning kushilishi, shu jumladan virus tabiatiga mansub yomon sifatli yangi xosilalarning paydo bo’lishi bilan xarakterlanadi.

KISKAChA MA’LUMOT

SPID (OITS) kanday boshlangan?

1980 yilning oktabr oyidan 1981 yilning mart oyigacha Amerikaning Los-Anjeles shaxridagi 3-ta shifoxonada pnevmotsist zotiljam tashxisi bilan beshta bemor kishilar davolangan. Ma’lumki, ushbu kasallik shartli patogen sodda jonivor «pnevmotsistli Karini» tomonidan chaqiriladi. Bu kasallik juda kam uchraydi, asosan chala tugilgan chaqaloqlarda, immunodepressantlar qabul qilgan yoki radionurlar ta’siriga uchragan odamlarda va rak bilan kasallangan shaxslarda aniqlanadi. Ya’ni,zotiljam kasalligi paydo bo’lishi immun sistemaning jiddiy shikastlanganligini ko’rsatadi.

Aniqlanishicha, ushbu bemorlarda immun sistemaning susayishiga olib keladigan sabab bo’lmagan. Ular yosh besokolbozlar (gomoseksualistlar) bulgan. Bemorlarning immun sistemasi tekshirilib kurilganda T-limfotsitlar(xelperlar)ning soni keskin kamayib ketganligi aniklangan. Kasallikning patogenezi va belgilari

asosida bu xastalik «Orttirilgan immunitet tankisligi sindromi» - OITS deb nomlangan, ruschasiga «Sindrom priobritennogo immunodefitsita» - SPID deb ataladi.

1981 yilning may oyida Nyu-York shaxrida 26-ta gomoseksualistlarda (besokolbozlar) immunitet tankisligiga moyil kasalliklardan «pnevmotsistli zotiljam» va «Kaposhi sarkomasi» aniklangan.

ETIOLOGIYa

OITS - retroviruslar oilasiga taalukli virus bulib, tuzilishi va kimyoviy tarkibi buyicha, murakkab viruslar katoriga kiradi. U kupayish jarayonida 9-ta asosiy antigenlar strukturasini xosil kiladi. Ushbu antigenlarning xosil bo'lishida 3-ta gen ishtirok etadi.

Virus tashki va urta kismdan iborat.

Urta kismining molekulyar ogirligi 24 kD ga teng oksil bilan uralgan, eksentrik joylashgan. Uksimon uzagi bor. Uzagi molekulyar ogirligi 7 kD (9) ga teng oksil bilan koplangan, kaytalama transkriptaza fermentiga birlashgan (68 kD) - RNK joylashgan.

Tashqi va o'rta qismlari orasida, urta kismini kovuksimon urab turgan yana bir oksil joylashgan (18 kD). Tashki kismi xam murakkab tuzilgan, u lipidli, ikki katlamdan iborat. Tarkibida ikki xil glyukoproteid bor. Biri virus kurtaklarida joylashib (dr 120) kovuk ichida joylashgan ikkinchi glyukoproteid (dr41) bilan ulangan.

Dezinfeksiya xususiyatiga ega bulgan barcha dezinfeksiya (zararsizlantiruvchi moddalarning kupchiligi (1% xloramin, 0,5% dizol, 0,3% vodorod peroksidi, 0,25% natriy gipoxloridi eritmalari) OIVning faolligini yukotadi.

Virusning fermentlaridan xozircha fanga ma'lum bulgani - uchta. Biri, yukorida tilga olingan kaytalama transkriptaza, ikkinchisi esa - endonukleaza, uchinchisi - proteaza, oxirgi ikkita fermentlarning ish faoliyati xali yaxshi urganilgan emas.

Epidemiologiyasi

OIV kasalligi epidemiologik nuktai nazardan o'ta xavfli yuqumli kasalliklar toifasiga kiradi. Kasallikning man'bai bemor va odam, immunitet tankisligi virusini tashib yuruvchi shaxslar xisoblanadi. Shuning uchun xam kasallik antropoonoz kasallikdir.

Kasallikning yuqish yo'llari.

OITS virusning 3 xil yul bilan yuqishi aniqlangan.

1. Jinsiy aloka yuli orqali: bu yukish yuliga - geteroseksual, biseksual, gomoseksual yukish yullari kiradi.
2. Parenteral yul orkali, ya'ni virus bilan zararlangan qon va qon maxsulotlari kuyilganda, nosteril shpritslar va tibbiy asbob-uskunalardan foydalanilganda, teri butunligi buzilishi bilan kechadigan barcha muolajalarda yuqishi mumkin.
3. Vertikal yul orkali, ya'ni OITS virusini tashuvchi onadan xomilaga yoki chakalokka tugruk jarayonida va tugilgandan sung ona suti orkali yuqishi mumkin.

OITS kasalligini yuktirib olish xavfi buyicha axolining ayrim guruxi «xavfli gurux»ga kiritiladi. Ushbu «xavfli gurux»ga giyoxvandlar, notanish shaxslar bilan pala-partish jinsiy aloka kiluvchilar, ularni «engil oyok» shaxslar, «engil tabiat» shaxslar yoki oxirgi vaktda jinsiy aloka yuli bilan savdo kiluvchi shaxslar deb xam

ataladi (kommercheskie seks rabotniki), gomoseksualistlar (erkak erkak bilan jinsiy aloka kiluvchilar), jinsiy aloka yuli bilan yukadigan kasalliklarga chalingan shaxslar kiradi. Axolining bu guruxi jamiyatda uz xulk-atvorining buzukligi tufayli OIV kasalligiga kuprok duchor buladilar va kasallikni tarkatish xavfi xam juda yukori buladi. Shu sababli xar bir xududda utkaziladigan epidemiologik nazorat ushbu guruxlarga karatilishi zarur.

Patogenezi

Boshka viruslar katorida OIV tirik xujayralarning ichida kupayadigan parazit xisoblanadi. Virusning xujayra bilan munosabati bir necha pogonadan iborat:

1. Virusning xujayraga boglanishi.
2. Virusning yechinishi va xujayra ichiga kirishi.
3. Virusning kupayishi, virusning tarkibida moddalarning va antigenlarning xosil bo'lishi va ulardan virus parchalarini yigish.
4. Kisman virusning genomi xujayra genomining ichiga joylashishi.

Virus xujayra ichiga kirishdan oldin u xujayraning kobigi bilan boglanishi zarur. Bu birinchi kerakli shart xisoblanadi. Olimlarning aniklashicha, OIV fakat satxida maxsus SD-4 retseptori bor xujayralar ustiga joylashishi mumkin. Bu retseptorlar bilan virusning dr120 antigeni bir biriga kalit va kulfday mos keladi.

SD - 4 retseptorlar kup xujayralar satxida borligi aniklangan va shu xujayralar ichida virus kupayishi mumkin. Virus kaysi xujayralarda kupayadi?

Bu retikuloendotelial sistemaning xujayralari xisoblanadi. Ular organizmda juda keng tarkalgan: limfatik bezlar, katkorin, kora talok va x,.k.

Virus makrofaglar (qondagi monotsitlar), T-xelperlar, miya, teri, upka, jigar, ilik, ichaklar va jinsiy a'zolarnnng xujayralarida kupayadi.

Demak, virus organizmga tushgandan keyin u qon orkali butun organizmga tarkaladi va kup xujayralar jaroxatlanadi (Masalan, fakat limfatik bezlar soni organizmda 1,5 mingdan ziyod).

Virus xujayra satxiga joylashgandan sung uning «echinish» jarayoni boshlanadi. Maxsus fermentlar yordamida virusning kobigi parchalanadi va uning RNKsi xujayra ichiga kiradi. Teskari transkriptaza fermenti yordamida virusning RNK nusxasi asosida bir zanjirlik DNK xosil buladi, keyin unga uxshagan DNKning ikknnchi zanjiri xosil bulib ular bir biri bilan ulanadi. Natijada ikki zanjirli DNK paydo buladi. Bu DNK maxsus kod orkali xujayralarning ribosomasida yuz minglab yangi virus parchalarini xosil kiladi va virus kup mikdorda qonda paydo buladi.

Organizm kupaygan viruslarga karshi limfotsitlar va ishlab chikarilgan spetsifik antitelolar yordamida kurash olib boradi. Bu kurash samarali buladi, natijada virusning mikdori (10-15 kun) keskin kamayadi. Virusning qonda borligini fakat uta sezuvchan zanjirli polimeraza usuli bilan aniklash mumkin.

Virus qonda sezilarli darajada bulmagani uchun OIV bilan zararlangan odamda kiska vakt ichida virusning ta'siri sezilmaydi va unda kup yil davom etadigan yashirin davri ya'ni kasallikning xech kanday belgilari bo'lmaydigan davri buladi.

Infeksiya patogenezida ikkita omilni ajratish mumkin:

1. Virusning organizmga bevosita ta'siri;
2. Virusning zararlangan xujayralar faoliyatini ishdan chikarish okibati.

Virusning bevosita organizmga ta’siri kuyidagi belgilarning paydo bo’lishiga olib keladi: limfa bezlarining katta bo’lishi, odamning ozishi, tana xaroratining yukori bo’lishi, ich ketishi, nerv sistema faoliyatining buzilishi. Lekin virus bevosita odamni ulimga olib bormaydi.

SPID kasalligining rivojlanishiga olib keladigan omil - bu virusning zararlangan xujayralarga ta’siri xisoblanadi. Yukorida aytilganday virus organizmning kup tur xujayralarida kupayadi, lekin kup xujayralarda virus kupaysa xam ularni uldirmaydi yoki juda kam kismini uldiradi, ulgan xujayralar urniga yangilari xosil buladi. OIV - infeksiyasi OITS boskichiga utishida asosiy omil - bu limfotsitlarning T-xelper turining jaroxatlanishi va kamayib ketishidir.

Virus ushbu xujayralarda kup mikdorda xosil buladi va ularni ulimga olib keladi. T-xelperlar soni asta sekin kamayib boradi, chunki ulgan limfotsitlar urniga yangilari paydo buladi. Kup yillar muvozanat saklanadi. Lekin borib-borib ulgan limfotsitlarning soni kupayib boradi va bu jarayon tezlashadi. Limfotsitlar soni kamayishi ayrim darajaga utgandan sung OITS kasalligi boshlanadi.

Normada odamning 1 mm^3 qonida 500-1000 T-xelperlar aniklanadi. Ularning soni 200-gacha yoki undan kam mikdorigacha kamayib ketsa kasallik OITS boskichiga utadi.

Klassifikatsiyasi

Klinik kechishlarni yoritish, bemorlarga beriladigan yordamlarni rejalashtirishda V.I.Pokrovskiy tomonidan tavsiya etilgan, kasallikni tasniflash eng kulay xisoblanadi.

OIV kasalligining klinik tasnifi (V.I. Pokrovskiy, 1989 yil)

I. ***Inkubatsiya davri.***

II. Birlamchi belgilar davri:

A. Utkir isitmalash fazasi;

B. Kasallikning belgilarsiz fazasi;

V. Kdytalanuvchi tarkok limfoadenopatiya.

III. Ikkilamchi belgilar davri:

IV. Terminal davr.

I. Inkubatsiya davri

Bu davr - bir necha oydan 10 va ko’proq yilgacha davom etishi mumkin. Bu boskichda tashxis fakat taxminiy bo’lishi mumkin va fakat epidemiologik ma’lumotlarga asoslanadi, masalan: OIV infeksiyasiga chalingan shaxs bilan jinsiy alokada bulish; seropozitivli qon topshiruvchining qonini kuyish; bir gurux giyoxvandlarga zararsizlantirilmagan shpritsni ishlatish va shunga uxshashlar.

Bu boskichda klinik belgilar bo’lmaydi va OIVga karshi antitelalar ishlab chikarilmaydi. Lekin bu boskichda organizmdan virus tashki muxitga chikishi va virus antigenini immunoflyuressensiya usulida aniklash mumkin. Xastalikka chalingan odam soppa-sog, ish faoliyati buzilmagan, uzini bemor deb xisoblamaydi (lekin kasallik manbai bo’lishi mumkin).

II. Birlamchi belgilar davri

Ikkinchi davrning «A» - utkir isitmalash fazasida - 30-50% zararlanganlarda kasallik utkir boshlanib, tana xarorati kutariladi, angina yoki faringit belgilari kurinadi. Bosh bugimlar, mushaklar ogrishi mumkin. Jigar, talok va limfa

tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Qonda OIVga karshi antitelolar aniklanadi. Lekin limfotsitlar, shular katorida - T-limfotsitlar soni uzgarmaydi.
Ikkinchi davrning «B» - kasallikning klinik belgilarsiz fazasida klinik belgilar kuzatilmaydi. Bemorga bu davrda fakat serologik tekshirishlar natijasiga (musbat) asoslanib tashxis kuyiladi. Bu davrda bemor davolanishga muxtoj emas.
Ikkinchi davrning «V» - kaytalanuvchi tarkok, limfoadenopatiya fazasida - bemorda fakat vaqti-vaqti bilan bir necha gurux limfa tugunlarning kattalashuvi aniklanadi. Bemorning umumiy xolati qonikarli, kattalashgan limfa tugunlar soxasidagi ogrikka shikoyat kilishi mumkin. Jinsiy kobiliyati va ish faoliyati saklangan, qonda limfotsitlar soni normadan 50% kuprok buladi. Zarur bulganda, bemor ambulator davolanishi bilan chegaralanadi. Davrning kechishi xar xil bulib, bir necha yilgacha chuzilishi mumkin.

///. Ikkilamchi belgilar davri

Uchinchi davr - immunitet buzilishi tufayli bakterial, virusli va protozoyli kasalliklar yoki usma jarayoni rivojlanishi bilan kechadi (limfoma, Sarkoma Kaposhi va boshkalar).
Ikkilamchi kasalliklarning chakiruvchisi xar xil bulib, bemorning turar joyi moyil mikroblardan iboratdir. Ko'pincha, bizning sharoitimizda, bular katoriga kokklar, salmonellalar, gelmentlar, shigellalar, Kox tayokchasi, viruslar kirishi mumkin.
Kushilgan kasalliklarning belgilari kuzatilishi bilan bir katorida, kasallikning kaytarilishi va kasalliklar bir-birini almashtirishi bilan kechishi kuzatiladi.
Boskichning kechishi kushilgan kasallikni davolash natijasiga, OIV kasalligini spetsifik davolash va immunologik dorilar ta'siriga boglikdir. Bemorning axvoli ogir buladi. Davolash, asosan, maxsus shifoxonalarda olib boriladi.

IV. Terminal davr

Terminal davrda oddiy suz bilan aytganda, bemor ulim tushagida yotadi. Axvoli uta ogir, uta ozib ketgan, vakti-vakti bilan tana xarorati kutarilib turadi. Qonda gemoglobin mikdori normadan 50 % kam. OIVga karshi antitelolar kamaygan, aksincha, viruslar soni oshgan, limfotsitlar soni uta past, kullanilayotgan davo natija bermaydi. Bemor axvoli kun sayin ogirlashib, ulim bilan tugaydi.
OIV infeksiyasi klinik kechishining yoritilishini yakunlab, kuyidagilarni eslatib utish kerak: xastalikning birinchi boskichida uziga xos, anik ishonarli belgilari yuk. Shuning uchun kasallikni uz vaktida (erta) tashxislash uchun xar bir xakim, mutaxassisligidan kat'iy nazar, shu xastalikka nisbatan xushyor bo'lishi zarur.
Chunonchi, xastalik besokolbozlar, foxishalar, giyoxvandlardan tashkari, axolining boshka guruxlarida xam uchrashi mumkin. Klinik belgilarining uta xilma-xil bo'lishini inobatga olib gumon tugilishi bilan darxol taxliliy tekshirish utkazish kerak.

OIV kasalligining bolalarda uziga xos klinik kechishi.

OITSga chalingan bolalarning xammasida kuyidagi belgilar uchraydi:

- Tarkalgan limfoadenopatiya
- Gepatosplenomegaliya;
- Ogiz bushligida turgun kandidoz;
- Surunkali diareya.

Klinikasi

Infeksion jarayon quydagicha rivojlanadi:

1. Kasallikning yuqishi;
2. Infeksiyaning yashirin (inkubatsion) davri;
3. OIV infeksiyasining birlamchi utkir klinik kurinish davri;
4. OITSga mujassamlashgan belgilar (SPID assotsirlangan simtomokompleks - SAS yoki OITSga karindosh simtomokopleks - OKS).
5. OITS - orttirilgan immunitet tankisligi sindromi davri.

Kasallikning xar xil klinik belgilarini sistemaga solish maksadida OITS kasalligining kechishini shartli ravishda bir necha variantlarga (turlarga) ajratilgan:

1. Upka turi - ko'pincha bemorlarda infiltratli zotiljam (pnevmoniya) rivojlanishi bilan xarakterlanadi, keltirib chiqaruvchisi asosan pnevmotsista karimi, sitomegaloviruslar yoki legionella pnevmofiluslardir. Shular katorida zotiljamni mikobakterium avium xam chakirishi mumkin. Mikobakterium avium yer sharining barcha kitasida tarkalgan bulib, odam organizmiga yoshligidan tushadi. Immun sistema faoliyati me'yorida bulganda xech kanday patologik uzgarishlar chakirmaydi, lekin immun sistema shikastlangan bulsa xaddan tashkari rivojlanib, faollashib xar xil kasalliklar paydo bo'lishiga olib keladi. OIV kasalligiga chalinganlarning 85% ida bu mikrob ulimga olib keluvchi zotiljamni keltirib chikaradi.

Bu davrda kuyidagi klinik belgilar namoyon buladi:

• ogrik bilan kuzatiladigan kuruk yutal;
• tana xaroratining kutarilishi;
• nafas olish yuzaki, tez-tez buladi;
• umumiy xavo yetishmovchilik alomatlari.

Rentgenogrammada interstitsial infiltratlar, tugunchalar, kaverna va pnevmotorakslarni kurish mumkin. Tashxis kuyishda sitomegaloviruslar, kandida albikans, xerpes simpleks virusi va boshka mikroblar keltirib chikaruvchi upka patologiyasidan differensiatsiya utkazish zarur.

2. Oshkozon-ichak turi - ogir, chuzilgan diareya bilan kechadi, enterit alomatlari yuzaga chikadi. Shu tufayli tana vazni kamayadi va davolash kutilgan natija bermaydi. Ko'pincha OITSnnng bunday klinik kechishiga kuyidagi chakiruvchilar sababchi bo'lishi mumkin: kampilobakteriyalar, shigella, salmonella, entamyoba xistolitika va boshkalar. Kiyosiy tashxislash mikrobiologik tekshiruv utkazish bilan kuyiladi.

3. Serebral turi - markaziy nerv sistemasining jaroxatlanishi bilan kechadi va utkir ensefalitdan tortib surunkali jarayongacha borishi mumkin, 30-90% ida demensiya kuzatiladi.

Ushbu variant bir necha shaklda utishi mumkin;

- Abssesslar, meningoensefalitlar, leykoensefalopatiyalar;
- Miyaning birlamchi va ikkilamchi limfomalari (miya usmasi);
- Qon tomirlarning jaroxatlanishi tufayli yuzaga chikkan asoratlar (trombotsitopenik serebral gemorragiyalar yoki bakteriyaga boglik bulmagan trombotik endokardit),

- Tashxis kuyilmagan markaziy nerv sistemasining jaroxatlanishi (toksoplazma tufayli rivojlangan abssesslar, kriptokokkli meningit, kup uchokli leykoensefalopatiya, sitomegalovirusli ensefalit).

4. OITSda periferik asab tizimi xam kasallanadi. Kasallanish periferik nevrit, bosh miya nervlarining zararlanishi, radikulit, polimiozit kurinishlarida bulib ularning etiologiyasi xozircha aniklanmagan.

5. OITSdagi dermatologik kurinishlar. Ushbu kurinishlar yukorida keltirilgan barcha shakllarda uchrashi mumkin va kuyidagi belgilar aniklanadi:

- Teri usmalari (Sarkoma Kaposhi, teri raki, limfomalar);
- Infeksion jarayon - oddiy gerpes, urab oluvchi temiratki (lishay), kandidoz, «tukli» leykoplakiya, kandidomalar va boshkalar;
- Allergik reaksiyalar;
- Sababi noanik patologik jarayonlar (toksikodermiya, vaskulitlar va boshkalar);
- Xar-xil follikulitlar tez-tez uchrab turadi. Bunda teridagi uzgarishlar joylashishi (lokalizatsiyasi) va kupligi bilan farklanadi (yuzda, boshning sochli kismida, buyinning ikki yon tomonida, kultik, osti chukurchasida, yelkada, sonda).

Terining jaroxatlangan kismi katta emas, atrofida eritema zonasi bo'lmaydi.

OIV kasalligida qon xosil kiluvchi organlar faoliyati xam buziladi. Kuzatishlar shuni kursatadiki, bemorlarda latent davridan boshlab granulotsitlar, limfotsitlar, eritrotsitlar va trombotsitlar soni qon tarkibida kun sayin kamayishi kuzatiladi.

Usmali (shishli) jaroxatlar kup uchraydigan onkologik belgilar x,isoblanadi. Ulardan sarkoma Kaposhi limfatik tomirlarning usmasi bulib xavfli xisoblanadi. Sarkoma Kaposhi kuprok katta yoshdagi usmirlarda (60 yoshdan yukori) tarakkiy etadi, kup uchokliligi, tez tarkalish xususiyatiga egaligi bilan xarakterlanadi. Ichki a'zolarning va limfatik tugunchalarning shillik kavatini kuprok jaroxatlaydi. Bemorlarda eng erta belgilaridan biri och pushti rangli dog va tugunchalar xosil bo'lishi va uning asta-sekin tuk binafsha yoki kungir tusga kirib kattalashishi xisoblanadi. Jaroxat bemor tanasining barcha kismida, ayniqsa yuz, buyin, ko'krak va oyok yuzasining terisida joylashgan bo'lishi mumkin. Sarkoma Kaposhi xamma vakt ichki a'zolarning zararlanishi bilan birga kechadi. Kamrok miya limfomasi, til va tugri ichak raki uchraydi.

Shunday qilib odam immunitet tanqisliga virus chaqirgan klinik belgilari xar xil bulgan klassik OITS davri kasallikning oxirgi boskichi xisoblanadi va ulim bilan tugaydi.

OIV kasalligining laboratoriya diagnostikasi

OIV kasalligining laboratoriya diagnostikasi uch yunalishda olib boriladi. Birinchisi - virusning uzini yoki bulakchalarini topish. Ikkinchisi -virusga karshi organizmda xosil bulgan antitelolarni (antijismlarni) anikgash. Uchinchisi - organizmdagi immunologik uzgarishlarni tekshirish.

SPIDning serologik diagnostikasi ikki boskichda utkaziladi. Birinchi boskichda IFA usuli yordamida virusning barcha antigenlariga xosil bulgan antitelalar aniklanadi. IFA-musbat olingan natijalar buyicha OIV-infeksiya tashxisi kuyishga

asos yetarli emas, chunki OIV tarkibida spetsifik antigenlardan tashkari boshka infeksiyalarda xam aniklanadigan nospetsifik antigenlar xam bor. Lekin IFA usulida antitelalarning kaysi antigenlarga karshi ishlab chikarilganligini aniklab bo'lmaydi. Shuning uchun IFA usuli dastlabki taxminiy usul xisoblanadi.
Ikkinchi boskichda IFA-musbat bulgan zardoblar immunoblot usulida tekshiriladi. Bu tasdiklovchi usul xisoblanadi. Immunoblot usulida virus oksillarini xar biriga xosil bulgan antitelalarni aloxida aniklasa buladi va olingan natijalar buyicha tekshirilgan shaxslarda OIV kasalligi borligi yoki yukligi tugrisida xulosa chikarish mumkin.
OIV-kasalligining laboratoriya diagnostikasida immunologik va mikrobiologik tekshiruvlar xam olib boriladi. Immunologik tekshiruvda T-xelperlar soning T-supressorlar soniga nisbati va boshkalar aniklanadi. OIV-kasalligida kuyidagi immunologik uzgarishlar kuzatiladi:
1. Limfotsitlar sonining kamayishi (me'yorda 2500 ta bulsa bemor bulgan shaxsda - 1500 ta).
2. T-xujayralar sonining kamayishi (me'yorda 70 foiz bulsa, bemor bulgan shaxsda esa 50 foiz).
3. Xelperlar sonining supressorlar soniga nisbatan kamayishi (me'yorda T-xelperlar soni 2, bemor bulgan shaxsda 0,5 dan oz).
4. Immunoglobulinlar soni oshadi (me'yorda - 1000 mg%, bemor bulgan shaxsda - 2000 mg%).
OIV-kasalligi bilan kasallangan shaxslarning qonini umumiy analiz kilib tekshirilganda kuyidagi uzgarishlar aniklanadi: leykopeniya, eritropeniya, trombotsitopeniya, eozinopeniya.
OIV-kasalligida mikrobiologik tekshiruvlar xam muxim urinni egallaydi. Bu tekshiruvlar kasallik tufayli kelib chikadigan ikkilamchi kasalliklarni diagnostika kilish va ularni davolashni optimal ravishda olib borishga yordam beradi.

OIV kasalligining davosi

Xozirgi davrda OIV kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolab yuborish imqoniyati bulmaganligi sababli davolashning maksadi bemorlarning umrini uzaytirishga va uni xaet kechirishini yaxshilashga karatilgan bo'lishi lozim.
Ikkilamchi belgilar davrida (III A, III B, III V) klinik belgilari namoyon bulgan (manifestatsiya) fazasida - tugri (maksadli) davolash va ikkilamchi kasalliklarning oldini olish bilan birga antiretrovirus terapiyasini olib borib, klinik belgilarining avj olishini kamaytirish (remissiya) va xayotini yaxshilashga erishish.
OIV kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolashda kuyidagi asosiy prinsiplarga (koidalariga) rioya kilish taklif kilinadi:

- Bemorning ruxiy rejimini ximoyalash;
- Retroviruslarga karshi etiotrop davo choralarini uz vaktida boshlash va ikkilamchi kasalliklarning oldini olish;
- Bemorlarga dori-darmonlarni lozim bulgan eng kamini puxtalik (sinchkovlik) bilan tanlash;
- Ikkilamchi kasalliklarni erta aniklash va ularni vaktida davolash.

Antiretrovirus preparatlarining guruxlari

1. Nukleozid tabiatga ega bo'lgan qayta transkriptaza ingibitorlari.

Nukleozid tabiatiga ega bulgan kayta transkriptaza ingibitorlar modifitsirlangan anomaliyali nukleozidlar bulib, ular VICh virusi RNKsining DNKga utish sintezida katnashadigan kayta transkriptazadan keyin buladigan DNK provirusi sintezini kamaytiradi.

Asosiy preparatlari: Zidovudin, Didanozin, Zalksitabin, Stavudin, Lamivudin.

2. Nukleozidli tabiatga ega bulgan kayta transkriptaza ingibitorlari.

Bu ingibitorlar VICh virusi bilan zararlangan xujayralar metobolizmi bilan aralashib, ularning faoliyatiga ta'sir kilmay, kayta transkriptaza faoliyatini uzgartirib, noaktiv bulgan chidamli ferment-substrat kompleksini xosil kiladi.

Bularning asosiy preparatlari: Nevirapin (viramun), Delaverdin (reskriptor, DLV), Lovirid, Ifaviren (sustiva, DMP-266)

3. Proteaza ingibitorlari.

Proteaza ingibitorlarining anti - VICh Effekti selektiv xarakterga ega bulib, ular VIChning proteazasi bilan spetsifik ta'sir kiladi.

Asosiy preparatlari: Indinavir, Sakvinavir (fortovaze), Nelfinavir (virasept), Ritonavir (norvir).

Mavzu buyicha masala va test savollari.

MASALA №1.

22 yoshli bemor shifoxonaga kuyidagi shikoyatlar bilan kelgan:

Bir necha xafta mobaynida sababsiz tana xaroratining kutarilishi, umumiy xolsizlik, bugimlarda ogrik, bo'lishi.

Anamnezidan: bir oy oldin qon kuyilgan.

Bemorni ob'ektiv kurganda: teri koplamlari okargan, ushlaganda issik, bir necha gurux limfa bezlari katalashgan, jigar kovurga yoyidan 3,0 sm, talok 2,0 sm. kattalashgan. 2 xaftadan beri axlati suyuk, siyishi regulyar, odatdagi rangda

Umumiy qon taxlili: leykopeniya, eritropeniya, trombotsitopeniya, eozinopeniya.

Qon biokimyoviy taxlili: umumiy bilirubin 17,5 mkmol/l, ACT - 0,6; ALT - 0,8 mkmol/l. HbsAg (-) manfiy.

1. Qanday kasallik xaqida o'ylash mumkin ?

2. Qo'shimcha tekshirish rejasi.

Masala № 2.

30 yoshli bemor «Virusli gepatit «V» tashxisi bilan 14 kundan beri davolanayapti.

Anamnezi: bemor 1 yildan beri narkotik vositalarni iste'mol kiladi (parenteral).

Ob'ektiv: Umumiy axvoli urtacha ogirlikda. Terisi va kuzga kurinadigan shillik kavatlari toza, sarikligi (+). Bemorda 9 oydan beri ensa, umrov osti, kultik osti, tirsak va jag osti limfa tugunlari kattalashgan, palpatsiyada ogrikli, elastik, xarakatchan, atrofdagi tukima va teri bilan kushilmagan. Ogiz bushligida, bodomcha bezlarida mayda, eroziv yarachalar bor, ishtaxasi pasaygan.

Korni yumshok, ogriksiz. Jigar + 2,0 sm, talok - 1,0 sm. kattalashgan.

Axlati - axolik, suyukrok. Siyishi - erkin, tuk kizil rangda.

Umum qon taxlili: - Limfotsitoz, leykopeniya, eritropeniya, anemiya, SOE oshgan

OITSning serologik diagnostikasida IFA (+) musbat.

1. Sizning dastlabki tashxisingiz ?

2. Bemorni qaerda qayta tekshirish va davolash maqsadga muvofiq ?

Masala № 3.

24 yoshli Otabek umumiy xolsizlikka, darmonsizlikka, 6 oydan beri kuzatiladigan kuruk yutalga, tana xaroratining kutarilishiga, tez-tez nafas olishiga, xavo yetishmovchiligiga shikoyat kiladi.

Anamnezi: Bemor 3 oy oldin pnevmoniya tashxisi bilan davolangan, lekin davo xech kanday samara bermagan.

Ob'ektiv: Terisi - toza, okimtir rangda bir necha gurux limfa tugunlari kattalashgan. Aus-da upkada sustlashgan nafas eshitiladi. Bemorni - tuxtovsiz, quruq yutal va ko'krak soxasidagi ogrik, bezovta qiladi. Qorni yumshok, og'riqsiz. Gepatosplenomegaliya kuzatiladi. Siyishi - erkin, muntazam.

Gemogramma: leykopeniya, eritropeniya, SOE oshgan, eozinopeniya.

Balgamni mikr.tek: - P. corinii kuzgatuvchisi topilgan.

Rentgenogramma: interstitsial infiltratli pnevnoniya, ung upkada kaverna aniklanadi. OITSning serologik diag. *IFA* (+) musbat.

1. OITSning tasnifi asosida tugri tashxis kuying ?

2. Davolash rejasini tuzing ?

Masala № 4.

Ichki ishlar tomonidan kulga olingan bir gurux giyoxvandlar OITS kasalligiga tekshirish uchun tibbiyot kurigidan utkazildi. Birlamchi tekshiruvga kura, OITS kasalligiga xos bulgan klinik belgilar namoyon bulmadi, lekin laborator taxlillar tekshiruviga kura kuyidagi natijalar olindi.

Umumiy qon taxlilida: leykopeniya, eritropeniya, trombotsitopeniya, SOE oshgan.

OITS ning serologik diagnostikasida IFA (+) musbat natija berdi.

1. Sizning dastlabki xulosangiz ?

2. Qushimcha tekshirish rejasi ?

Masala № 5.

65 yoshli Ergash akada kuyidagi shikoyatlar kuzatiladi:

umumiy xolsizlik, darmonsizlik, tez charchash, tana xaroratining kutarilishi, terisida dog va tugunchalarning paydo bo'lishi, kungil aytishi, kayt kilish, ishtaxasizlik, axlatning suyuk utishi.

Ob'ektiv: Umumiy axvoli nisbatan ogir. Es - xushi uzida, bexol, darmonsiz. Tevarak atrofiga reaksiyasi saklangan. Bemorning yuzida, buynida, ko'krak kafasining terisi ostida ogriksiz usmasimon xosilalar paypaslanadi. Xosila bor joydagi teri - tuk binafsha rangda. Bir necha gurux limfa tugunlari xam kattalashgan. Qorni yumshoq, ogriqsiz. Gepatosplenomegaliya kuzatiladi. Axlati - 2 xaftadan beri suyuq.

Umumiy qon taxlili: leykopeniya, eritropeniya, trombotsitopeniya, eozinopeniya.

Oshkozon-ichak trak endoskopiyasi: Oshkozonning shillik kavatida usmasimon mayda xosilacha aniklangan. OITSning serologik diagnostikasida IFA (+).

1. Tashxis kuying va asoslang ?

2. Qaysi kasalliklardan differensiatsiya qilish kerak ?

Test.

1.OITS qo'zgatuvchisi qaysi viruslar oilasiga taalluqli?

A. Retrovirus

V. Papillomavirus

S. Morbilivirus
D. Rubivirus
Ye. Paramiksovirus
2. OIV - nimani bildiradi?
A. OIV - inson organizmida virus bor - u, kasallik alomatlari xali yuk,
V. OIV - kasallikning sunggi boskichi bulib, inson organizmi xech kaysi mikrobga bardosh berish xususiyati yuk,.
S. OIV - virusi odam organizmiga kirishi bilanok, klinik belgilarning namoyon bo'lishi
D. Tugri javob yuk.
3. Kasallik virusi kaysi yullar bilan yukadi?
A. Alimentar, jinsiy aloka
V. Jinsiy aloka, parenteral, vertikal
S. Maishiy qontakt, alimentar
D. Jinsiy aloka, xavo tomchi
Ye. Xammasi tugri
4. Kaysi xollarda OIV yukmaydi?
A. Upishganda, yutalganda, aksirganda, ichki va sirtki kiyimlar orkali;
V. umumiy shprits va igna ishlatilganda;
S. teri koplami butunligini buzib bajariladigan muolajalar;
D. Virus bilan zararlangan qon kuyilganda, sterillanmagan tibbiyot anjomlari ishlatilganda
Ye. Tugri javob yuk.
5. OIV - kasalligining virusi qonda kasallikning kaysi davrida aniklanadi?
A. Kiska boshlangich davrida
V. Inkubatsion davrining boshida
S. Kasallikdan sogaygach
D. OITS - davrida
Ye. Xammasi tugri
6. Infeksiyaning yashirin davri kancha?
A. 1 oydan - 5-10 yilgacha va kuprok
V. 7-10 kun
S. 1 - 3 kun
D. 14 kun
Ye. Xammasi tugri.
8. OIV - kasalligining tasnifi kanday davrlarni uz ichiga oladi:
A. Inkubatsion davri, birlamchi belgilar davri, ikkilamchi belgilar davri, terminal davri
V. Inkubatsion davri, boshlangich davri, avj olgan davri, tuzalish davri;
S. Inkubatsion davri, sariklik davri, tuzalish davri
D. Birlamchi belgilar davri, tuzalish davri
Ye. Xammasi tugri.
9. OIVning faolligini kiska muddatga yukotadigan dezinfiksion moddani kursating?
A. 1% - xloramin

V. 0,5% - lizol
S. 0,3% - vodorod perekisi
D. 0,2% - natriy gipoxlorid
Ye. Xammasi tugri
10. OITS - kasalligining upka turida kanday klinik belgilar namoyon buladi?
A. Ogrik, bilan kuzatiladigan kuruk, yutal
V. Tana xaroratining kutarilishi
S. Nafas olish yuzaki, tez - tez buladi
D. Umumiy xavo yetishmovchilik alomatlari
Ye. Xammasi tugri
11. Sarkoma Kaposhi kuprok kaysi yoshda uchraydi?
A. 4-5 yosh.
V. 20-30 yosh.
S. 60 yoshdan yukori
D. 16-18 yosh.
Ye. Tugri javob yuk.
12. OIV - kasalligining «xavfli guruxiga» kimlar kiradi?
A. Giyoxvandlar
V. Yengil tabiatli shaxslar
S. Gomoseksualistlar
D. Xammasi tugri.
13. OITS-kasalligi kaerda va kachon topilgan?
A. 1980-1981, Los-Anjeles, Nyu-York
V. 1976-1978, Fransiya, Italiya
S. 1918-1920, Tursiya, Ispaniya
D. Tugri javob yuk.

Nilufar barglari mazmuni

Markaz:

OIV / OITS

Qo‘zg‘atuvchi:
Human immunodeficiency virus

Kasallik:
HIV/AIDS

etiologiya

- Retrovirus
- CD4 limfotsitlarni zararlaydi
- Immunitetni pasaytiradi

Infeksiya manbai

- OIV bilan kasallangan odam
- Virus tashuvchi shaxs

Yuqish yo‘llari

- Qon orqali
- Jinsiy aloqa orqali
- Ona orqali bolaga
- Steril bo‘lmagan shprits

Epidemiologiya

- Butun dunyoda tarqalgan
- Xavf guruhlari mavjud

Klinik bosqichlari

1. Inkubatsion davr
2. O‘tkir infeksiya
3. Latent bosqich
4. OITS bosqichi

Klinik belgilari

- Uzoq isitma
- Ozib ketish
- Limfa tugunlari kattalashishi
- Opportunistik infeksiyalar

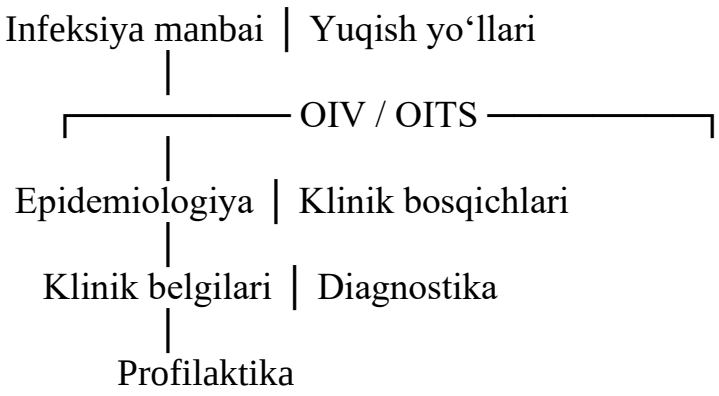
Diagnostika

- ELISA
- PCR
- Immunologik tekshiruv

Profilaktika

- Steril shprits
- Himoyalangan jinsiy aloqa
- Donor qonini tekshirish

Etiologiya



2.5.O’quv moduliga ajratilgan 2 soat	**Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari. Gripp va boshqa o‘tkir respirator virusli infeksiyalar**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari 2.Gripp etiologiyasi,klinikasi,davolash,profilaktikasi. 3.Paragripp etiologiyasi,klinikasi,davolash,profilaktikasi. 4.Parranda grippi virusining o‘ziga xos xususiyatlari

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan

30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash		joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	O’quv faoliyatini natijalari:
Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari. Meningokokkli infeksiya. Asosiy klinik belgilari, tashhisoti, bemor parvarishi. Gripp va boshqa o‘tkir respirator virusli infeksiyalar etiologiyasi, epidemiologiyasi, asjsiy klinik belgilari. Bemorlarni ko‘zdan kechirish,bemor muammolarini aniqlash, ma’lumot to‘plash va tahlil qilish, parvarish rejasini tuzish va amalga oshirish. Laboratoriya tashhisoti uchun material yig‘ish. Zamonaviy virusologik va serologik tekshirish usullari. Bemorlarni davolash va parvarishlash. Nafas yetishmovchiligida yordam ko‘rsatish. Gipertermiyada shoshilinch yordam ko‘rsatish. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar rejasini tuzish. Grippga qarshi emlash o‘tkazish. Koronovirusli va meningokokkli infeksiya etiologiyasi va epidemiologiyasi, klinik belgilari, laborator tashxisot usullari, bemorlar parvarishi, kasallikning oldini olish.	Nafas yetishmovchiligida yordam ko‘rsatish. Gipertermiyada shoshilinch yordam ko‘rsatish. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar rejasini tuzish. Grippga qarshi emlash o‘tkazish. Koronovirusli va meningokokkli infeksiya etiologiyasi va epidemiologiyasi, klinik belgilari, laborator tashxisot usullari, bemorlar parvarishi, kasallikning oldini olish.
O’qitish metodlari	“Krossvord ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari. Gripp va boshqa o‘tkir respirator virusli infeksiyalar

Reja:

1.Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari

2.Gripp etiologiyasi,klinikasi,davolash,profilaktikasi.

3.Paragripp etiologiyasi,klinikasi,davolash,profilaktikasi.

4. Parranda grippi virusining o‘ziga xos xususiyatlari

NAFAS YO‘LLARI YuQUMLI KASALLIKLARI

Bu kasallikning qo’zg’atuvch mikroblari va viruslari bemorning nafas yo‘llari shilliq pardalarida joylashgan bo‘lib, yo‘talgandan keyin, aksirganda, gapirganda tupuk zarrachalari bilan tashqariga chiqariladi va xavo orqali sog‘lom odamlarga yuqadi. Bu kasallar o‘z navbatida 4 guruxchaga bo‘linadi:

a)Bu guruxchaga kiradigan kasalliklarning qo‘zg‘atuvchilari kirgan va o‘rnashgan joyda ko‘payadi (qizamiq, ko‘kyo‘tal)

b)Bu kasalliklarning qo‘zg‘atuvchilari birinchi kirgan va o‘rnashgan joyidan qonga tushishi va boshqa organlarni zararlashi mumkin (epidemik meningit, epidemik ensefalit, pnevmoniya, epidemik parotit).

v)Nafas yo‘llari orqali kirgan patogen mikroorganizmlar qonga tushib, keyin teri va shilliq pardalarda turli spetsifik patologik o‘zgarishlarga (papula, pustula, granulyoma) sabab bo‘ladi (chinchechak, suvchechak, moxov).

g)Bu kasalliklar havo-tomchi yo‘lidan tashqari vositali qontakt yuli bilan ham (idish-tovoq, o‘yinchoqlar, ro‘molcha va boshqa buyumlar orqali) yuqishi mumkin (difteriya, skarlatina, angina, qisman parotit-tepki).

O‘TKIR RESPIRATOR INFEKSIYaLAR (O‘RK)–etiologiyasi jihatidan turli, klinik belgilari jihatidan umumiyligi ko‘p bo‘lgan kasalliklar guruhidir. Bu kasalliklarning ko‘pchiligini viruslar qo‘zg‘atadi. Gripp, paragripp, adenovirus kasalligi, rinovirus kasalligi, respirator-sinsitial infeksiya, mikoplazma infeksiyalari va boshqalar O‘RK guruhiga kiradi.

Statistik ma’lumotlarga qaraganda yer yuzida har yili 40 mln. ga yaqin odam O‘RK bilan kasallanadi. Har yili kasallik tufayli yo‘qotiladigan ish kunining 15-20% i shu kasalliklarga to‘g‘ri keladi.

Epidemiya vaqtlarida korxona xizmatchilarning 30-80%i ishdan qoladi. Buni iqtisodiy jihatdan qaralganda bitta epidemiyaning o‘zi bizning davlatimizni o‘zida 2-3 mlrd. so‘mga teng bo‘ladi. AQShda esa 2-5 mlrd. dollar zarar keltiradi. O‘RK da epidemiologik hamda klinik o‘xshashliklar bo‘lishi bilan birga har bir kasallikda o‘ziga xoslik bor.

GRIPP–o‘tkir virusli kasallik bo‘lib, u umumiy zaharlanish belgilari, tana haroratining ko‘tarilishi, yuqori nafas yo‘li, yurak qon-tomir va asab sistemasining zararlanishi kabi alomatlar bilan tavsiflanadi.

Tarixiy ma’lumotlar: “Gripp” fransuz so‘zi bo‘lib–“changallash” yoki “egallash” degan ma’noni bildiradi. Gripp haqida birinchi asoslangan ma’lumotni 1403 yili Yevropadagi epidemiya vaqtida fransuz olimi Eten Paske keltirgan. 1580 yilda birinchi pandemiya kuzatilgan. Bunda kasallik juda keng tarqalib, ayniqsa Parij, Rim, Madridda juda ko‘p odam halok bo‘lgan. XIX asr oxiridan boshlab insoniyat o‘z boshidan 4 ta gripp pandemiyasini o‘tkazadi: 1918-1920 yillaridagi pandemiya (ispanka) da 20-50 mln. ortiq 1957-59 yillardagi pandemiya («Osiyo grippi») da 1 mln.dan ko‘p odam halok bo‘lgan. AQShning o‘zida bu raqam 70000ni tashkil qiladi. 1968-1969 Gonqong grippi pandemiyasida AQShda 34000dan ortiq bemorlar hayotdan ko‘z yumishadi.Pandemiya oralig‘ida, har 2-3 yilda gripp epidemiyasi kuzatilib turadi. Grippni chaqiruvchi viruslar-«A» virusi

1933 yilda (U. Smit, K.Endryus va P.Leydlou) «V» virusi 1940 yilda (T.Frenis va T.Medjill) «S» virusi 1947 yilda (Teylor) aniqlagan.

Etiologiyasi. Grippni chaqiruvchi viruslar miksoviruslar oilasiga mansub bo‘lib, o‘zida RNK tutadi. Virionlar dumaloq yoki oval shaklida bo‘lib, diametri 80-100 *mm* ni tashkil etadi.

GRIPP VIRUSINING ELEKTRON KO‘RINIShI

Kasallik qo‘zg‘atuvchisi A, V, S tipli viruslar morfologik jihatdan o‘xshash bo‘lsalarda, o‘zida turgan antigenlari bilan bir-birlaridan farq qiladilar.

A tipi juda o‘zgaruvchan, u antigenlarini tez-tez, ba’zan juda keskin o‘zgartirib turadi. O‘zgarish yuzaki antigen-gemagglyutinin va neyroaminidaza almashinuvi tufayli sodir bo‘ladi. Bu antigenlarning ikkalasi bir vaqtda almashingan taqdirda, virusning yangi podtipi hosil bo‘ladi.U pandemiyaga sabab bo‘ladi. Antigenlarni bunday o‘zgartirish V va S viruslarida bo‘lmaydi yoki bo‘lsa ham, kuchsiz namoyon bo‘ladi.

V va S viruslari faqat odamdan uchrasa, A virusi odamlardan tashqari ot, cho‘chqa va turli xil parrandalardan ham ajraladi. Gripp virusi tashqi muhitga chidamsiz, qizdirilgan va qaynatilganda tez nobud bo‘ladi. Sovuq muhitda ko‘proq saqlanadi. Ultrabinafsha nurlari ham turli xil dezinfeksiyalovchi moddalar ta’siri ham juda chidamsiz.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai kasal odam hisoblanadi. Ayniqsa, kasallikning yengil, noaniq va klinik belgilarisiz turlarini o‘tkazayotgan shaxslar xavfli hisoblanadilar. Bemorlar kasallik davrida 4-7 kungacha atrofdagilar uchun xavflidirlar.

Gripp virusi odamlar orasida doimiy aylanib yurib, xar 2-3 yilda epidemiya berib turadi. Bu epidemiyalar virusning turli xil serologik variantlari tomonidan chaqiriladi. A-virusining yangi serotiplari paydo bo‘lganda esa (xar 10-30 yilda) pandemiya sodir bo‘ladi. A virusini turli har xil uzoqqa uchuvchi qushlar va hayvonlarga o‘tishi va ulardan odamlarga o‘tishi kuzatilgan. Bu holat virusning yangi serotiplarini paydo bo‘lishida asosiy omil bo‘lsa, ajab emas.

Gripp bilan ogrigan bemor

Gripp epidemiyasi shimoliy yarimsharda joylashgan viloyatlarda ko‘proq noyabr, mart oylarida, janubiy yarimshar viloyatlarida esa aprel, oktabr oylarida tarqaladi.

A grippning epidemiyasi alangadek tez tarqaladi-bir oyning o‘zida aholining 20-50% igacha kasallanadi.

V virusining epidemiyasi esa 3-4 yilda bir takrorlanadi, sekin tarqaladi 2-3-5 oy davom etib, aholining 4 /1 qismini zararlaydi.

Biroq kasallik rivojlanishi uchun organizmda virusning o‘zi tushishi ham har doim yetarli bo‘lmaydi. Bunda shamollash omilining ham ahamiyati kattadir. Shamollash omili epiteliy hujayralarning tebranuvchi kiprikchalari harakatini keskin kamaytiradi va oqibatda nafas yo‘lidagi shilliq tezda quyuqlashib, ajralishi, binobarin, tozalanishi sekinlashadi, natijada virusning yuqorigacha siljishiga imqon yaratadi.

Klinika. Kasallikni yengil, o‘rta-og‘ir, gipertoksik turlarga ajratish maqsadga muvofiqdir. Tashxisni ifodalashda albatta, hamroh kasalliklarni ham ko‘rsatish zarur.

Kasallikning yashirin davr bir necha soatdan 1-2 kungacha, ba’zan 3 kungacha cho‘zilishi mumkin. Kasallik to‘satdan boshlanadi. Boshqa O‘RK lardan farqi.gripp tumov belgilari kam bo‘lgan holda zaharlanishning kuchliligi bilan ifodalanadi.

Odatda kasallik sovuq qotib, titrash, bosh og‘rig‘i bilan boshlanib, tana harorati tezda (bir necha soat davomida) 38-40 S gacha ko‘tariladi. Quvvatsizlik, et qaqshashi, mushaklarda, suyaklarda, yirik bo‘g‘imlarda og‘riq kuzatiladi. Bosh og‘rig‘i zo‘rayib boradi.

Ko‘proq peshona, chakka, qosh usti ravog‘i, ko‘z olmasi og‘riydi. Ba’zan bemor nurga qaray olmaydi. Kuchli zaharlanish odatda, bosh aylanishi, ba’zan hatto hushini yo‘qotish, qusish va gemorragik alomatlar (ko‘proq burundan qon ketishi) bilan kuzatiladi.

Bemorlar avvalo burun bitishi, tomoqning qurishi va qirilishidan shikoyat qiladilar. Kasallikning 2-3 kunlarida ko‘pchilikka quruq yo‘tal, yo‘talganda to‘sh ortida og‘riq hamda tumov paydo bo‘ladi. Kasallikning 3-4 kunidan keyin yo‘talganda balg‘am keladi, tana haroratining eng yuqori ko‘tarilishi va kuchli zaharlanish belgilari namoyon bo‘ladi. Kasalliklarning 1-2 kunida isitma kuzatiladi. Kasallikning asoratlanmagan turida isitma A grippda 1-6 kun, V grippda esa uzoqroq davom etadi.

Haroratning tushishi keskin yoki tezlashgan lizis yo‘li bilan sodir bo‘lib, terlash bilan kuzatiladi. Isitmaning takrorlanishi kam bo‘lsada u asoratlanish bilan bog‘liq bo‘ladi. Yuzning qizarib bo‘rtishi, yuz qon-tomirlarning kengayishi, ko‘zning yaltirab turishi, qon’yunktivit ko‘zdan yosh oqishi kabilar kasallikning boshlang‘ich belgilari hisoblanadi. Kasallikning og‘ir kechimida teri oqaradi va hatto biroz ko‘karadi. Lablar va burun qanotlarida gerpetik toshmalar, og‘iz, tomoq shilliq qavatining qizarishi, bodom bezlarining biroz kattalashuvi, qattiq va yumshoq tanglay shilliq qavatida mayda qon quyilishlar ko‘riladi. Aksariyat bemorlarda yumshoq tanglay, ayrim hollarda tilcha shilliq qavatida mayda donador enantemalar bo‘ladi (Morozkin belgisi) Tomoqning orqa devorida shilliq qavat qurigan undagi limfatik follikulalar kattalashganligi kuzatiladi.

Kasallikning 3-4 kunlarida tomog‘dagi qizarish hamda shish sezilarli kamaysada boshqa belgilari hali saqlanadi. Burun shilliq qavati ko‘kimtir, qizargan, shishgan bo‘ladi. Kasallikning 2-3 kunida burundan biroz seli, keyinchalik shilimshiq ajralma ajraladi. Bakterial flora qo‘shilganidan keyin esa ajralma yiringli-shilimshiq tus oladi. Puls tana haroratiga mos, ayrim hollarda nisbiy bradikardiya yoki taxikardiya kuzatiladi, ko‘pchilik bemorlarda ayniqsa, kasallikning og‘ir kechimida yurak tonlar sustlashgan bo‘ladi. Qon bosimi aksariyat pasaygan, juda og‘ir kechimida (ayniqsa bolalarda) hatto kollaps bo‘lishi mumkin. Grippda ovqat hazm a’zolarning zararlanishi kam bo‘ladi. Ishtahaning pasayishi (ba’zan mutlaqo yo‘qolishi), til karashlanishi ba’zan tilda og‘riq, qabziyatga moyillik kabi alomatlari faqat kasallikning og‘ir turlarida kuzatiladi.

Isitma davrida siydik kamayadi, harorat pasayganda esa ko‘payadi. Kasallik og‘ir kechganda siydikda qon, hamda silindrlar bo‘ladi.

Gripp virusi toksinning vegetativ asab tizimiga ta’siri bemor yuzining qizarishi, terlash, pulsining labilligi, bosh aylanishi, hid bilishning yo‘qolishi kabi alomatlar bilan erkin namoyon bo‘ladi.

Markaziy asab tizimi zararlanishi sub’ektiv zaharlanish belgilari bilan og‘ir kechimida esa meningial belgilar bilan tirishish, qon aylanish buzilishi tufayli sodir bo‘ladi ensefalopatiya, o‘choqli belgilar bilan namoyon bo‘ladi.

Periferik asab tizimi zararlanganda esa terida giperstezіya, paresteziya, pleksitlar qovurg‘a oralig‘i nervi va boshqa nervlarning nevralgiya belgilari kuzatiladi. Qonda leykopeniya, eozinopeniya, nisbiy limfotsitoz bo‘lib,EChT o‘zgarmaydi.

Reqonvalessentlik davri bir ikki hafta davom etib, bunda asteno-vegetativ belgilar (tez charchash, jahldorlik, uyqunng buzilishi, terlash, pulsning labilligi), asoratlarga moyillik va surunkali kasalliklarning zo‘rayishi kuzatiladi.Grippning yengil kechishi biroz umumiy zaharlanish belgilari, hamdasubfebril harorat (2-3 kun davomida), ayrim bemorlarni yuqori nafas yo‘lining zararlanishi bilan namoyon bo‘ladi.O‘rta og‘ir turida zaharlanish hamda yuqori nafas yo‘lining zararlanish belgilari aniq namoyon bo‘ladi. Isitma davri o‘rtacha 4-5 kun davom etadi.

Og‘ir turi keskin boshlanadi. Isitma kuchli va uzoqroq davom etib, zaharlanish kuchli bo‘ladi. Bemorda keskin holsizlanish, bosh aylanish, uyqusizlik yoki uyquchanlik, ishtahaning butunlay yo‘qolishi, qusish, tirishish, qisqa karaxtlik, hushning yo‘qolishi, meningial va ensefalitik sindromlar, yurak-qon tomir faoliyatining buzilishi kabi alomatlar kuzatiladi. Nafas a’zolarida muqarrar asoratlar sodir bo‘ladi (virusli- bakterial zotiljam). Aksariyat gemorragik alomatlar (burun qonashi) kuzatiladi.

Gipertoksik-(chaqmoqsimon) turida juda og‘ir neyrotoksikoz belgilari (miya shishi va ko‘pchishi), yurak tomir hamda nafas yetishmovchiligi (o‘pkaning o‘tkir gemorragik shishi) bronxiolit, hiqildoqning qisilishi, kabi alomatlar birinchi o‘rinda namoyon bo‘ladi. Aksariyat,bu sindromlarning birgalikda sodir bo‘lishi tufayli kasallik og‘ir kechib, o‘lim bilan yakunlanishi mumkin.

Grippning kam uchaydigan atipik turida kasalliknig asosiy belgilaridan biri (ya’ni isitma, zaharlanish belgilari yoki nafas a’zolarining zarlanishi) kuzatilmaydi.

Grippning asoratlari kasallikning turli davrida rivojlanishi mumkin. Grippning eng ko‘p va og‘ir asoratlaridan biri zotiljamdir. U turli bakteriyalar, aksariyat stafilokokklarning qo‘shilishidan rivojlanadi. Grippda zotiljamdan tashqari otit, burun qo‘shimcha bo‘shliqlari va peshona sinuslarining yallig‘lanishi (gaymorit, etmoidit, frontitlar) va ko‘proq rinit, faringit, laringit, traxeobronxit, angina va boshqa asoratlar bo‘lishi mumkin. Asab tizimi tomonidan sodir bo‘ladigan asoratlar (meningoensefalit, araxnoidit, polinevrit, radikulit) ba’zan uzoq vaqt asab sistemasi faoliyatining buzilishi va ish qobiliyatining pasayishiga olib keladi.

Davosi. Bemorlarni kasalxonaga joylashtirish epidemiologik va klinik nuqtai nazardan amalga oshiriladi. Odatda grippning og‘ir yoki asoratlangan

turlarini o‘tkazayotgan, hamda og‘ir qo‘shimcha xastaligi bo‘lgan bemorlargina kasalxonaga yotqiziladi.

Rejimi. Bemor butun isitmadavomida va yana 2 kun o‘rinda yotishi kerak.

Parhezi. Sutli, sabzavotli, vitaminlarga boy bo‘lishi va ko‘proq suyuqlik ichmog‘i kerak: limonli choy, meva sharbatlari, sutli asal, ingalyatsiyalar, romashka gullari, malinali ichimliklar. Bu moddalar ter ajralishini tezlashtirib, virus (va toksin)ning organizmdan chiqib ketishini ta’minlaydi va organizmni qizib ketishdan saqlaydi. Grippda bir qator etiotrop, patogenetik va simptomatik dori-darmonlar ishlatiladi. Etiotrop dorilardan eng ta’sirlisi grippga qarshi gammaglobulin hisoblanadi. Uni 3-6 ml.dan, bolalarga 1-3 ml.dan m\o ga yuboriladi, gammaglobulin yoki zardobli poliglobulin ishlatiladi.

Bularning hammasi ham faqat kasallikning 1-3 kunida ishlatilganda natija beradi. Laktoglobulin-(grippga qarshi immunlangan sigir sutidan tayyorlangan), ayniqsa bolalarni davolashda yaxshi natija beradi. Kasallikning dastlabki 2-3 kunida 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 0,05 dan, 6 yoshdan katta bolalarga 0,1 gr.dan (burniga kunga 3 mahal poroshok holida) beriladi. Biroq, gripp virusiga qarshi ayniqsa A virusiga eng ta’sirchan remantadin hisoblanadi. U birinchi kunga 100 mg 2 tabletka keyin 50 mg (1q2q2) va 3-kuni 200mg (1q2q2) beriladi. Keyingi kunlarda bu dorini berishni hojati ham foydasi ham yo‘q.

Leykotsitar interferon har bir burun yo‘liga 0,25ml dan 4 mahal tomiziladi. Bu dori ham bu kasallikning birinchi kunlarida (ayniqsa 1-kunida) foydalanadilar. Oksalin mazi (0,25%) – tumovni ancha yumshatadi va muddatni qisqartiradi: uni bir kunda 3-4 mahal burunga surtiladi.

Yuqorida keltirilgan virusga qarshi dorilarning hammasi O‘RKlarida ham qo‘llaniladi. Gripning yengil va o‘rta-og‘ir turlarida ko‘proq patogenetik va simptomatik dorilar ishlatiladi. Desensibilizatsiyalovchi dorilar va vitaminlar qo‘llanishi shart. Isitmani pasaytiruvchi dorilar (atsetilsalitsilat kislotalar, analgin va boshqalar) juda ehtiyotlik bilan, faqat tana harorati juda baland bo‘lgan taqdirdagina ishlatilmog‘i kerak. Borjom suvi yoki choy sodasi solingan issiq sut, anjir, asal kabi tomoq qurishi va qirilishini kamaytiradi. Yo‘talga qarshi kodein dionin, pektusin, libeksin keyinchalik balg‘am ko‘chiruvchi dorilar va xantal qog‘oz ishlatiladi.

Hozirda ko‘proq quyidagi dorilar yig‘indisi qo‘llanilmoqda: remantadin - 3 kun va antigrippin - 5 kun davomida. Antigrippin tarkibida atsetilsalitsilat kislotasi - 0,5 g, askorbinat kislotasi 0,3 g, dimedrol - 0,2, kalsiy laktati 0,1 g bo‘ladi. Uni kunda 3 mahal beriladi.

Asoratlanmagan grippda, odatda antibakterial dorilar berilmaydi, bundan faqat qariyalar va qo‘shimcha surunkali kasalliklari bo‘lgan shaxslar mustasnodirlar. Grippni og‘ir o‘tkazayotgan bemorlarga, zotiljamning oldini olish maqsadida, og‘iz orqali antibiotiklar, tetratsiklin, vitatsiklin, oletetrin, ampioks, metatsiklin va boshqalar beriladi. Zotiljam rivojlangan takdirda antibiotiklar, seporin, oksatsillin, metatsillin, morfotsiklin, linkomitsin va boshqalar mushak orasiga yoki tomirga yuboriladi.

Yurak tomir faoliyati buzilgan taqdirda–kordiamin, kamfora, efedrin va boshqalar qo‘llaniladi. Yurak tomir yetishmovchiligi sodir bo‘lganda korglyuqon yoki strofantin K yuboriladi va kislorod beriladi.

Profilaktikasi. Hozirda grippga qarshi yangi preparatlar (faolsizlantirilgan vaksina, remantadin) qatorida, ilgaridan ishlatib kelingan, tirik vaksinalar ham qo‘llanilmoqda.

Grippning asosiy profilaktik shartlari qo‘yidagicha: epidemiyadan oldingi davrda ommaviy vaksinatsiyalash, shoshilinch profilaktikasi va epidemiya vaqtida grippni barvaqt davolash, grippga qarshi preparatlarni to‘g‘ri qo‘llash, o‘tkaziladigan profilaktik va epidemiyaga qarshi choralarni kengaytirish, tibbiy–sanitariya tashviqotini kuchaytirish.

Aktiv immunizatsiya qilish maqsadida ikki xil aktivsizlantirilgan vaksina ishlatiladi:a) Virionli vaksina–nayzasiz in’ektor yordamida teri ostiga yuboriladi, b) Keyingi paytlardla gripp kaslligining oldini olish maqsadida tarkibida yuzaki antigenlar: gemagglyutinin va neyraminidaza saqlagan yuqori sifatli Inflyuvak (Solvey-farma) keng ko‘lamda qo‘llanilayapti. Preparat bilan asosan 6 oylikdan katta bolalar, hamda katta yoshdagilar mavsum boshidan oldin oktabr-noyabr oylarida emlanadilar.

Grippga qarshi vaksinani shoshilinch profilaktika choralari oksalin mazi, remantadin, leykotsitlar interferon yoki shuningdek, donor va platsentar gammaglobulin bilan to‘ldirish kerak.

Bemorni atrofdagilardan barvaqt ajratish asosiy profilaktik choralardan hisoblanadi. Bulardan tashqari, umumiy sanitariya- profilaktik choralarni ko‘pchilik bo‘ladigan xonalarni, ayniqsa, bolalar xonalarini ozoda tutish, to‘g‘ri rejim, xonani kvars lampalari bilan nurlantirib turish kerak. Gripp kasalligida ko‘pchilik bemorlar uyda davolanadilar.

PARAGRIPP – bu havo-tomchi mexanizmi orqali yuqadigan, asosan hiqildoq va bronxlarning zararlanish belgilari va isitma bilan kechadigan o‘tkir antroponoz virusli infeksiyadir.

Etiologiyasi. Paragrippning virusi 1952 yil Yaponiyada ajratilgan bo‘lib, uni D gripp virusi deb atashgan (Sidney 1956 y.). Bu virus Amerikada topilgan. Hozirda virusning 4ta serovari ajratilgan. Birinchi va ikkinchisi ko‘proq bolalarda laringotraxeobronxit (krup), uchinchisi bolalarda ko‘proq zotiljam va bronxiolit, to‘rtinchi xil serovari esa aksariat yengil nafas yo‘lining o‘tkir katari kabi zararlanishlar sodir qiladi, kam uchraydi.

Paragripp virusi mikroviruslar guruhiga kirib, o‘zida RNK tutadi. Gripp virusiga o‘xshaydi, undan antigenlarnig turg‘unligi bilan farqlanadi. Ular odam embrionning buyrak to‘qimasi hamda tovuq embrionning amniotik suyuqligida yaxshi o‘sadilar. Tashqi muhitga chidamsiz.

Kasallik manbai bemor odam, tarqalishi havo-tomchi yo‘li orqali sodir bo‘ladi. Kasallik yilning sovuq faslida ko‘payadi. Ko‘proq 2-3 yoshli bolalar kasallanadi. Bolaning yoshi qancha bo‘lsa (hatto yangi tug‘ilgan chaqaloqlar ham kasallanishi mumkin) kasallik shuncha og‘ir kechadi. Gripp epidemiyalari oralig‘idagi davrda paragripp boshqa O‘RKlari orasida yetakchi hisoblanadi.

Bolalar muassasalari, ayniqsa yaslilarda virusning birinchi va ikkinchi serovarlari tarqalgan taqdirda kasallik epidemiya tusini oladi.

Kasallikdan keyingi immunitet tipiga xos va turg‘un bo‘ladi. Patogenez va patologik anatomiyasi. Virus nafas yo‘li, ayniqsa, burun va hiqildoq shilliq qavati epitelial hujayralarida ko‘payishi oqibatida to‘qima degeneratsiyaga uchraydi, o‘ladi va ko‘chib tushadi. Replikatsiya sohasida yallig‘lanish jarayoni yuzaga kelib, traxeya va pastki nafas yo‘llariga tarqalishi mumkin. Shilliq qavatda qizarish va shish paydo bo‘ladi. Yig‘ilgan seroz va seroz-yiringli ekssudat nafas yo‘llarini qoplaydi. Traxeya, bronx, o‘pka to‘qimasi zararlanishi bola hayotining 1-yillarida kuzatiladi.

Hiqildoq shilliq qavati shishi hisobiga, sekret uning bo‘shlig‘iga to‘planishi hisobiga va laringospazm tufayli hiqildoq stenozi (krup) yuzaga keladi. Viruslar va hujayralar parchalanish mahsulotlarni qonga o‘tib organizm zaharlanishi va isitmaga olib keladi. Bakterial superinfeksiya tufayli pnevmoniya va boshqa asoratlar yuzaga chiqadi. Yallig‘lanish alomati ko‘proq bo‘g‘izda bo‘ladi. Paragrippda umumiy zaharlanish alomatlari grippdagiga nisbatan kamroq, qisqa muddatli virusemiya ham kuzatiladi.

Klinikasi. Yashirin davri 1-7 kun (o‘rtacha 3-4 kun). Ko‘pincha kasallik asta-sekin boshlanadi. Bemor o‘zida noxushlik, biroz quvvatsizlik, bosh og‘rig‘i (ko‘proq peshona qismida), biroz burun bitishi, subfebrilitet, yengil quruq yo‘tal, tomoq qurishi va qirilishi, ayrimlar biroz tomoqda og‘riq sezadilar. Bolalarda esa kasallik quruq, dag‘al va muttasil yo‘tal bilan namoyon bo‘ladi. Ayrim bemorlarda biroz titrash, mushaklarda og‘riq va et qaqshashi kuzatiladi. Tana harorati odatda, kasallikning birinchi kunida subfebril, ba’zan normal yoki bolalarda (og‘ir kechimida kattalarda ham), yuqori bo‘lishi mumkin. Hatto isitma baland bo‘lganda ham zaharlanish belgilari kuchsiz bo‘ladi. Ko‘ngil aynishi, qusish, ich ketish kuzatilishi mumkin.

Burundan suv kelishi grippdagiga nisbatan kuchliroq, ammo ayrim bemorlarda faqat burundan nafas olish qiyinlashadi xolos.Yo‘tal keyinchalik dag‘al bo‘lib qoladi. Ko‘pincha tovush bo‘g‘ilib yoki xirrilab qoladi. Kuchli yo‘tal 6-10 kun davom etib, keyin yumshab, kasallikning 21-22 kunlarida to‘xtaydi. Faqat ayrim bemorlarda yuzi oqargan yoki qizargan bo‘ladi.

Kasallikning 2-3 kunlarida uchuq toshishi mumkin. Burun shilliq qavati qizargan, shishgan. Burundan dastlab suyuq, seroz, so‘ng quyuq yoki shilliq yiringli ajralmalar ajraladi. Yumshoq, tanglay va tomoqning orqa devorida biroz qizarish (ayrim bemorlarda mayda toshmachalar) ko‘riladi. Puls isitmaga mos keladi. Ko‘p bemorlar tomoqda, to‘sh ortida og‘riqdan shikoyat qiladilar. Tovush bo‘g‘iq, dag‘al, “akkilovchi” yo‘tal bo‘lib, laringit yoki laringotraxeitdan dalolat beradi. Infeksion jarayonga pastki nafas yo‘llari ham qo‘shilib, bronxit, bronxiolit yoki pnevmoniya rivojlanishi mumkin.

Kattalar paragrippni yengil o‘tkazadilar. 1 yoshgacha bolalarda og‘ir kechadi. Kasallik 1-3 kun davom etadigan hiqildoq stenozi (“akkillovchi yo‘tal”, shovqinli stenotik nafas, tarqoq sianoz) bilan asoratlanishi mumkin. Kechishi yaxshi siftatli bo‘lib, es-hush buzilmaydi va asfiksiya kuzatilmaydi.

Pnevmoniyalar kasallikning 2-3 haftasida kelib chiqadi. Ular virusli-bakterial yoki bakterial tabiatli bo‘ladi. Organizm zaharlanishi kuchayadi, to‘sh ortida og‘riq, hansirash, nam yo‘tal, balg‘am qon aralashgan bo‘lishi mumkin.

Rentgenologik tekshiruvda o‘pkaning 1-2 segmenti yoki butun bo‘lagini egallagan infiltratlar aniqlanadi.Yurak tonlarining pasayishi faqat kasallikning og‘ir kechimida kuzatiladi. Asoratsiz kechimida o‘pkada vezikulyar yoki biroz dag‘alroq tovush eshitiladi. Qonda leykotsitlar normada yoki biroz kamaygan, EChT ham normal bo‘ladi.Shunday qilib, paragrippda ko‘proq laringit yoki laringotraxeit, kamroq-rinit va faringit alomatlari kuzatiladi.Nafas yo‘lining surunkali kasalliklari bo‘lgan shaxslarda paragrippning birinchi kunlaridanoq bronxit alomati rivojlanadi. Bronxit birlamchi bo‘lishi ham mumkin, bunda u ancha kech rivojlanadi.

Asorati: ko‘proq zotiljam, otit, angina, sinusit, gaymorit va boshqalar bo‘lib, ular ikkalamchi mikroblar, ya’ni virus va bakteriyalar birgalikda ta’sir qilishdan rivojlanadilar. Zotiljam ko‘pincha go‘dak bolalarda hamda surunkali nafas yo‘li kasalliklari bo‘lgan shaxslarda uchraydi.

Davosi. Virusli rinitda oksolin yoki tebrofen mazi qo‘llaniladi. Tumovda-tomir toraytiruvchi moddalar qo‘llaniladi. Og‘ir hollarda donor gammaglobulinlari yoki poliglobulinni yuboriladi. T-limfotsitlar defitsitida levamizol, V-limfotsitlar defitsitida dibazol, natriy nukleinat qo‘llaniladi. Pnevmoniyada antibiotiklar (benzinpenitsillin, oksatsillin, eritromitsin), balg‘am ko‘chiruvchilar, xantal ishlatiladi. Krup rivojlansa oyoqqa issiq vanna, bug‘li ingalyatsiyalar, aerozollar ishlatiladi.

Profilaktisi. Sanitariya-gigiena va epidemiyaga qarshi tadbirlar: bemorlarni ajratish, namli tozalash, havosini almashtirish, idishlarni, bemor kiyimlarni qaynatish, doka niqob taqish. Maxsus profilaktika uchun interferon, oksalin mazidan foydalaniladi.

Parranda grippi – bu odamlar grippi virusining A tipdagi shtammlaridan biri chaqiradigan parrandalar yuqumli kasalligidir. Bu kasallik birinchi marta bundan 100 yillar oldin Italiyada aniqlangan.

Migratsiyalanuvchi suvda suzuvchi qushlar – ko‘pincha yovvoyi o‘rdaklar parranda grippi virusining tabiiy rezervuari hisoblanadi va qushlarning infeksiyaga moyilligi kam. Uy parrandalari, jumladan tovuqlar, kurkalarning bu kasallik epidemiyalariga moyilligi bor.

Parranda grippi virusi H5N1. Birincha marta 1961 yilda Janubiy Afrikada topilgan. Yovvoyi qushlar tashuvchisi bo‘lib, ko‘chib yuruvchi qushlar esa bu qit’alarga tarqatadi va mahalliy qushlar, jumladan uy parrandalari g‘oz, o‘rdak, tovuq, kurkalarga yuqtiradi. 1997 yilga qadar H5N1 odam uchun xavfsiz deb hisoblangan. Lekin Gonqongda kasallikni yuqtirgan 18ta bemordan 6tasi halok bo‘lishi bu fikrni inkor etdi. 2003-2004 yillarda parranda grippi epidemiyasi Osiyoning 8ta mamlakatida: Kambodja, Xitoy, Indoneziya, Yaponiya, Laos, Janubiy Koreya, Tayland, V’etnamda qayd etildi.

Jabr ko‘rgan mamlakatlar rahbariyati qat’iy karantin chora-tadbirlarini olib borib, kasallikning keng tarqalishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun 100 mln.dan ortiq uy parrandalari qirib yuborildi. 2004 yil mart oyida kasallik biroz kamaydi. 2005 yilga

kelib yana parranda grippining yangi o‘choqlari Kambodja, Qozog‘iston, Malayziya, Mongoliya, V’etnam, Rossiya, Turkiya, Ruminiyada paydo bo‘ldi. Kambodja, Indoneziya, Tayland, V’etnamda esa odamlar ham bu kasallik bilan og‘riganligi qayd etildi. JSST ma’lumotlariga qaraganda 2006 y 10 mart oyigacha parranda grippi bilan 175ta kasallanish qayd etildi. Shundan 2ta holatda yuqish parrandadan odamga emas, balki odamdan odamga yuqqanligi aniqlandi.

Etiologiyasi. Parrandalarda kasallik chaqiradigan 15ta parranda grippining subtiplari ma’lum. Ular bir-biridan antigen strukturasi bilan farq qiladi: gemagglyutinin (N) va neyrominidaza (N). Parranda grippining H5N1 subtipi yuqori patogenlikka ega. 1- marta bu subtip bilan zararlanish 1997 yil Gonqongda kuzatilgan. Bunda H5N1 shtammi 18 kishiga yuqqan, ulardan 6tasi nobud bo‘lgan. Tekshiruvlar natijasi shuni ko‘rsatdiki, bunda kasallik manbai – uy parrandalari bo‘lib, kasallangan bemorlar shu parrandalar bilan muloqotda bo‘lishgan va kasallik ulardan odamga yuqqan.

H5N1 virusi tekshirilganda uning juda tez mutatsiyalana olishi va grippning boshqa turlarini qo‘zg‘atuvchi viruslar geni bilan qo‘shilib, yangi shtammlar hosil qilishi aniqlandi. Olimlarning ta’kidlashicha, 1918-1919 yildagi “ispanka”ni aynan parranda grippining mutatsiyaga uchragan subtip keltirib chiqarib, o‘nmillionlab odamlar yostig‘ini quritgan. Endi kutilayotgan epidemiya “ispanka” virusi mutatsiyasini takrorlaydi, degan fikrlar mavjud.

Odamdagi parranda grippiga xarakteristika. 1997 – Gonqongda parranda grippi virusi (H5N1) kurkalarni va odamlarni zararladi. Bunda 1- marta kasallikning qushlardan odamga yuqishi aniqlandi.

Bu vaqtda 18 nafar kishi gospitalizatsiya qilindi va ulardan 6 nafari haloq bo‘ldi. Epidemiyani likvidatsiyalash maqsadida 1,5 mln tovuq – virus manbaini yo‘qotish uchun qirib yuborildi.

1999 – Gonqongda H9 N2 parranda grippi 2 nafar bolaga yuqdi. Bolalarning ikkalasi ham sog‘ayib ketdi. Bunda kasallik manbai uy parrandasi bo‘lib, bevosita undan odamga o‘tganligi aniqlandi. Lekin odamdan odamga o‘tishi ham ehtimoldan xoli emas edi. 1998–1999 yillarda Xitoyning materik qismida ham H9N2 virusi odamlarda aniqlandi.

2003 – Xitoydan Gonqongga ko‘chib kelgan oilaning 2ta a’zosi H5N1 parranda grippi virusi bilan zararlandi. Biri halok bo‘ldi, ikkinchisi sog‘ayib ketdi. Kasallik qanday yuqqanligi aniqlanmadi. Shu oilaning boshqa a’zosi Xitoyda respirator kasallikdan o‘lganligi ma’lum bo‘ldi.

2003 – Niderlandiyadagi parranda fermasi ishchilarida H7N7 gripp virusi aniqlandi. Kasallik ishchilarning 86tasida aniqlandi, ulardan 3tasi ularning oila a’zolari edi.

Epidemiologiyasi. Kasallikni yuqtirgan har 2ta bemorning bittasi nobud bo‘lmoqda. Bunday yuqori letallikning sababi odamda bu virusga qarshi immunitetning yo‘qligidir.

Yovvoyi qushlar ajralmalari bilan ifloslangan joylarda bo‘lgan xonaki qushlar kasallikni o‘ziga yuqtirib oladi. Odamga kasallik virus bilan ifloslangan parranda ajratmalari bilan qontaktda bo‘lgandan so‘ng meva, sabzavot va ovqat mahsulotlarni ifloslangan qo‘llar bilan yeganda yuqadi. Bundan tashqari

zararlangan qo‘llar bilan ko‘zini ishqalaganda, go‘sht mahsulotlari, tuxum iste’moli orqali yuqadi. Gonqongda 1997 yil may oyida 3 yoshli bolada isitma, tomoqda og‘riq va yaralar, yo‘tal kuzatilgan.

Kasallik 2 hafta davom etib, bola pnevmoniyadan halok bo‘lgan. Uning traxeal suyuqligidan gripp A virusi ajratib olingan, lekin hech bir standart reagent bilan uning tipi identifikatsiya qilinmagan. Olimlar uni yangi shtamm deb baholab, uni odam uchun yangi gripp shtammi (H5N1) deb qayd qilishdi. Shunga qadar kasallik bilan faqat qushlar og‘rishi ma’lum edi. Anamnez to‘liq yig‘ilganda bola kasallikka qadar virus bilan zararlangan tovuq bilan qontaktda bo‘lganligi ma’lum bo‘lgan. Bu hodisa 2yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan 17ta bemorda ham qayd etilgan.1998 y. yanvar oyida kasallikdan 6 nafar bemor vafot etgan.

Tashuvchilar. Tashuvchisi ko‘chib yuruvchi qushlardir. Ular tabiatdagi virusning tabbiy rezervuari bo‘lib, uni juda uzoq masofalarga tashib yurishi mumkin. Bu qushning o‘zi kasallanmaydi va halok bo‘lmaydi (epizootiyalardan tashqari), lekin 2-3 hafta davomida atrof muhitga uni ajratib turadi. Parranda grippi bilan asosan uy parrandalari, ayniqsa tovuqlar kasallanadilar. Bunda o‘lim holati 100% ni tashkil etadi.

Inson uchun xavfi. Odam (virus bilan) zararlangan tirik parrandalar bilan muloqotda bo‘lganida virusni yuqtirib oladi. Parrandalar ajratmalarida ko‘plab viruslar bo‘ladi, ular qurigach, havoga tushadi va odamga nafas yo‘llari orqali yuqadi.

Osiyoda yuqishning yana bir yo‘li – shu vohada an’anaviy ravishda qush qonini ovqatga qo‘shib iste’mol qilish hisobiga kasallik yuqishi aniqlangan. Tovuq go‘shti, agar u yaxshi termik ishlovdan o‘tkazilsa, odam uchun xavf tug‘dirmaydi, chunki H5N1 70S haroratda qizdirilganda nobud bo‘ladi.

Odamdan odamga yuqishi haqida. JSST ekspertlarining V’etnamdagi tekshiruvlarida diqqatga sazovor bir holat aniqlandi. Bunda 2 ta aka-uka 9 kun farq bilan parranda grippi bilan kasallandi. Ulardan biri ikkinchisini kasalxonada parvarish qilishi natijasida kasallikka chalindi. Lekin ularning bir vaqtda kasalliklarni yuqtirganliklari, faqat yashirin davr ikkalasida har xil davom etgan bo‘lishi mumkinligi ham ehtimoldan xoli emas. Mutaxassislar fikricha, yaqin kunlarda H5N1 mutatsiyasi natijasida kasallikning havo-tomchi yo‘li bilan odamlar orasida tarqalishi mumkinligi e’tirof etilmoqda.

2006 y. 10 mart ma’lumotlariga qaraganda dunyoda parranda grippi bilan kasallanish 175 kishini tashkil qildi. O‘lim holati-50%ga yaqin.1997 yildan buyon bu infeksiyadan 60 kishi halok bo‘ldi. Mutaxassislar ta’kidlashicha, agar odam odatiy gripp va parranda grippi bilan bir vaqtda kasallansa, o‘zaro almashinib, yangi shtamm hosil qiladi va bu yangi virus endi bevosita odamdan odamga yuqishi mumkin bo‘ladi.

Parranda grippi virusining o‘ziga xos xususiyatlari

-virus mutatsiyalanib, yanada virulentligi oshadi;

-virus turga oid to‘siqni yengib o‘tib, qushlardan odamlarga yuqmoqda. Biroq bevosita odamdan odamga o‘tishi isbotlanmagan (barcha bemorlar kasallangan qushlar bilan muloqotda bo‘lgan).

-virus asosan bemorlarga yuqib, ularning o‘limiga sabab bo‘ladi.

-kasallik manbai va yuqish yo‘llari to‘liq aniqlanmagan. Shuning uchun ham virusni nazorat qilishning imqoniyati bo‘lmayapti.

-kasallik tarqalishini to‘xtatish choralari barcha kasallangan qushlarni butunlay yo‘qotishdir.

Klinikasi. Kasallikning yashirin davri odamda 3-7 kundan oshmaydi. Kasallik grippsimon belgilar bilan boshlanadi: isitma, yo‘tal, tomoqda og‘riq, tumov, umumiy holsizlik, darmonsizlik, mushaklardagi og‘riqlar bezovta qiladi. Kasallik ko‘z infeksiyasi, o‘tkir respirator kasalliklar, pnevmoniyalar ko‘rinishida ham namoyon bo‘lishi mumkin. Shunga qaramay barcha tekshiruv markazlari, kasallik haqida axborotlari juda kamligi va parrandi grippining to‘liq klinik ko‘rinishini hali batafsil yoritish imqoniyati yo‘qligini qayd etishmoqda.

Tashxisoti. 1997 yilda odamda gripp infeksiyasini aniqlash uslublaridan gemagglyutinatsiyani ingibirlash reaksiyasi parranda grippi virusiga qarshi antitelolarni aniqlashda sezgirligi past ekanligi aniqlandi. Shundan so‘ng bu virusga nisbatan antitelolarni aniqlashda yanada sezgirroq usullar taklif qilindi. Ulardan biri mikroneytralizatsiya va maxsus N5ga sezgir bevosita ELISA (immunoferment tahlil)dir. Bu usullarning spetsifikligi va sezgirligi Vestern blot qo‘llanilganda yanada oshishi aniqlandi. 18-59 yoshli bemorlarda anti N5 antitelolarni Vestern blot bilan birgalikda mikroneytralizatsiya usulida aniqlash 80% sezgirlik va 96% spetsifiklikka ega. 15dan kichik yoshli bolalarda esa zardobdagi anti N5 antitelolarni aniqlash Vestern blot bilan birgalikda ELISA usuli qo‘llanilganda 100% sezgirlik va 100% spetsifiklikka ega ekanligi aniqlandi.

Parranda grippi virusining virulentligini aniqlashda polimeraz zanjir reaksiyalari effektiv qo‘llanib kelinmoqda. Bundan tashqari, parranda grippining sirkulyatsiyadagi viruslarini monitoringi uchun genotiplashning oddiy molekulyar usuli qo‘llanillyapti.

Keyinchalik real time reverse transcriptase (RRT-PCR) analizi virusni tezda aniqlash imqonini berdi. Bu usulda bir bosqichli aniqlash usullari va flyuoressent zondlardan foydalaniladi. Bu usulni virus aniqlashning standart uslublari bilan qiyoslash mumkin: tovuq embrionidan gripp virusini ajratib olish va gemagglyutinini gemagglyutinatsiyani ingibirlash reaksiyasi yordamida subtiplarga ajratish.

Davosi. Parranda grippi virusi amantadin va remantadin kabi gripp A virusi reproduksiyasini ingibirlaydigan preparatlarga sezgir. Bundan tashqari neyrominidaza ingibitorlaridan zanzivir kalamushlar buyragi hujayralarida virus replikatsiyasini ingibirlagan va virus neyrominidazasi aktivligini ingibirlagan. Kuniga 2 mahal (50 va 100mg/kg) zanzivirni intranazal yuborish sichqonlarni o‘limdan saqlab qolgan. Bundan tashqari zanzivir virusning o‘pkadagi miqdorini kamaytirgan va uning miyaga tarqalishining oldini olgan. Oral yuboriladigan neyrominidaza ingibitori RWJ-270201 zanamivir (Zanamivir) va ozeltamivir (Oseltamivir) bilan bir vaqtda tekshirilganda ularning sichqonlarni letal infeksiyalar H5N1 va H9N2dan himoya qilishi aniqlandi. RWJ 270201 neyrominidazani ingibirlash bo‘yicha zanamivir va ozeltamivirdan ancha ustun ekanligi aniqlandi. H5N1 virusi ekspozitsiyadan 48 soatdan so‘ng davo

boshlaganda, RWJ–270201ning 10mg/kg dozasi 50% sichqonlarni o‘limdan saqlab qoldi.

Profilaktikasi. Kasallikning oldini olishda sanitar-veterenariya xizmati bilan birgalikda olib boriladi. Kasallik manbalaridan asosiylaridan biri kasal parrrandalarni qirib tashlash lozim. Parranda go‘shti va tuxumni to‘liq termik ishlov berish kasallikning oldini olishning asosiy omillaridandir.

Kasallik manbai hisoblangan kasal odamni aniqlash, ajratib, uni davolash maqsadga muvofiqdir.

Parranda grippidan insoniyatni himoya qilish uchun qator davlatlarda vaksina ishlab chiqarish uchun ilmiy izlanishlar olib borilmoqda.

Nazorat savollari

1.Nafas yo‘llari yuqumli kasalliklari to‘g‘risida umumiy ma’lumot.

2.Gripp kasalligi, etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik belgilari.

3.Gripp kasalligini oldini olish chora-tadbirlari.Grippga qarshi emlash ishlarini tashkil etilishi.

4.Parranda gripi,paragripp,adenoviruslar .

Mavzulashtirilgan test:

1. **Gripp kasalligi qaysi yo‘l bilan yuqadi.**

A.havo-tomchi yo‘li orqali

V.qontakt yo‘li orqali

S.alimentar yo‘l orqali

D.pariental yo‘l orqali.

2. **Gripp kasalligining inkubatsion davri qancha davom etadi**

A.bir necha soat

V.bir haftagacha

S.bir necha soatdan 3 kungacha

D.bir necha kundan bir haftagacha.

3.Paragrippda asosan qaysi organ zararlanadi.

A.hiqqildoq va bronxlar

V.burun yo‘llari

S.burun va ko‘z qonyuktivasi

D.o‘pka to‘qimasi.

4.Havo-tomchi yo‘li orqali yuqadigan kasalliklar profilaktikasi

A.bemorlarni o‘z vaqtida alohidalash.

V.emlash ishlarini vaqtida o‘tkazish.

S.kasallarni to‘g‘ri ovqatlantirish.

D.dezenfeksion ishlarni to‘g‘ri olib borish.

Krossvord: “Respirator infeksiyalar”
Savollar
1. Gripp kasalligini chaqiruvchi virus nomi.
➡ Javob: Influenza virus

2. Nafas yo‘llari infeksiyalarining asosiy yuqish yo‘li.
➡ Javob: **Havo-tomchi**

3. Grippning eng asosiy belgilaridan biri.
➡ Javob: **Isitma**

4. Oddiy shamollashning asosiy qo‘zg‘atuvchilaridan biri.
➡ Javob: Rhinovirus

5. Gripp profilaktikasining asosiy usuli.
➡ Javob: **Vaksina**

6. Nafas yo‘llarini zararlovchi yana bir virus turi.
➡ Javob: Adenovirus

Krossvord sxemasi

1 I N F L U E N Z A
2 H A V O T O M C H I
3 I S I T M A
4 R H I N O V I R U S
5 V A K S I N A
6 A D E N O V I R U S

Darsda ishlatish tartibi

1Tinglovchilar **2–3 guruhga bo‘linadi**.
2 Har guruh savollar asosida krossvordni to‘ldiradi.
3 To‘g‘ri javob uchun **1 ball** beriladi.
4 Eng ko‘p ball to‘plagan guruh **g‘olib** bo‘ladi.

2.5.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Koronovirusli va meningokokkli infeksiya etiologiyasi va epidemiologiyasi.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1. Koronovirusli infeksiyaning etiologiyasi (qo‘zg‘atuvchisi, xususiyatlari). 2.Koronovirusli infeksiyaning epidemiologiyasi (yuqish yo‘llari, xavf guruhlari). 3.Meningokokkli infeksiyaning etiologiyasi (Neisseria meningitidis tavsifi).

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish

• O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash • Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.

3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar Nafas yo'llari yuqumli kasalliklari. Meningokokkli infeksiya. Asosiy klinik belgilari, tashhisoti, bemor parvarishi Bemorlarni ko'zdan kechirish,bemor muammolarini aniqlash, ma'lumot to'plash va tahlil qilish, parvarish rejasini tuzish va amalga oshirish. Laboratoriya tashhisoti uchun material yig'ish. Zamonaviy virusologik va serologik tekshirish usullari. Bemorlarni davolash va parvarishlash. Nafas yetishmovchiligida yordam ko'rsatish. Gipertermiyada shoshilinch yordam ko'rsatish. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar rejasini tuzish. Koronovirusli va meningokokkli infeksiya etiologiyasi va epidemiologiyasi, klinik belgilari, laborator tashxisot usullari, bemorlar parvarishi, kasallikning oldini olish.	**O'quv faoliyatini natijalari**: Nafas yetishmovchiligida yordam ko'rsatish. Gipertermiyada shoshilinch yordam ko'rsatish. Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar rejasini tuzish.Koronovirusli va meningokokkli infeksiya etiologiyasi va epidemiologiyasi, klinik belgilari, laborator tashxisot usullari, bemorlar parvarishi, kasallikning oldini olish.
O'qitish metodlari	"Aqliy hujum" "Klaster" "Klinik vaziyat" "Venn diagrammasi"
O'quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda

	ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Koronovirusli va meningokokkli infeksiya etiologiyasi va epidemiologiyasi.

Reja:

1. Koronovirusli infeksiyaning etiologiyasi (qo‘zg‘atuvchisi, xususiyatlari).
2. Koronovirusli infeksiyaning epidemiologiyasi (yuqish yo‘llari, xavf guruhlari).
3. Meningokokkli infeksiyaning etiologiyasi (Neisseria meningitidis tavsifi).
4. Meningokokkli infeksiyaning epidemiologiyasi (manbai, yuqish yo‘llari, tarqalishi).

Koronovirusli infeksiyaning etiologiyasi

Koronavirus - inson va ayrim jonzotlarda kasallik qo‘zg‘atuvchi viruslar.

Koronaviruslar insonlarda o‘tkir respirator infeksiyaning yengil formasidan og‘ir formasigacha kechishi mumkin.

Koronovirusli infeksiya — o‘tkir respirator virusli kasallik bo‘lib, uning qo‘zg‘atuvchisi **SARS-CoV-2** hisoblanadi. Ushbu virus **Coronaviridae** oilasiga mansub bo‘lib, elektron mikroskop ostida toj (korona) shakliga o‘xshash bo‘lgani uchun shunday nomlangan.

Koronaviruslar RNK tutuvchi viruslar bo‘lib, tashqi muhitga nisbatan uncha chidamli emas, biroq inson organizmiga tushgach tez ko‘payish xususiyatiga ega. Virus asosan **nafas yo‘llari epiteliysi hujayralariga** kirib boradi va ularni zararlaydi.

SARS-CoV-2 virusi inson organizmiga kirgach, ACE-2 retseptorlari orqali hujayraga birikadi. Natijada yuqori va quyi nafas yo‘llari, o‘pka to‘qimasi zararlanadi. Og‘ir holatlarda yurak-qon tomir tizimi, buyraklar va asab tizimi ham shikastlanishi mumkin.

Koronovirusli infeksiya klinik jihatdan yengil shamollashdan tortib, og‘ir pnevmoniya, o‘tkir respirator distress-sindrom va hatto o‘lim holatlarigacha olib kelishi mumkin.

Koronovirusli infeksiyaning epidemiologiyasi

Koronovirusli infeksiya butun dunyo bo‘ylab keng tarqalgan yuqumli kasallik hisoblanadi. Infeksiya manbai — **kasallangan yoki virus tashuvchi inson**dir.

Ba’zi hollarda kasallik belgilarsiz kechib, bunday shaxslar ham boshqalarga virus yuqtirishi mumkin.
Virusning yuqish mexanizmi asosan **havo-tomchi yo‘li** orqali amalga oshadi. Bunda bemor yo‘talganida, aksirganda yoki gaplashganda ajralgan mayda tomchilar orqali virus sog‘lom odam organizmiga tushadi. Shuningdek, **qontakt-maishiy yo‘l** orqali ham yuqishi mumkin, ya’ni virus tushgan buyumlar (eshik tutqichi, idish-tovoq, telefon va boshqalar) orqali qo‘l bilan og‘iz, burun yoki ko‘z shilliq qavatiga tushganda infeksiya rivojlanadi.
Kasallik barcha yosh guruhlarida uchrashi mumkin, ammo **keksalar, surunkali kasalligi bor shaxslar, immuniteti past odamlar, homilador ayollar** va **tibbiyot xodimlari** xavf guruhiga kiradi.
Koronovirusli infeksiya mavsumiy xususiyatga ega bo‘lib, asosan kuz–qish oylarida ko‘proq uchraydi. Aholining zich joylashgan hududlarida, jamoat joylarida kasallik tez tarqaladi.
Profilaktika choralariga shaxsiy gigiyenaga rioya qilish, niqob taqish, qo‘llarni tez-tez yuvish, jamoat joylarida masofani saqlash va emlash kiradi.

Meningokokkli infeksiyaning etiologiyasi

Meningokokkli infeksiya — o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, uning qo‘zg‘atuvchisi **Neisseria meningitidis** (meningokokk) hisoblanadi. Ushbu mikroorganizmlar **grammanfiy diplokokklar** bo‘lib, loviya doniga o‘xshash juft shaklda joylashadi.

Meningokokklar tashqi muhitga nisbatan juda **chidamsiz** bo‘lib, quyosh nuri, dezinfeksiya vositalari va quritishga tezda nobud bo‘ladi. Ammo inson organizmiga tushgach, ayniqsa **burun-halqum shilliq qavatida** faol ko‘payadi.

Meningokokklarning bir nechta serogruhlari mavjud bo‘lib, eng ko‘p uchraydiganlari **A, B, C, W, Y** serogruhlardir. Aynan ushbu serotiplar og‘ir kechuvchi kasalliklarni chaqiradi.

Kasallik patogenezi shundan iboratki, meningokokklar burun-halqum shilliq qavatidan qon oqimiga o‘tib, **bakteriemiya** chaqiradi. Natijada organizmda kuchli intoksikatsiya yuzaga keladi. Mikroorganizmlar **miya pardalariga** yetib borib, yiringli meningit yoki meningokokk sepsisini rivojlantirishi mumkin.

Meningokokkli infeksiya juda tez rivojlanishi, og‘ir asoratlar va yuqori o‘lim ko‘rsatkichiga ega bo‘lishi bilan xavfli hisoblanadi.

Meningokokkli infeksiyaning epidemiologiyasi

Meningokokkli infeksiyaning asosiy infeksiya manbai — **kasallangan bemor yoki bakteriya tashuvchi shaxs** hisoblanadi. Ayniqsa, burun-halqumda meningokokk saqlovchi, lekin kasallik belgilari bo‘lmagan tashuvchilar epidemiologik jihatdan juda xavfli hisoblanadi.

Infeksiya asosan **havo-tomchi yo‘li** orqali yuqadi. Bemor yo‘talganida, aksirganda yoki gaplashganda ajralgan tomchilar orqali meningokokk sog‘lom odamning yuqori nafas yo‘llariga tushadi. Kasallik yaqin muloqotda bo‘lgan shaxslar orasida tez tarqaladi.

Meningokokkli infeksiya ko‘proq **bolalar,** ayniqsa 5 yoshgacha bo‘lganlar orasida uchraydi. Shuningdek, talabalar, harbiylar, yotoqxonalarda yashovchilar, aholisi zich joylarda istiqomat qiluvchilar xavf guruhiga kiradi.

Kasallik mavsumiy bo‘lib, asosan **qish va bahor oylarida** ko‘payadi. Sovuq ob-havo, yopiq xonalar, immunitetning pasayishi kasallik tarqalishiga qulay sharoit yaratadi.

Profilaktika choralariga bemorlarni erta aniqlash va izolyatsiya qilish, qontakt shaxslarni tibbiy nazoratga olish, dezinfeksiya tadbirlarini o‘tkazish hamda **meningokokkka qarshi emlash** kiradi.

Meningokokk infeksiyasi bir necha shaklda kechadi

Nazofaringit shakli:

- Inkubatsion davri: 2-10 kun (odatda 3-4 kun).
- Bu bosqichda bakteriyalar burun va tomoqda bo‘lib, yengil simptomlar bilan namoyon bo‘ladi.
- O‘rtacha 3-4 kun mobaynida odamda yengil o‘tkir respirator infeksiya belgilari kuzatiladi.
- Yo‘tal
- Tomoq og‘rig‘i
- Burun oqishi yoki tomoq qurishi
- Haroratning bir oz ko‘tarilishi
- Bosh og‘rig‘i va umumiy holsizlik

Meningokokkli meningit shakli

Meningokokk infeksiyasidan 1-7 kun o‘tgach (ko‘pincha 4-6 kunda) meningit rivojlanishi mumkin. Bu infeksiyaning og‘irroq bosqichi bo‘lib, bakteriyalar miya pardalariga yetib borganida paydo bo‘ladi. Meningokokkli meningit burun bitishi bilan boshlanadi, keyinchalik bosh og‘rishi, tana haroratining ko‘tarilishi, ko‘ngil aynashi, qayt qilish, yorug‘likka sezgirlikni oshishi va bo‘yin mushaklarini tirishishi kabi og‘ir belgilar paydo bo‘ladi. Ko‘pincha kasallik yashirin tezligida kechib, bemorni o‘limi bilan tugaydi.

Meningokoksemiya shakli

- Meningokokk infeksiyasidan keyingi 1-10 kun davomida yuzaga chiqishi mumkin. Bu holatda bakteriyalar qonga tushib, butun tanaga tarqaladi.
- Meningit bilan bir vaqtda yoki biroz oldin rivojlanadi.
- Meningokokkli sepsis o‘ziga xos 1-3 kun davomida tana haroratining ko‘tarilishi, qon ketishlar (ichki qon ketishlar, kichik nuqta ko‘rinishda teriga qon qo‘yilishi), ruhiy-emmotsional buzilishlar (koma, sopor, har xil gap gapirish va qo‘zg‘alish).
- Kuchli intoksikatsiya (meningokokk bakteriyasini parchalanish mahsulotlari bilan zaharlanish) tez-tez nafas olish, yurak – qon tomirlari tizimi faoliyatini buzilishlariga va shokka olib kelib o‘lim holati qayd etiladi.

Nazorat savollari

1. Koronovirusli infeksiyaning qo‘zg‘atuvchisi qaysi virus hisoblanadi?
2. Koronovirusli infeksiyaning asosiy yuqish yo‘llarini ayting.

3. SARS-CoV-2 virusi organizmga qaysi retseptor orqali kiradi?
4. Koronovirusli infeksiyada xavf guruhiga kiruvchi shaxslar kimlar?
5. Meningokokkli infeksiyaning qo‘zg‘atuvchisi qanday mikroorganizmdir?
6. Meningokokklarning asosiy serogruhlari qaysilar?
7. Meningokokkli infeksiya qaysi yo‘l orqali yuqadi?
8. Meningokokkli infeksiyaning eng og‘ir klinik shakllarini sanab bering.
9. Meningokokkli infeksiyaning mavsumiy xususiyati qanday?
10. Koronovirus va meningokokk infeksiyalarining profilaktika choralari nimalardan iborat?

Test savollari

1. Koronovirusli infeksiyaning qo‘zg‘atuvchisi:

A) Influensavirus
B) Adenovirus
C) *SARS-CoV-2*
D) Enterovirus

2. Koronovirus asosan qaysi yo‘l bilan yuqadi?

A) Parenteral
B) Fekal-og‘iz
C) *Havo-tomchi*
D) Transmissiv

3. Virus organizm hujayrasiga qaysi retseptor orqali kiradi?

A) CD4
B) CCR5
C) *ACE-2*
D) HBs

4. Meningokokkli infeksiyaning qo‘zg‘atuvchisi:

A) Streptokokk
B) Stafilokokk
C) Pnevmokokk
D) *Neisseria meningitidis*

5. Meningokokk qanday shaklda bo‘ladi?

A) Zanjirsimon
B) Tayoqchasimon
C) *Diplokokk*
D) Spiralsimon

6. Meningokokkli infeksiya asosan qaysi yo‘l bilan yuqadi?

A) Oziq-ovqat orqali
B) Qontakt
C) Parenteral
D) *Havo-tomchi*

7. Meningokokklar dastlab qayerda ko‘payadi?

A) Ichakda
B) O‘pkada
C) *Burun-halqum shilliq qavatida*
D) Terida

8. Meningokokkli infeksiyaning og‘ir shakli:
A) Bronxit
B) Tonzillit
C) *Yiringli meningit*
D) Faringit
9. Meningokokkli infeksiya ko‘proq qaysi faslda uchraydi?
A) Yoz
B) Kuz
C) *Qish–bahor*
D) Bahor–yoz
10. Meningokokk infeksiyasining asosiy profilaktikasi:
A) Antibiotik ichish
B) Vitamin qabul qilish
C) *Emlash*
D) Fizioterapiya

1.“Aqliy hujum” (Brainstorming) usuli
Maqsad: Tinglovchilar mavjud bilimlarini aniqlash va mavzuga kirish.
O‘qituvchi savollari:

- Koronavirus qanday virus hisoblanadi?
- U qanday yo‘l bilan yuqadi?
- Meningokokk infeksiyasi qanday kasallik keltirib chiqaradi?
- Bu kasalliklarning epidemiologik xususiyatlari qanday?

Jarayon:

1. Tinglovchilar o‘z fikrlarini tez-tez aytadi.
2. O‘qituvchi doskaga asosiy javoblarni yozadi.
3. Keyin to‘g‘ri javoblar bilan umumlashtiriladi.

2. “Venn diagrammasi” usuli
Maqsad: Ikki infeksiyaning o‘xshash va farqli tomonlarini aniqlash.
Topshiriq:
Tinglovchilar **koronavirus infeksiyasi** va **meningokokk infeksiyasi**ni quyidagi jihatlar bo‘yicha taqqoslaydi:

- Etiologiya
- Yuqish yo‘llari
- Epidemiologiya
- Profilaktika

Natija:

Koronavirus	O‘xshashlik	Meningokokk
RNK virus	Yuqumli kasallik	Bakteriya
Havo-tomchi yo‘li	Epidemiologik nazorat zarur	Havo-tomchi
Pandemiya chaqirishi mumkin	Profilaktika muhim	Sporadik yoki epidemik

3. “Case study” (Klinik vaziyat) usuli

Vaziyat:

Tinglovchilar quyidagi holatni tahlil qiladi:

- 19 yoshli talaba isitma, bosh og‘rig‘i va bo‘yin qotishi bilan shifoxonaga murojaat qildi.
- Yotoqxonada yana bir nechta talabalarda ham shunga o‘xshash belgilar kuzatilgan.

Savollar:

1. Qaysi infeksiya gumon qilinadi?
2. Etiologik agent nima?
3. Epidemiologik tekshiruv qanday o‘tkaziladi?
4. Profilaktik choralar qanday?

4. “Klaster” usuli

Maqsad: Mavzuni tizimli tushunish.

Markazga **“Koronavirus va meningokokk infeksiyasi”** yoziladi va atrofida quyidagi bo‘limlar tuziladi:

- Etiologiya
- Epidemiologiya
- Yuqish yo‘llari
- Klinik belgilar
- Profilaktika

Tinglovchilar har bir bo‘limga ma’lumotlarni qo‘shib boradi.

Xulosa:

Interfaol usullar:

- tinglovchilarning mustaqil fikrlashini rivojlantiradi
- mavzuni tez va samarali o‘zlashtirishga yordam beradi
- epidemiologiya va etiologiya kabi murakkab tushunchalarni osonroq anglash imqonini beradi.

2.5.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	Qizamiq, qizilcha, skarlatina va suvchechak kasalliklarining etiologiyasi, epidemiologiyasi

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Qizamiq qizilcha, epidparatit. kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 2. Kasalliklarning klinik ko’rinishlari. 3. Skarlatina,suvchechak kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 4. Kasalliklarning klinik ko’rinishlari

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.
Pedagogik vazifalar Nafas yo'llari yuqumli kasalliklari. Qizamiq qizilcha, epidparatit. kasalliklarni		**O'quv faoliyatini natijalari**:

etiologiyasi,patogenezi xaqida tinglovchilarga bilim berish.Asosiy klinik belgilari, tashhisoti, bemor parvarishi. Bemorlarni ko‘zdan kechirish,bemor muammolarini aniqlash, ma’lumot to‘plash va tahlil qilish, parvarish rejasini tuzish va amalga oshirish. Laboratoriya tashhisoti uchun material yig‘ish. Zamonaviy virusologik va serologik tekshirish usullari. Bemorlarni davolash va parvarishlash. Nafas yetishmovchiligida yordam ko‘rsatish.Epidemiyaga qarshi chora tadbirlar rejasini tuzish.	Qizamiq bolalar xavo tomchi infeksiyalari ichida ko’plab rivojlangan mamlakatlarda uchraydigan infeksiya xisoblanadi.Asosan erta yoshdagi bolalar kasallanadi. Qizamiqqa qarshi birdan bir chora moyil bulgan axolini faol immunizatsiyalash xisoblanadi. Bular tog’risida barcha tinglovchilar bilishlari kerak. Qizamiq kasalligi chiqqanida gigena qoidalariga qatiy rioya qilish lozim.
O’qitish metodlari	“Klinik vaziyat” “Klaster ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Qizamiq, qizilcha, skarlatina va suvchechak kasalliklarining etiologiyasi, epidemiologiyasi

Reja:

1. Qizamiq qizilcha, epidparatit. kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
2. Kasalliklarning klinik kurinishlari.
3. Skarlatina,suvchechak kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
2. Kasalliklarning klinik ko’rinishlari.

QIZAMIQ. Qizamiq bolalar xavo tomchi infeksiyalari ichida ko’plab rivojlangan mamlakatlarda uchraydigan infeksiya xisoblanadi. Jaxonda xar yili qizamiq bilan 60 min axoli kasallanadi, ulardan 3 mlni uladi ,asosan erta yoshdagi bolalar. Qizamiqka qarshi birdan bir chora moyil bulgan axolini faol immunizatsiyalash xisoblanadi.

1954 yilda Endersnning virusni xujayra kulturada ajratishni yangi usulini kashf etilishi tirik qizamiq vaksinasini yaratilishiga asos soldi. Bu usul yordamida 1959 yilda qizamiq virusini attenuatsiya yuli orkali vaksina shtammlari olindi.

Etiologiyasi: Qizamiq virusi polynosa morbiliorum paramiksoviruslar oilasiga mansub, bir zanjirli RNK saklaydi. Tashki kobigi lipoproteid membrana antigen tuzilishini uzgarishidan saklaydi, bu esa vaksina olish uchun zarur.

Qizamiq virusi tashqi muhitga chidamsiz, quritishni yomon kutaradi, nur tasirida 8-10 daqiqa davomida o‘ladi. Yuqori nafas yo‘llari va asab tizimi epitelial xujayralarini, limfoid xujayralarni, retinuloendotelial to‘qimalarni shikastlaydi. Maymun buyragi xujayralaridan tayorlangan to‘qima kulturasida yaxshi o‘sadi.

Epidemiologiyasi: Kasallik manbai–bemor odam, ayniqsa, kataral davrda maksimal darajada virus ajratadi va eng yuqumli hisoblanadi, toshma toshish davrida yuqumliligi kamayadi. Bemor kasallikning 6-7 kuniga qadar yuqumli deb hisoblanadi, agar asoratlar qo‘shilsa yuqumli davri kasallikning 10 kunigacha davom etadi

Yuqish yo‘li–xavo tomchi orqali. Qizamiq bilan orttirilgan immuniteti bo‘lmaganlarning barchasi kasallanadi. Yuqish indeksi q 0,95 Kasallikdan so‘ng umrbod immunitet shakllanadi. Onadan bolaga tug‘ma immunitet utish sababli 6 oygacha bulgan bolalar kizimik bilan kasallanmaydi. Qizimiq qishki infeksiya hisoblanadi, shuning uchun u asosan qish va bahorda kuzatiladi.

Klinikasi Qizamiqda inkubatsion davr urtacha xisobda 8-10 kundan. 17 kungacha chuzilishi mumkin. Profilaktik maksada immunoglabulin olgan bolalarda inkubatsion davri 21 kungacha chuziladi.

Qizamiq klinik kurinishda 3 da davr farklanadi: prodromal, toshmali, pigmentatsiya. Kassallik boshlanish kataral davr–3 –4 kun davom etadi, tana xaroratini 38,5-39s gacha kutarilishi, intoksikatsiya va kataral simptomlari paydo bulishi bilan boshlanadi.

Bemorda tez-tez aksirish, burundan ko’p suyuklik ajralishi ovoz bugilishi va quruq yo’tal kuzatiladi.

Yoruglikdan kuzlari achishadi, yeshlanadi, qonyuktivalari kizarib ketadi qovoqlarni shishib, burtib turadi. Umumiy axvol keskin uzgaradi; bola bezota ,injik, yomon uxlayd, lanj, ishtaxasi susayadi.

Dastlab kasallik boshida ichi suyiladi, korinda ogrik paydo bo’ladi. Juda ogir xolatlarda kasallikning birinchi kunlaridan boshlab umumiy intoksikatsiya belgilari keskin namoyon bo’ladi, talvasa va xushni ketishi kuzatilishi mumkin.

Qizamiqda katoral davr 3-4 kun davom etadi, ba’zan 5-7 kungacha chuziladi. Bu davr uchun patognomonik belgi ogiz shillik kavatida uziga xos uzgarishlar bulishidir. Til ildizi soxasida, lunj milk va lab shillik kavatida chetlari kizil bulgan kul rang-okish nuktalarni bulishi bilan xarakterlanadi. Bunda shillik kavat gulsimon, gadir–budir kizargan, noziklashgan-Filatov Belskiy-Koplik

simptomi. Bu belgilar toshma toshguncha 1-2-3 kunlarda namoyon bo'ladi, bu toshma paydo bulguncha qizamiq tashxizini kuyishda yordam beradi va prodromda boshka etiologiyali kataral kurinishlarni farklashda yordam beradi.

Qizamiq kataral davri uchun yumshoq va qattiq tanglayda mayda pushti-qizil doglar ko'rinishida enantemalar paydo bo'lishi xarakterli, qizamiq enantemalari teriga toshma toshguncha 1-2 kun davomida aniqlanadi. Ba'zan qizamiqning kataral davrida terida nuqtasimon, skarlatinasimon yoki urtikar toshma paydo bulishi kuzatiladi. Prodromol toshma asosan kam va sust namoyon bo'ladi. Qizamiq toshmasi paydo bo'lgach kasallik avj olishga o'tadi.

Toshma toshish davri kasallikning 4-5 kunidan boshlanadi va dog'li-papulez toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.Toshmaning birinchi elementlari quloq orqasida, burunda mayda pushti doglar shaklida paydo bo'ladi. Tezda o'lchamlari kattalashadi, bir-birlari bilan ba'zan qo'shiladi, noto'g'ri shaklga ega bo'ladi. Toshma elementlari miqdori juda tez ko'payadi, birinchi sutka oxirida butun yuz va buyinni koplaydi, kukrak va tana yuqori kismida aloxida elementlar shaklida bo'ladi.

Ikkinchi sutkada butun tanani va qo'lni yuqori qismini toshma koplaydi, uchinchi kunda oyoq va qo'llarda tarkaladi.

Toshmani etapli toshishi-qizamiq uchun muxim diagnostik axamiyatga ega. Qizamiqda toshma oyoq- qo'lning ichki va tashki yuzasini bir tekisda koplaydi

Toshmaning birinchi kunida tana xarorati kataral davridagiga nisbatan yuqori. Toshma toshishidan 1-2 kun oldin ubir qancha tushadi va toshmaning birinchi kuni yangi kutarish kuzatiladi, ikki bukrilik xosil qiladi. Toshma toshishi davrida xarorot yuqoriligicha saklanadi. Asoratlanmagan kechishada toshma tosha boshlangan kundan 3-4 kun o'tgach harorot normalashadi. Toshma davrida bemor umumiy ahvoli og'ir, bezotalanish alaxsirash, ba'zan uyquchanlik kuzatiladi.

Periferik qonda leykopeniya kuzatiladi. Qizamiqda umumiy intoksikatsiya belgilari kasallik og'irligi belgilaydi. Keyinchalik toshmalar tezda korayib, jigar rang tus oladi, va pigmentansiya davri boshlanadi. Pigmentatsiya xam etapli, ya'ni dastlab yuzdan, tana va oyoq qo'llardagi toshmalar pigmentatsiyalanadi. Bu davr 1-1.5 xafta davom etadi va teri mayda kipiklanishlar bo'ladi.

Pigmentatsiya davrida tana xarorati normallashadi, kataral simptomlar yo'qoladi va bemorning umumiy ahvol asta sekin tiklanadi. Qizamiqning reqonvalessensiya davrida uzoq muddat asteniya va anergiya (immunitetning susayishi) holati ushlanib turadi.

Klassifikatsiya. Tipik va atinik qizamiq farklanadi.

Tipik qizamiqda barcha simptomlar xarakterli yakkol namoen bo'ladi. Tipik qizamiq og'irligiga qarab: yengil, o'rtacha og'ir, og'ir. Atipik qizamiqda asosiy belgilar yashirin yoki umuman bulmaydi. Mitigirlangan, emlanganlardagi qizamiqni ba'zi davrlari davomiligi buzilgan bulishi mumkin-toshma davri kiskari, kataral davrning bulmasligi, toshma etapli toshishini buzilishi.

Mitigirlangan qizamiq inkubatsion davrida immunoglobulin olgan bemorlarda kuzataladi. Ba'zan bunday bemorlarda Filatov-Belskiy-Koplik toglari bulmaydi, toshma rangpar, mayda va kam bo'ladi (ba'zan bir nechta element),

toshma toshish etapliligi buzuladi. Kataral belgilar juda sust nomoyon bo‘lgan yoki umuman bo‘lmaydi Mitigirlangan qizamiqda asoratlar kuzatilmaydi

Qizamiqning yashirin shakli ko‘pincha 6 oygacha bo‘lgan bolalarda uchraydi, ularda kasallik onasidan utgan passiv imunitet fonida kechadi Atipik agressiv simptomli qizamiq (gipertoksik, gemorragik, yomon sifatli**)** xolatlarni kiritish mumkin, ular juda kam uchraydi. Tirik qizamiq vaksinasi bilan emlanganlarda qonida antitelalar xosil bo‘ladi, bo‘lmagan bo‘lsa ularda qizamiqning barcha xususiyatlarini saqlagan xolda tipik kechadi

Asoratlari: Qizamiqda asoratlar kasallikning turli davrlarida paydo bo‘lishi mumkin. Asosan ular ikkilamchi mikrob florosini kushilishidan iborat. Asoratlar qizamiqda faqat o‘limga sabab bo‘lishi mumkin. Asoratlanmagan qizamiqdan bolalar o‘lmaydi.

Ko‘pincha asoratlar nafas a’zolari tomonidan bo’ladi: laringit, laringotraxeobronxit, zotiljam. Laringit va laringotraxeit asosan prodramal davrda paydo bo’ladi va toshma toshishi bilan yuqoladi. Ular sababchisi qizamiq virusi bo‘lib, jarayon kataral xarakteriga ega.

Nekrotik, fibrinoz-nekrotik, yarali laringit va laringotraxeit pigmentatsiya davrida vujudga keladi, lekin kasallik boshlanishda xam bo‘lishi mumkin Ular uzoq muddatli, ba’zan to‘lqinsimon kechadi, afoniya va xiqildoqni yaqqol stenozi bilan namoyon bo‘ladi. Bu virus–bakterial asoratdir. Qizamiqda o‘pkani yallig‘lanishi barcha davrlarda rivojlanishi mumkin Erta zotiljam, prodrom davrda rivojlanadi, qizamiq virusi chaqirgan limfa va qon aylanishi buzilishi bilan bog‘liq. O‘pkadagi o‘zgarishlarni aniqlash qiyin, bu o‘zgarishlar **“qizamiq o‘pka”** deb nomlanadi.

Erta paydo bo‘lgan zotiljam juda og‘ir kechishi bilan farqlanadi bunda MNS va YuKT shikastlanadi .Bunda o‘pkadagi fizikal o‘zgarishlar yaqqol bo‘lmasligi mumkin, chunki bronxopnevmoniya o‘choqli shaklida kechadi.

Kechki zotiljam toshma pigmentatsiyasi davrida (toshma toshgach 4-5 kundan keyin) paydo bo‘ladi. 1-2 kun tana xarorati normalashgach, u yana kutariladi, umumiy axvoli yomonlashadi. Xansirash, sianoz va o’pkada fizikal uzgarishlar paydo bo‘ladi. Qizamiqdagi zotiljam sekin kechishi bilan farklanadi va absesslanishiga moyil bo’ladi.

Xozirgi vaqtda antibiotiklarni uz vaktida kullanilishi zotiljamni sillik kechishi va shu tuzalishini taminlaydi. Oxirgi yillarda qizamiqda empiema va obsesslar kam uchrayapti. Eng ko’p va juda ogir zotiljom 2 yoshgacha bulgan bolalarda uchraydi. Qizamiq zotiljomidan ulish okibati bilan tugashi ko’pincha 2 yoshgacha bulgan bolalar orasida kuzatiladi.

Otit – eng ko’p uchraydigan qizamiq asorati. Oxirgi yillarda fakat kataral otit ko’p uchrayapti. Yiringli otit kam uchraydi. Otitlar ko’pingcha qizamiq pigmentatsiya davrida paydo bo’ladi. **Stomatit** – qizamiqda kataral yoki aftoz bo’ladi. Ovkatlanishi buzilgan va avitaminoz sababli kuchsizlangan bolalarda nekrotik yoki yarali stomatit rivojlanadi.

Gangrenozli stomatit (noma) oxirgi yillar uchrayapti.

Keratit: qizamiqda kam uchraydigon asorat diareya va avitaminoz belgilari bulgan bolalarda, ayniksa kuzga yomon parvarish bulganda uchraydi

Davolash. Qizamiqni ogir kechish, asoratli kechish va uy sharoiti ularni parvarish kilishiga imqoniyati bulmagan bemorlargina kasalxonaga yotkiziladilar. Shuningdek yopik bolalar muassalarda va 1yoshgacha bulgan bolalar xam kasalxonalarga yotkiziladi

Davo choralari: Yaxshi soglom sharoit yaratish, bemorni parvarishlashini tashkillashtirish, Ochik xavodan foydalanish, Tugri ovkatlantirish.

Bemorlarni 1-2joyli bokslarga yotkizish lozim.

Yotok tartibni butun tana xarorati kutarilgan davrda saklaniladi. Quruq yorilgan lablarini borli vazelin yoki yog bilan surkash lozim. Burun paxtali issik vazelin yogiga botirilgan tampon bilan tozalanadi katkaloklar osil bulganda burunga kuniga 3-4 marta 1-2 tomchi vazelin yogi tomiziladi.

Ovkatlanish yoshiga mos bulishi kerak. Qizamiq bilan ogrishiga karamay barcha bolalarga askorbin kislota (300-500mlg sut), vitamin A. Sutli yengil xazim bo'ladigan ovkatlar tavsiya etiladi

Erta yoshdagi bolalarga (yoshgacha) qizamiqni ogir kechishida, yakkol intoksikatsiyada va o'pkadagi uzgarishlar (xonsirash, quruq xirillashlar) bulganda ag'b tavsiya etiladi .Qizamiq infeksiyasini allergik xarakterga ega ekanligini xisobga olgan xolda antigistamin preparatlari (dimedrol, suprastin) tavsiya etiladi

Profilaktikasi. Kasallanganlar toshma tosha boshlagach kamida 4 kun muddatga, zotiljam bilan asoratlananlar 10 kun muddatga aloxidalanadilar. Qizamiq bilan kasallanmangan insonlar va bemor bilan mulokotda bulganlar mulokot vaktidan 17kun davomida bolalar muassasalariga kuyilmaydilar, profilaktik maksadda immunoglobulin olganlar uchun bu muddat 21 kunga chuziladi. Qizamiqni maxsus profilaktikasi

Passif profilaktika uchun odam qonidan tayyorlangan immunoglobulindan foydalaniladi. U qizamiqli bemorlar bilan mulokotda bulgan, vaksinatsiya bilan emlash qarshi kursatma xisoblangan yoki emlash yoshiga yetmagan bolalarga shoshilinch profilaktika uchun yuboriladi. Immunoglobulin dozasi 3 ml. Mulokotdan keyin 5 kun ichida immunoglobulinni yuborish eng ko'p profilaktik natija beradi .

Aktiv immunizatsiya tirik qizamiq vaksinasi yordamida utkaziladi. Moyil bulgan bolalarga bu vaksinani yuborilishi immunologik javob reaksiyasi, ya'ni 95-98% emlangan bolalarda maxsus antitelalar paydo bulishi bilan namoyon bo'ladi.

Antitelalarni yigilishi vaksinalar yuborilgan sung 7-15 kundan keyin boshlanadi. Antitelalarning eng yuqori darajasi 1-2oydan keyin aniqlanadi. 4-6 oydan keyin antitelalar titri pasayadi. Tirik qizamiq vaksinasini yuborilishiga javoban 6-18 kun ichida vaksinal jarayonining klinik kurinishlarib, tana xaroratini kutarilishi qonyuktivit kataral belgilar, ba'zan toshma paydo bulishi kurinishida namoyon bulishi mumkin. Vaksinal reaksiya -3 kun davom etadi. Qizamiqka qarshi emlash utkazilishiga qarshi kursatmalar yuk. Vaktinchalik emlashdan ozod etiladi. Utkir infeksion va noinfeksion kasallikllar bilan kasallangan bemorlar reqonvalitsensiya davri xam (1–oydan kam bulmagan) surunkali kasalliklarni kurish davridagi bemorlarga klinika laborator uzgarishlar bilan ularga emlash 1 oydan kam bulmagan remissiya davridai utkaziladi.

ORVI yengil shakllarida tibbiy chegaralash 2-3 xaftagacha kiskartirilishi mumkin individual xam qilinadi.

Qizilcha — utkir virusli kasallik bo'lib, mayda dogli toshmalar, generallashgan limfadenopatiya, biroz rivojlangan isitmalash va xomiladorlarda xomilani shikastlanishi bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Qizilcha virusi togaviruslarga (Togaviridae oilasi, Rubivirus sinfi) kiradi. Virionlar diametri 60-70 nm li sferik kurinishda bo'lib, yuzasida uzunligi 8 nm li kam mirdordagi curkichlari joylashgan. RNK tutadi. Qizilcha virucining boshka togaviruslardan farkd neyraminidaza tutadi. Virus bir necha maymunlar turi uchun patogen xisoblanadi. U ko'pgina xujayrali muxitlarda usish xususiyatiga ega, lekin sipotatik ta'siri kam ifodalangan. Qizilcha virusi kantar, goz eritrotsitlarini agglyutinatsiyalaydi, gemolitik ta'sir kursatadi. Virus tashki muxitga chidamsiz, kuritilganda, rN uzgarganda (6,8 dan past va 8,0 dan yuqori), ultrabinafsha nurlar, efir, formalin, va boshka dezinfeksiyalovchi vositalar ta'sirida tez iobud bo'ladi,

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo'lib fakat odam xisoblanadi. Qizilchaning virusi yakkol klinik belgilar bilan namoyon bulgan bemorlarda, qizilcha atipik, toshmalarsiz kechgan shaxslarda, bolalarda tugma qizilchada bir necha oylar davomida saklanishi mumkin 1,5 yilgacha va undan ko'proq. Amaliyotta qizilchani faol. emlash kiritilgunga kadar 6-9 ynllik oralik bilan epidemiya kurinishida. namoyon bo'lib turgan. Emlash kiritilishi bilan kasallanish keskin kamaygan. 1964 yilda AKSh da 1,8 mln dan ortik, qizilcha ro'yxatga olingan. Buning okibatida 20000 dan ortik bola anomal rivojlanishli tugma qizilcha bilan tugilgan. 1984 yilda 745 kishi qizilcha bilan orrigan. Epidemiyalar oraligida kasallik sporadik xolda. uchrab turadi. Kasallik bilan ko'p. kasallianish aprel-iyun oylarida ko'p ro'yxatga olinadi. Kasallik epidemiyasi vaktida fakat bolalar emas, balki kattalar xam, xususan jamoat tashkilotlari xodimlari (xarbiy xizmatchilar va b.) kasallanadilar. Qizilcha xomilador ayolar uchun uta xavfli xisoblanadi, chunki xomila. ichi zararlanishi kuzatilishi mumkin. qizilcha virus virusi toshmalar toshishidan 1 xafta oldin va toshma toshgandan sung 1 xafta davomida tashki muxilta chikariladi.

Zararlanish xavo-tomchi yuli orkali sodir bo'ladi (xomiladorlarda - transplatsentar).

Patogenezi.

Qizilcha virusi orgaiizmga nafas yullari shillik,kavatlari orkali. kiradi. Keyinchalik virusemiya sodir bo'ladi. Gematogen yul bilan butun orgaiizmga tarkatiladi, virus deratotrop xususiyatga ega bo'lib, limfa tugunlarda xam uzgarishlar chakiradi va yashirin davri oxirlarida ulchamlari kattalashadi. Bu vaqitda virusni burun-yutkun surtmasini ajratib olish mumkin. Toshmalar paydo bulishi bilan virus qonda va burun-yukunda topilmaydi,ayrim xolatlarda toshmalar toshgandan 1-2 kundan keyin xam ajratib olish mumkin. Zardobda antitanachalar toshmalar toshishining 1-2 kunlaridan paydo bo'ladi.Kasallikdan tuzalgandan sung antitanacha umrbod saqlanib qoladi. Komplemeitni boglovchi antitanachalar titri asta-sekin kamayib boradi. Immunitet umrbod turgun bo'ladi. Qizilcha virusi embrional tukimaga tropizm xususiyatiga ega, sezilarli darajada xomila rivojlanishiga ta'sir kursatadi. Xomilaning zaralanish kursatkichi xomiladorlik

mudditiga boigak,.Xomiladorlikning 3-4 xaftasida qizilcha bilan kasallanganda60: xolatlarda, 9-12 xaftalarda — 15% da, va 13-16 xaftalarda 7% da tutma nuksonlar shakllanadi. Xomiladorlar qizilcha bilan kasallanganda virusemiya vaktida virus yuddoshga utadi va shu yerda ko'payib, xomilani jaroxatlaydi. Infeksiya mitotik faolikni buzilishiga, xromasomalarni uzgarishiga olib keladi, bu esa jismoniy va akliy rivojlanishdai orkada kolishga sabab bo'ladi. Tugma qizilchada qon zardobida qizilcha virusi kancha bulishidan kat'iy nazar, kuztatuvchi bola organizmida uzok, muddat (31 oygacha) sakdanadi. Bola bu vakt oraligida boshka bolalar uchuy infeksiya mayabai bulishi mumkin.

Klinik kurinishi. Yashirin davri 11 kundan 24 kungacha (ko'pincha 16-20 kun) davom etadi. qizilchada bemorning umumiy xolati kam uzgaradi, shuning uchun birinchi belgi sifatida toshmalar paydo bulgandan sung uziga axamiyat beradi va murojaat kiladi. Bemorlarda biroz xolsizlik, darmonsizlik, yengil bosh ogrigi, ayrim xollarda mushaklar va bugimlarda otrik kuzatiladi. Tana xarorati subfebril saklanib qoladi, ba'zida 38-39°S gacha kutariladi va 1-3 kun sakdanadi. Ob'ektiv tekshirishda yuqori nafas yullarining suct namoyon bulgan katari, biroz tomokda giperemiya, qon'yunktiva tomirlari in'eksiyasi kuzatiladi. Kasallikning birinchi kunidan generallashgan limfadenopatiya paydo bo'ladi. Xususan orka buyin va ensa limfa tutunlari kattalashadi va ogrikli bo'ladi. Ayrim xollarda yuqoridagi belgilarshshg xam birortaci xam, kuzatilmaydi, fakdt toshma toshgandan keyin sezib kolinadi.Kasallik turli shakllarda kechishi mumkin. Qizilcha klinik shakllarining umum kabul kilingan tasnifi yuk. Bizning fikrimizcha, qizilchaning klinik shakllari kuyidagilarga ajratish mumkin.

A. Orttrilgav qizilcha: 1. Tipik shakli: yengil; urta ogip, ogir. 2. Atipik shakli (toshmasiz). 3. Inapparant shakli (subklinik).

B. Tugma qizilcha: 1. Nerv tizimining zararlanishi. 2. Tugma yurak nuksonlari. 3. Eshitishning buzilish shakllari. 4. Kuzning shikastlalishi bilan utadigan shakli. 5. Aralash shakllari. 6. Tugma qizilchaning sezilarsiz belgilari.

Tipik shakli asoratlanmagan va asoratlangan (artrit, ensefalit, trombotsitopenik purpura, akusherlyk patologiyasi) bulishi mumkin. Tipik orttirilgan qizilchaning asoratsiz shakli yengil yoki urta ogir shaklda utadi, umumiy intoksikatsiya belgilari kam namoyon bo'ladi.

Tana xarorati butun kasallik davomida me'yorida saklanib kolishi mumkin (22% da) yoki subfebrid darajagacha kutariladi (48%), kolgan bemorlarda xarorat 38—39°S atrofida tebranib turadi. Isitma 2-4 kun davom etadi va aloxida bemorlarda (10%) 5 kundan uzok, chuziladi. Qizilchaning juda ko'p uchraydigan belgilari bo'lib yuqori nafas yullarining yalliglanishi rinit (70% da) va faringit (90% da) kurinishida namoyon bo'ladi. Bemorlar kypyk yo'talga, tomokda noxush sezgiga (kadalish, kichishish, kurib kolish) shikoyat kidadi. Ba'zida yumshok tanglayda kichik kizil edementni (Forxgeymer dogi) kurish mumkin. Ko'pincha bemorlarda (70%. atrofida) kizamikdagiga nisbatan kamrok. namoyon bulgan qon'yunktivit kuzatiladi. uchuy xos belgi toshmalar (ekzantema) xisoblanadi. Ko'pincha toshma kasallikiiыg birinchi kunidan (40%) paydo bo'ladi, lekin ikkinchi kunidan (35%), uchinchi (15%) va xato turtinchi (10% bemorlarda) kunida toshmalar toshadi. Kudshshcha toshma yuzda toshishi bilash boshlanadi, keyin sutka davomida tanada

va kui-oyoklarda paydo bo’ladi. Qizamikdan farkli ravigada toshmalar boskichli toshmaydi. Toshmalar ko’pincha yozuvchi yuzalarda, orkada, belda, dumba soxasida joylashadi. Yuzda tanaga nisbatan toshmalar kamrok. bo’ladi. Skarlatinadan farkli ravishda toshmalar ugarmagan teri fonida toshadi, Asosiy toshma elementa bo’lib, mayda doglar xsoblanadi (diametri 5—7 mm), term satxidan kutarilmaydi, terpim bosganda yoki taraiglashtirganda yukrladi. Mayda dogli toshmalar tipik (95% da) xisoblanadi, aloxida xrlatlarda yirik dogli (diametri 10 mm va undan katta) bulishi mumkin. Shular bilam bir katorda 2-4 mm diametrli yassi rozeolalar kuzatiladi.. Toshma elementlari aloxida joylashadi, ba’zida bir-biri bilan kushilib, chetlari krraygan yirik dog xosil kiladi, lekin teri yuzasida yirik eritematoz yalliglanishlar chakirmaydi.Ayrim xollarda toshmalar soxasidaengilishishlar bo’ladi. Toshma elementlari 2-3 kun saklanadi. Bir kism bemorlarda kasallikning birinchi kunlarida ko’p bulmagan pgaotenziya, ba’zida jigar ulchamlarining kattalashishi, (10% da), birmuncha ko’proq, talokning kattalashishi (30% bemorlarda). Kuzatiladi. Periferik qon uchun leykopeniya va plazmatik xujayralar sonining ortishi xosdir.

Atipik qizilcha yengil, toshmalarsiz, utadi, u yuqori nafas yullarining yengil kataral yalliglanishi va biroz rivojlangan limfadenopatiya bilan xarakterlanadi. Agar bunda bemor qizilcha bilan mulokotda bulganligi xakida ma’lumot bulsa, shu kasallik xasida uylash mumkin.

Kasallikning inapparant shakli xanuztacha muammo bo’lib kelmokda. Ma’lumotlarga kura qizilchaning inapparant kechishi tipik klinik kechishiga nisbatap 5-6 marta ko’proq kuzatiladi. Buyam qizilchaga karshi antitanachalar titrining ortishi bilan aniklash mumkin.

Turma qizilcha. Kasallikning kechishi xomila ichi zararlanishida oddiy qizilchadan birmuncha farkli kechadi. Tugma qizilcha sindromiga yurak tugma nuxsonlari — arterial yulakning ochik k olishi, korinchalararo tusik, nuksoni, o’pka uzani stenozi; kuzning shikastlanishi — shox pardaning xiralashishi, katarakta, xorioretinit, mikroftalmiya; mikrotsefaliya, akliy rivojlanishdan orkaga kolish, karlik kiradi. Keyingi yillarda bu sindromning kurinishlariga trombotsitopenik purpura, jigar va talokning kattalashishi, xomila ichi rivojlanishidan orkada kolish, interstitsial zotiljam, miokardit yoki miokard nekrozi va metafiz soxasida suyaklarning shikastlanishi kiritildi. Bir kancha bolalarda gumral va immun xujayraviy immun tankislik belgialari aniklandi, keyinchaljk be shaxslarda tugma qizilchadan keyingi kandli diabet va usib boruvchi utkir osti panensefalit rivojlaldi.

.

Asorati. Orttirilgan qizilchaning ko’p uchraydigan asorati bo’lib artritlar xisoblanadi. Bolalarga nisbatan katta yoshdagi bemorlarda bu ko’p uchraydi (30% erkaklarda, 5—6% ayollarda). Pripuxlost i boleznennost sustavov Bugimlarning shishishi va ogpikliliti toshmalar yukolishidan 1-2 kundan sung kuzatiladi va 5—10 kun saklanadi. Kam uchraydigan asorati — trombotsitopenik purpura. U petexial yoki terida yirik gemorragik toshmalar, milklarning qonashi, gematuriya bilan xarakterlanadi.

Oigr asorati — qizilchali ensefalit, qizilcha bilan. kasallangan 5000—7000 dan bittasida kuzatiladi. Ensefalit belgilari toshmalar yukolishi bilan yoki ekzantema

vaktida paydo bo’ladi. Bemorlarda bosh ogrishining kuchayishi, umumiy es-xushning yomonlashishi, keyinchalik talvasalarning rivojlanishi, komatoz xoatlar, gemiparezlar aniqlanadi. Ba’zida meningial simptomlar xam bulishi mumkin. Ensefalitdan ulim kursatkichi juda yuqori.

Tashxisi va kiyosiy tashxisi. Tipik xolatlarda jamoatchilik orasida epidemiyalarning bulishi tashxislashda kiyinchalik tugdirmaydi. Sporalik xolatlarda tashxis kuyish, xususan atipik xolatlarda juda kiyin bo’ladi. Kasallik mayda dogsimon toshmalar bilan kechadigan boshka kasalliklar bilan takkoclanadi (adenovirusli va enterovirusdi kasalliklar, kizamik, yuqumli mononukleoz, pushti rang temratki, dori ekzantemasi, yuqumli eritema va b.). Tashxisotida periferiik qondagi kurinishi yordam beradi (leykopeniya, nisbiy limfotsitoz, plazmatik xujayralar sonining ortishi). Tashxisni qizilcha virusni ajratib olinishi va maxsus antitanachalar titrining ortib borishi tasdiklaydi. Bu masadda turli reaksiyalar qullaniladi: KBR, immunoferment analiz, immunoflyuoressetsiya reaksiyasi, shuningdek maxsus antitanachalar sinfini anikdash.Serologik reaksiyalar juft zardob bilan 10-14 kun oraliqda qo‘yiladi.Antitanachalar titrining 4 va undan ko‘p marta ortishi tashxisni tasdiqlaydi.

Davolash.

Asoratlanmagan qizilcha simtomatik davolanadi. qizilchali artritda xloroxin (delagil) 0,25 g dan kuniga 2—3 maxal 5-7 kun davomida, antigistamin dori vositalari, nosteroid yallig‘lanishga karshi vositalar tayinlanadi. Gemorragik sindromda — prednizolon (20-25 mg dan'7-10 kun davomida), gemorragik belgilar ko’proq, namoyon bulganda geparin kuniga 20—30 ming YeD qo‘llaniladi. Kompleks vitaminlar tayinlanadi. Qizilcha ensefalita rivojladganda va bonqa ensefalitlarda kompleks tadbirlar o‘tkaziladi.

Qizilchaning oqibati yaxshi sifatli kechadi. Qizilcha ensefalitida esa o‘lim ko‘rsatkichi 50% ga yetadi. Tug‘ma qizilchada esa bir kancha nuksonlar (masalan, karlik) biroz kechrok; rivojlanadi.

Profilaktikasi. Maxsus profilaktikasi uchun bir kator davlatlarda tirik kuchsizlantirilgan vaksina ishlab chikilgan va samarali kullanilmokda. Immunizatsiyadan asosiy maqsad tug‘ma qizilchani oldili olish xisoblanib, bu qontingent asosini 14-15 yoshli qiz bolalar tashkil kiladi {bir kancha davlatlarda 10-14 va xatto — 11). Emlashda kator vaksinal reaksiyalar bulishi mumkin va 95% emlanganlarda qizilchaga karshi antitanachalar paydo bo’ladi. Katta yoshli ayollar emlanmaydilar, xomiladorlarni zmlash mumkin emas, bundan tashqari emlashdan sung 3 oy davomida jomilador bo‘lish ta’qiqlanadi.

SKARLATINA Skarlatina – o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib umumiy intoksikatsiya, bodomcha bezlarining yallig‘lanish – angina xamda teriga toshmalar toshishi bilan xarakterlanadi.

Etologiyasi. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi A gruppaga kiruvchi v gemolitik streptokokk xisoblanadi. Skarlatinani chaqmiruvchi saramas, angina va boshqa xar xil kasalliklarni chaqiruvchi streptokokklardan deyarli farq qilmaydi. Skarlatinani o‘tkazgan bemor organizmda orttirilgan turg‘un immunitet xosil bo‘ladi. Bu kasallikda immunitet antitoksik xarakterga ega bo‘lib, immunitet kuchli bo‘lganlarda skarlatina emas boshqa streptokokkli kasalliklar-angina, traxiet va boshqalar bo‘lishi mumkin. Skarlatina o‘zida streptokokkli immunitet xosil bo‘lganda streptokokklar chaqiradigan kasalliklarni bir ko‘rinishida namayon bo‘ladi. Bu kasallik boshqa xil kasalliklardan kuchli toksik kopilement xosil bo‘lishi bilan ajralib turadi.

Epidemiologiya. Skarlatina butun yer yuzi mamlakatlarida tarqalgan kasallik xisoblanadi. Keyingi 3-10 yil davomida kasallikning og‘ir formalari bir muncha kamayganligi aniqlangan. Mamlakatimizda asosan 70-80% gacha kasallikning yengil turlari uyaramoqda. Kasallik manbai bnmor odam va bakteriya tashuvchilaridir. Bundan tashqari kasallik manbai bo‘lib streptokokkli angina va nazofarengit bilan og‘rigan bemor xisoblanadi. Skarlatinani dastlabki kunidan boshlab yuqumli xisoblanadi. Agar o‘z vaqtida penitsilin qo‘llanilsa kasallikning yuqumlilik davri qisqaradi va 7-10 kunlaridan so‘ng u atrofdagilar uchun xavfsiz xisoblanadi. Agar organizmda yiringli yallig‘lanish o‘choqlari bo‘lsa yiringli rinit yoki otit bo‘lsa yuqumlilik davri uzayadi. Bu davr bemorlar uchun xam reqonvalestentlar uchun xam xavfli xisolanadi. Bu davrda bemorlar o‘zoq vaqtgacha kasallik tarqatishi kuzatiladi.

Klinika. Kasallikning yashirin davri o‘rtacha 2-7 kunni tashkil qiladi. Bu ayrim xolda bir sutkaga qisqarishi yoki 1-2 kunga cho‘zilishi mumkin. Kasallik to‘satdan boshlanadi, xarorat to‘satdan 38-39 gradusni tashkil qiladi. Bemorda ko‘ngil aynish. Qusish kuzatiladi. Ayni paytda kuchli tamoq og‘rig‘i bo‘ladi. Keyinchalik skarlatinaga xos bo‘lgan toshma toshadi. Toshma tez orada bir yo‘la gavdaning turli qismlariga toshadi. Toshmaning o‘ziga xos xususiyati shundan iboratki, u mayda donali bo‘lib qizargan teri ustida paydo bo‘ladi. Qorin terisining

pastki va yonbosh qismlarida, qo‘llarning kaft yuzasida, oyoqlarning tizza qismlarida xamda terining tabiiy burmali soxalarida ko‘proq va zich joylashgan bo‘ladi. Yuzdagi toshmalar yonoq soxasida ko‘p bo‘ladi. Skarlatinadagi toshmalarning o‘ziga xos xususiyati burun-lab soxasi qizarmaydi, toshma xam bo‘lmaydi. Bu davrda demografizi simptomi simpatik nerv sistemasi faoliyati oshganligi tufayli oq bo‘ladi. Skarlatinada toshmalar ba’zan miliar ko‘rinishida, ba’zan to‘g‘nogich boshiday kattalikda bo‘lib o‘zida tipik yoki loyka suyuqlik saqlaydi. Bu toshmalar orasida siyrak gemmoragik toshmalar xam bo‘lishi mumkin. Bu toshmalar qon tomirlar devorlarini zararlanishi tufayli sodir bo‘ladi. Skarlatinada toshmalar teridan bir oz ko‘tarilib turuvchi papulez toshmalar bo‘lib, teri silab ko‘rilganda u bir oz dag‘allashgan bo‘ladi. Ba’zan kaft terisida pufakli toshmalr bo‘lib ko‘pincha ular bir-biri bilan qo‘shilishiga olib keladi. Kasallik og‘ir o‘tganda toshmalar rangi oq qizil emas balki ko‘kimtir tus oladi. Bu xolat mayda qon tomirlarda qon aylanishining keskin buzilishidan dalolat beradi. Skarlatinada toshmalar 3kundan 7kungacha bo‘ladi va xech qanday dog‘ qolmaydi, ammo toshmadan so‘ng ikki xaftagacha teri ko‘chishi pust tashlash kuzatiladi. Teri pusti mayda-mayda kipik tarzda yoki taram-taram bo‘lib ko‘chishi mumkin. Kasallik davomida terining juda quruq bo‘lishi xam kasallikni o‘ziga xos xususiyatidir.

Angina-skarlatinaning asosiy va doimiy belgilaridan biridir. N.F. Filatov bu to‘g‘rida shunday degan “Skarlatina anginasiz judakam xollarda uchraydi, shu sababli skarlatinaga tashxiz kuyishda shu bitta belgini e’tiborga olish ancha samaralidir” degan. Skarlatinada angina-tamoqda kuchli qizarish bodomcha bezlariga ularning ravoklariga va yumshoq tanglay shilliq pardalariga tarqaladi, lekin tanglay chegarasiga o‘tmaydi. Angina kataral, fallikulyar, nekrotik va soxta fibrinoz tarzda o‘tadi va bodomcha bezlarida, ularning ravoklarida, burun va xalqumning shilli pardasida nekrotik o‘zgarishga sabab bo‘ladi.

Angina kasallikning 2-4kunida yuzaga keladi. Birinchi kuni tamoqda faqat giperemiya bo‘ladi. Ba’zan kasallikning boshlanishida yumshoq tanglay shilliq qavatida nutali enantema bo‘lib tez fursatlarda bir tekis giperemiya bilan qoplanadi. To‘qimaning nekrozi yuzaki yoki chuqur orolcha shaklida yoki kattaroq o‘lchamda bo‘lishi mumkin. Nekrozga uchragan to‘qimaning rangi tuproqsimon rangda, ba’zan yashilroq rangda bo‘ladi. Kataral angina 4-5 kunida o‘tib ketsa, nekrotik angina esa 7-10kun davom etadi. Bemor og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati quruq bo‘ladi. Tilida xam o‘ziga xos o‘zgarishlar bo‘ladi. Kasallikning boshlang‘ich davrida til sarg‘ish yoki tuproqsimon tusli parda bilan qoplanadi, yekyin esa tilni avval chetlari keyin yuzasi tozalanadi. Til surg‘ichlari yaxshi ifodalanadi va u qip-qizil malina rangiga kiradi. Tildagi o‘zgarishlar 2 xaftagacha davom etish mumkin. Skarlatinani og‘irligiga va kechishiga ko‘ra A.A.Kal’pitik tomonidan taklif etilgan klassifikatsiyasi bor. Tipik formasida og‘irligiga qarab:

1. Yengil 2. O‘rtacha og‘irlikda 3. Og‘ir

Bundan tashqari kasallikning yengil turini o‘rtacha og‘irlikdagi turiga o‘tishi, o‘rtacha og‘irlikdagi formasida esa og‘ir turiga o‘tishi tipida kechishi xam tafovut qilinadi. Kasallikning og‘ir ko‘rsatkichlari umumiy intoksikatsiyasi simptomlari (MNS, YuKT, endokrin sistemalar zararlanishi), maxally o‘zgarishlar-

tamoqning zararlanishi, regionlar limfa tugunlarining zararlanishi bilan xarakterlanadi.
Atipik kechganda esa kasallik simptomlari sust va qisqa vaqtda yuzaga chiqadi. Ayrim simptomlar umuman kuzatilmasligi mumkin. Bu odatda kasallikning yengil formasidi. Skarlatinaning ekstrabukkal formasi (kuyish yoki jaroxatlangan joydan ba'zan tug'ruqdan keyin uchraydigan formalari) qisqa yashirin davrli bo'lishi bilan xarakterlanadi, angina juda kam yuzaga chiqqan yoki deyarli yuzaga chiqmaydi. Toshma toshishi ko'pincha mikroblar kirish darvozasi bilan bog'liq bo'ladi.

Atipik formasi to'satdan bir qancha simptomlarini birgalikda kuzishi-xujum qilishi bilan uchraydigan formasida(gipertoksik va gemmoragik simptomlar) kasallikni kechishi juda og'ir va yashirin bo'ladi, (angina, toshmalar, limfa tugunlarini zararlanishi) bu simptomlar tipik sakrlatinaga xos ravishda yaqio ko'rinadi. Bunday bemorlar miningoensefalitni yoki ovqatdan zaxarlanish kabi toksik xolatlardan 1-2 kundan so'ng kollaps yuzaga keladi. Bu MNS, VNS, YuKT sistemasi va endokrin sistema zararlanishda yuzaga keladi bunda kollaps natajasida nobut bshlishi mumkin. Skarlatinani bu formasi juda kam uchraydi.

Asorati Skarlatinaningeng ko'p uchraydigan asoratlari: limfoadenit, otit, sinustit, mastoidit, nefrit, sinovit, yiringli artrit va boshqalardir. Asoratlar kasallik boshlangandan keyin 2-3 xaftasida yuzaga kela boshlaydi. Asoratlar yuzaga chiqishi genezida 2 ta asosiy rol o'ynaydi: streptokokkning o'zida yoki serovaridan ikkilamchi zararlanish va allergiyadir. Allergiya asoratlar (otit, limfoadenit, sinovit, nefrit) asosan kasallikning 2 chi yarimida yuzaga keladi. Yringli yallig'lanish asoratlari kasallikning erta va kech muddatlarida xam kuzatilishi mmkin. Skarlatinani qaytalanishi odatda kasallikning 3-4 xaftasida yuz beradi. Lekin ritsidivlanish kasallikni erta muddatlarida 2 chi xaftasida xam kuzatilishi mumkin. Bu xolatga e'tibor berish muxum, birlamchi belgilar uncha yuzaga chiqmay kasalikka xos belgilarni bermasliga mumkin. Bu transportirpovkada ya'ni statsionarga yuborishda xatoliklarga yo'l qo'yilishi mumkin.

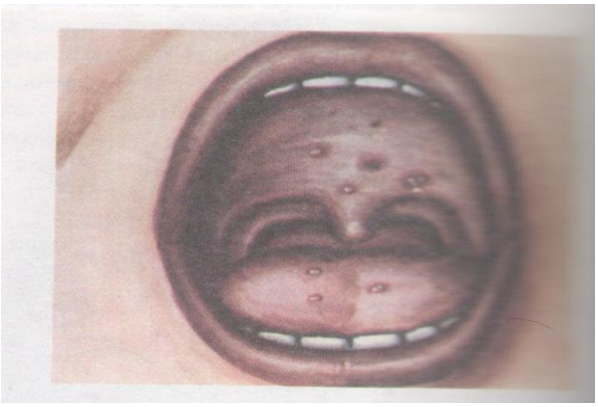
Skarlatinaning qaytalanishi asosan gemalotik streptokokkning yangi variantlari bo'lgan qayta zararlanishi natijasida ro'y beradi. Qaytalanishni reinfeksiyasi natijasida kechishi ancha yuqori ko'rsatgichli bo'lib kasallik qaytalangan bemorlar umumiy bo'limga ya'ni tuzalayotganlar bilan bir bo'limga qabul qilinadi.

Kechishi. Xozirgi vaqtda skarlatina yengil formada boshqa kasalliklar bilan birgalikda kuzatilishi mumkin. Surunkali tonzillit bilan og'rigan bemorlar, revmatizm bilan og'rigan bemorlarda reqonvalessensiya davrida skarlatina uzoq muddatli subfebrilitit turli xil asoratlar, shuningdek revmatik jarayonning kattalanishi bilan kechishi mumkin. Skarlatina o'ziga xos bir qancha belgilar bilan ajralib turadi: Kasallikning yengil turida yiringli asoratlar kuzatilmaydi. Organizmdan gemalitik streptokokkning erta sanasiya (tozalash) qilishga kirishilganda asosan antibiotiklardan penitsillin qo'llash (gospitalizatsiyada xatoliklarga yo'l qo'ymaslik) aniq va to'g'ri gospitalizatsiya qilish.

Davolash. Skarlatinani yengil formalarida bemorlarni aloxida ajratib qo'yish bilan uy sharoitida davolash mumkin. Skarlatina bo'limlarida palatalar 2-3 kishilik

bo‘lishi lozim. Bir palatadagi bemorlar 5-6 kun davomida yotoq rejemida bo‘lishi kerak. Ovqat kaloriyasi va oziq- ovqat maxsulotlari kaloriyasi bola yoshiga mos bo‘lishi kerak. Skarlatinani yengil formalarida xam asoratlarni oldini olish maqsadida antibiotiklar qo‘llaniladi.Antibiotiklarni qo‘llanilishi organizmni oldini olishga va bolaning tez sog‘ayib ketishiga katta yordam beradi. Shu bilan bir qatorda reqonvaletsentlarning kasallik manbai bo‘lgan muddatlardan qisqartiriladi. Antibiotiklarni erta qo‘llash kasallikka boshqa infeksion qo‘shilishini oldini olishga, allergik reaksiyalar kamayishiga qaratilgan bo‘ladi. Antibiotiklarni qo‘llash 5-7 kunni tashkil qiladi. Penitsillin 20.000 YeD /kg og‘irligiga, mushak orasiga qo‘llaniladi 2 maxal. Bitsillin-320.000 YeD/kg og‘irligiga bir maxal.Septik formasida penitsillin 50.000 Yed dan og‘irligiga kuniga 3-4 mahal uy sharoitida davolashda fenosimetil penitsillin tabletkalari yaxshi samara beradi. Davolash tartibi 3-4 marta. Davolashdan keyingi asoratlar davolashning qanchalik to‘g‘ri olib borilishiga bog‘liq. Yiringli asoratlarda (otit, limoadenit, sinusit va boshqalar) antibiotiklardan tashqari simptomatik terapiya, UVCh, kvars, quruq issiq muolajalar o‘tkazish lozim. Ko‘rsatmalariga qarab operatsiya qilish ham mumkin. Nefritlarda yotoq rejimi, dieta va antibiotiklar tavsiya qilinadi.

Profilaktikasi. Skarlatinaning spetsifik profilaktikasi hali ishlab chiqilmagan. Umumiy profilaktik chora-tadbirlar kasallik manbaini erta aniqlash va atrof muhitdan izolyatsiya qilishga qaratilgan. Skarlatina bilan og‘rigan bemorlar statsionarga gospitalizatsiya qilinishi yoki uy sharoitida kasallik bshlanganidan to 10 kungacha alohida izolyatsiya qilinishi lozim. Boqcha va yaslilarda kasallangan bolalar kasallik boshlanganidan 22 kungacha bog‘chaga qo‘yilmaydi. Bundan tashqari angina bilan og‘rigan bolalar ham 22 kungacha bog‘chaga qo‘yilmaydi. Skarlatinaning o‘rtacha og‘irlikdagi va og‘ir formalari bilan og‘rigan bolalar albatta gospitalizatsiya qilinishi shart, chunki bu formalarida uy sharoitida yetarli sharoit yaratib bo‘lmaydi. Shifoxonadan chiqarishga kasallikning kilinik belgilari bartaraf bo‘lgandan keyin va asoratlari hamda burun, tomoq yo‘llaridagi yallig‘lanish jarayoni yo‘qolgandan so‘nggina ruxsat etiladi.



SUVChEChAK – havo-tomchilari orqali o‘tuvchi, o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, yuqori yuquvchanligi bilan farqlanadi, asosan 10 yoshgacha bo‘lgan bollalar kasallanadi.

Etiologiyasi. Suvchechak qo‘zg‘atuvchisi 1914 yilda Arachalo tomonidan topilgan, filtrlanadigan virus hisoblanadi. O‘zida DNK tutadi, kattaligi 150-200 nm, juft yoki qisqa holda joylashgan, chidamsiz, tashqi muhitda tez o‘ladi, ayniqsa yuqori harorat va to‘g‘ri quyosh ta’sirida. Virus bemorning suvchechak pufakchalarida va burun-xalqum yuvindi suvlarida 7-10 kunida topiladi. O‘zining antigen xossalari bilan suvchechak virusi oddiy gerpes virusiga yaqin turadi va belbog‘simon lishay virusidan farq qilmaydi.

Epidemiologiyasi. Infeksiya manbai bemor kishidir, ayniqsa yashirin davr oxiri va oxirgi yangi elementlar paydo bo‘lgan kunining birinchi 5 kunida epidemiologik xavf tug‘diradi. Yuqtirish manbai belbog‘simon chalingan bemorlar ham bo‘lishi mumkin. Infeksiya havo orqali odamga yuqadi, suvchechakka sezgirlik umumiydir, biroq ko‘proq 5 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadi. Birinchi 3-6 oylikdagi bolalar onasidan olgan transplatsentar immunitet asosida bu kasallikka chalinmaydilar. Qontagiozlik indeksi 0,9-1,0. Suvchechak kuz-qish davrida ko‘p uchraydi. Kasallikdan so‘ng bir umrlik immunitet qoladi, qayta kasallikka chalinish kam uchraydi.

Klinikasi. Yashirin davri 11 kundan 21 kungacha, kam hollarda 23 kungacha, o‘rtacha 14 kundan iborat. Tana harorati 38-39^{0}S ko‘tarilishi bilan o‘tkir boshlanib, bir vaqtning o‘zida suvchechak toshmalari ham paydo bo‘ladi. Suchechak qisqa muddatli prodromal belgilar (subfebril harorat, umumiy ahvolning yomonlashuvi)dan keyin ham boshlanishi mumkin. Prodromal davrda badanda «reshlar» ya’ni qizilcha yoki qizamiqqa o‘xshash toshmalar paydo bo‘ladi. Odatda ular 1-2 kun davomida izsiz yo‘qoladi. Biroq ba’zida resh toshmalari suvchechak elementlarining avj olgan davrida kuzatiladi. Prodrrmal davri juda qisqa bo‘lishi va ko‘p hollarda uni alohida ajratish mumkin. Toshmalar bemorni umumiy ahvoli o‘zgarmasligi bilan ham o‘tishi mumkin. Ko‘plab toshmalar odatda nafaqat ko‘tarilishi, balki umumiy zaharlanish (bosh og‘rig‘i), qayt qilish, tanada og‘riq bo‘lishi belgilari bilan kechadi. Odatda toshma tananing turli joylarida paydo bo‘ladi. Suvchechak toshmasiga 3 bosqich: rozeola, vezikula va qatqaloq hosil bo‘lishi xosdir. Birinchi toshma elementlari qizil yoki alvon rangdagi dog‘lar ko‘rinishida bo‘lib, keyinchalik papularga aylanadi. Bir necha soatdan so‘ng yoki kunning oxiriga borib, dog‘lar qizargan xalqa bilan o‘ralgan vezikula (pufakcha)ga aylanadi.

Suvchechak toshmalari birdan emas, 1-2 kun oralab avjlanib toshadi. Toshma toshishning oxirgi kunida paydo bo‘lgan rozeolalar pufakchaga aylanmasligi mumkin. Vezikulalar tiniq suyuqlik bilan to‘lgan, yaltiroq bo‘lib, 1-2 mmdan 5-6 mm diametrli pufakchalardan iborat. Pufakchalarning tagi yumshoq bo‘lib, ba’zan markazida kindiksimon shishi bo‘ladi. Vezikulalar bir kamerali bo‘lib, teshilsa bo‘shab ketadi. 1-2 kundan keyin pufakchalar asta-sekin bo‘shashib, quriy boshlaydi, qatqaloq hosil bo‘ladi, 6-10 kundan keyin qatqaloq terida iz qoldirmaydi va tushib ketadi. qatqaloqlanishda bemorlar terisi qichishadi. Suvchechak toshmalari 1-2 kun oralab avjlanib toshgani uchun terining ma’lum sohasida turli bosqichdagi toshma elementlarini uchratish mumkin. Bunga soxta polimorfizm deb nom berilgan, ya’ni terining ma’lum sohasida rozeola bilan qatqaloqlar va vezikulalarni papulez toshmalarni kuzatish mumkin. Suvchechak toshmalari oz miqdorda toshishi mumkin. Toshmalar tana terisida, bo‘yinda, yuzda, boshning sochli qismida**,** ba’zan kaft va oyoqtagida bo‘ladi.

Suvchechak toshmalari teri bilan bir qatorda og‘iz shilliq pardalarda, burun, halqumda, ko‘zda va jinsiy a’zolar shilliq pardalarida ham paydo bo‘lishi mumkin, Halkum va traxeya shilliq pardalariga toshma toshishi va joyli shish paydo bo‘lishi ovozning bo‘g‘ilishiga, qo‘pol yo‘tal paydo bo‘lishiga, nafas olishning qiyinlashganliga sababchi bo‘ladi. Shilliq pardalardagi toshmalar maydoroq bo‘lib,

1-2 kunda ularning bitishi kuzatiladi og‘iz shilliq pardalarda toshmalar Tipik hollarda bemorning ahvoli kam toshishi. o‘zgaradi. Kasallik tana haroratining o‘rtacha ko‘tarilishi va yengil zaxarlanish belgilari bilan o‘tadi. Haroratning ko‘tarilishi asosan 3-5 kun, og‘ir hollarda 6-8 kun davomida kuzatiladi. Limfa tugunchalari katta no‘xat yoki loviyadek kattalashadi, og‘riqsiz bo‘ladi. Og‘iz shilliq pardalarida toshma bo‘lsa, murtak limfa tugunlari kattalashishi mumkin.

Suvchechakda birlamchi suvchechak o‘pka yalliglanishi (zotiljam) rivojlanishi, jigar, buyrak, taloq, oshqozon-ichak, oshqozon osti bezi, jinsiy a’zolr shikastlanishi mumkin. qonda suvchechakka xos o‘zgarishlar bo‘lmaydi. Birinchi kunlari leykopeniya, limfatsitoz, monotsitoz, EChT biroz tezlanishi kuzatiladi.

Ba’zan qisqa muddali leykotsitlar soni 20-30 minggacha oshishi mumkin. Klinik amaliyotda 1975 yilda Yunusova X.A. tomonidan tuzilgan suvchechakning klinik tasnifidan foydalaniladi. Bunda suvchechak turlari, og‘irligi, kechishi bo‘yicha guruxlantirilgan.

TURLARI	**OG‘IRLIGI**	**KEChIShI**
Tipik (o‘ziga xos) Atipik (o‘ziga xos): a) rudimentar b) pustulali v) bullyozli g) gangrenoz d) gemorragik	Engil O‘rta og‘irlikda Og‘ir a) yaqqol ifodalangan umumiy zaharlanish belgilari bilan b) yaqqol ifodalangan teridagi o‘zgarishlar bilan	Asoratli Asoratsiz

Engil shaklda bemorning ahvoli o‘zgarmaydi. Terida toshmalar tarqoq joylashgan bo‘lib, toshmalar polimorfizm yaxshi ifodalangan bo‘ladi. Bir xil hollarda toshmalar ko‘p toshadi, lekin toshmalar dog va papulaga ega bo‘lib, pufakchalar hosil bo‘lmaydi, 1-2 kunda yo‘qoladi. Enantema kam uchraydi. Tana harorati qisqa muddatli 38^0S gacha ko‘tariladi. Toshmalar 2 kun davomida toshadi.

Tipik o‘rta og‘irlikdagi shaklda toshmalarning ko‘p toshishi, tana haroratining 38-38,5^0S gacha ko‘tarilishi va umumiy ahvolning birmuncha o‘zgarishi bilan kechadi. Ko‘pincha enantema kuzatiladi. Og‘ir kechadigan turida toshmalar juda ko‘p bemorni, umumiy ahvoli sezilarli buzilgan. Zaxarlanish belgilari yaqqol namoyon bo‘lib, harorat yuqori ko‘rsatkichlarda saqlanadi, anoreksiya, qayt qilish, uyqu buzilishi, kuchli qichish, hamma bemorlarda kuzatilib yaqqol ifodalangan enantema bo‘ladi. Toshma polimorfizmi sust bilinadi, ularning hammasi pufakchalarga aylanadi. Qurish va qobiq hosil bo‘lishi sekinlik bilan bo‘ladi. Toshmalar 7-9 kun va undan ko‘proq davom etadi. Tipik turlaridan tashqari suvchechakning atipik (rudimentar, og‘ir kechadigan, papullyoz, brullyoz, ganrenoz, gemorragik) turlari mavjud. Bu esa shaxsiy o‘ziga xos va yoshga bog‘liq bo‘lgan sezgirlikka va bola organizmning holatiga bog‘liq.

Suvchechakning yosh bolalarda kechishi. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda tipik yengil shakli, katta yoshdagi bolalarga nisbatan kam uchraydi. Ko‘proq o‘rta og‘irlikdagi va og‘ir shakllari kuzatiladi. Tipik hollarida kasallik o‘tkir boshlanadi, tana harorati ko‘tariladi, toshma toshadi. Toshmalar toshishga qadar 1-2 kun avval prodromal davr belgilar kuzatiladi: yuqori nafas yo‘llarining kataral yallig‘lanishi, ishtahaning pasayishi. Varitsella bilan kechadigan kuchli toshmalar toshish vaqtida

bevovtalanish, uyquning buzilishi, qaltiroq tutishi, xushdan ketish kuzatiladi. Onasi suvchechak bilan og‘rimagan chaqaloqlarda kasallik ko‘proq prodromal davridan boshlanadi va 1-5 kun davom etadi. Yaralar hosil bo‘ladi. Gangrenoz shakli yaqqol ifodalangan zaxarlanish,yuqori va davomli tana harorati bilan kechadi. Bir necha kasallik bilan og‘rigan bolalarda (ya’ni birga kechadigan avitaminoz, tuberkulyoz) ko‘proq uchraydi. quruq gapngrena hosil bo‘lishi, mahalliy giperergik muolaja natijasidir.

Asoratlar: Suchechakda asoratlar kam. Ular asosan ikkilamchi infeksiyaning qo‘shilishi bilan paydo bo‘ladi. Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda ikkilamchi infeksiyaning qo‘shilishi natijasida: piodermiya, impetigo, abssess singari asoratlar paydo bo‘ladi. Yengil kechadigan zotiljam kelib chiqishi mumkin. Yosh bolalarda suvchechak atipik rudimentar holda kechadi, bunga sabab tug‘ma immunitet bo‘lishi yoki inkubatsiya davrida gamma-globulin, qon yoki uning preparatlarini olgan bo‘lishidir.

Nazorat savollari

1. Qizamiq kasalligi. Etiologiyasi va epidemiologiyasi.
2. Kasallikning patogenetik boskichlari va shunga xos klinik belgilarning yuzaga kelishi.
3. Klinikasi. Inkubatsion davri. Klinik shakllari. Kasallikning boshlangich davrida kuzatiladigan belgilari. Kasallik tula rivojlangan davrining klinik manzarasi.
4. Qizamiqning ogirlik darajasi me’zonlari. Kasallik sunishi va tuzalishi.
5. Kasallikning diagnostika va davolash tamoillari
6. Shifoxonadan chikarishga kursatmalar.
7. Qizamiqning profilaktika koidalari.

8.Skarlatina kasalligining etiologiyasi nima?

9.Skarlatinani qaysi mikroorganizmlar chaqiradi?

10.Skarlatina qanday **yuqish yo‘llari** orqali tarqaladi?

11.Kasallikning **inkubatsion davri** qancha davom etadi?

12.Skarlatinaning asosiy **klinik belgilari** qanday?

13.Skarlatinada **toshmalar qayerlarda ko‘proq paydo bo‘ladi?**

14.Skarlatinaga xos bo‘lgan **“malina til”** belgisi nima?

15.Skarlatina qanday **asoratlar** berishi mumkin?

16.Skarlatinaning **profilaktikasi** qanday olib boriladi?

17.Skarlatina davosida qanday **antibiotiklar** qo‘llaniladi?

18.Suvchechak kasalligining etiologiyasi nima?

19.Suvchechakni qaysi virus chaqiradi?

20.Suvchechak qanday **yuqish yo‘llari** orqali yuqadi?

21.Kasallikning **inkubatsion davri** qancha?

22.Suvchechakning asosiy **klinik belgilari** qanday?

23.Suvchechakda **toshmalar qanday bosqichlarda rivojlanadi?**

24.Suvchechakda toshmalar ko‘pincha **qaysi joylarda paydo bo‘ladi?**

25.Suvchechakning mumkin bo‘lgan **asoratlari** qanday?

26.Suvchechak kasalligida **profilaktika** qanday olib boriladi?

27.Suvchechak kasalligiga qarshi **vaksina** bormi?

Mavzulashtirilgan test:

1.Qizamiq kasalligining inkubatsion davri necha kun
A.21 kungacha V.7 kungacha S.Bir oygacha D.10 kun
2.Qizamiqda toshma nimasi bilan farqlanadi.
A.Etap bilan toshishi
V.Juda qalin joylashishi
S.Tomoq shilliq qavatida uchrashi
D.O‘zidan keyin dog‘ qoldirmasligi
3.Qizamiq infeksiyasi qaysi yo‘l bilan yuqadi
A.Havo-tomchi V.Fekal-oral S.Qontakt D.Alimentar
4.Qizamqdan so‘ng qaysi turdagi immunitet paydo bo‘ladi.
A.Vaqtinchalik V.1-yilga S.Umrbod D.6-oyga
5.Belskiy-Filatov-Koplik dog‘lar qaerlarda uchraydi.
A.Ko‘krak va qorin terisida
V.Qo‘llar terisida
S.Butun tana terisida.
D.Ogiz shilliq qavatida
6.Skarlatinada zararlanish mexanizmini ko‘rsating:
A.havo-tomchi yo‘li
V.suv orqali
S.transmissiv
D.parenteral
7.Skarlatinada toshmaning xarakterli xususiyati:
A.mayda nuqtali rozeolez toshma
V.makulo-papulez toshma
S.etapli toshishi
D.bullez toshma
8.Skarlatinada kasallik manbaini ko‘rsating:
A.stafilokokk tashuvchi
V.angina va nazofaringitli bemor
S.hashorotlar
D.hayvonlar
9.Skarlatina qo‘zg‘atuvchisini ko‘rsating:
A.Lefler tayoqchasi
V.Vekselbaum diplokokki
S.Borde-Jangu tayoqchasi
D. A guruhga kiruvchi betta-gemolitik streptokokk
10.Suv chechak qanday yuqumli kasalliklar guruhiga kiradi:
A.virusli kasalliklar
V.zamburug‘li kasalliklar
S.bakteriyali kasalliklar
D.muloqotda o‘tuvchi kasalliklar

Interfaol usul

“Case study” (Klinik vaziyat) usuli

Vaziyat:

1-holat:
7 yoshli bolada isitma, tomoq og‘rig‘i, mayda qizil toshmalar va “malina til” kuzatildi.

Savollar:

- Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
- Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
- Qanday davolash usuli qo‘llanadi?

2-holat:
5 yoshli bolada tana harorati ko‘tarilib, terida qichishuvchi suyuqlik bilan to‘la pufakchalar paydo bo‘ldi.

Savollar:

- Bu qaysi kasallik?
- Qanday yuqadi?
- Qanday profilaktika chorasi mavjud?

“Klaster” usuli

Markazga **“Skarlatina va Suvchechak”** yoziladi.

Atrofida quyidagi bo‘limlar joylashtiriladi:

- Etiologiya
- Epidemiologiya
- Klinik belgilar
- Asoratlar
- Profilaktika

Tinglovchilar har bir bo‘limga ma’lumotlarni yozib klasterni to‘ldiradilar.

2.5.O'quv moduliga ajratilgan soat 2	**Epidemik parotit etiologiyasi, epidemiologiyasi.**

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	1. Epidemik parotit kasalligi haqida umumiy tushuncha. 2.Epidemik parotitning etiologiyasi (qo'zg'atuvchisi, xususiyatlari). 3.Epidemik parotitning epidemiologiyasi (infeksiya manbai va yuqish yo'llari). 4.Kasallikning mavsumiyligi va xavf guruhlari. 5.Epidemik parotitning profilaktikasi (emlash va sanitariya choralari).

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta'lim beruvchi	**Ta'lim oluvchi**
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o‘tkazishda hamshiraning tutgan o‘rnini tinglivchiga to’liq o’rgatish.	Yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik ishi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi va bo‘limlarining tuzilishi, ish tartibi, me’yoriy xujjatlari. Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish tartibi.Yuqumli kasalliklar bilan og’rigan bemorlarni davolash va parvarishlash xususiyatlari.
O’qitish metodlari	“Vaziyatli masala ” “Nazorat savillari ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Epidemik parotit etiologiyasi, epidemiologiyasi.

Dars rejasi.

1. Epidemik parotit kasalligi haqida umumiy tushuncha.
2. Epidemik parotitning etiologiyasi (qo‘zg‘atuvchisi, xususiyatlari).
3. Epidemik parotitning epidemiologiyasi (infeksiya manbai va yuqish yo‘llari).
4. Kasallikning mavsumiyligi va xavf guruhlari.
5. Epidemik parotitning profilaktikasi (emlash va sanitariya choralari).

Epidemik parotit kasalligi haqida umumiy tushuncha

Epidemik parotit — bu o‘tkir yuqumli virusli kasallik bo‘lib, asosan **so‘lak bezlarining, ayniqsa quloq oldi (parotid) bezlarining yallig‘lanishi** bilan xarakterlanadi. Kasallik xalq orasida **“svinka”** nomi bilan ham tanilgan.

Epidemik parotit ko‘proq bolalar orasida uchraydi, biroq kattalarda ham kuzatilishi mumkin va ular orasida kasallik odatda og‘irroq kechadi. Kasallik umumiy intoksikatsiya, tana haroratining ko‘tarilishi, quloq oldi sohasida shish va og‘riq paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi.

Virus organizmga nafas yo‘llari orqali kirib, dastlab yuqori nafas yo‘llarida ko‘payadi, keyinchalik qon oqimi orqali so‘lak bezlariga tarqaladi. Ba’zi hollarda markaziy asab tizimi, jinsiy bezlar (orxit), oshqozon osti bezi (pankreatit) ham zararlanishi mumkin.

Epidemik parotit yuqumliligi yuqori bo‘lgan kasallik hisoblanib, bolalar jamoalarida tez tarqaladi. O‘z vaqtida aniqlanib, profilaktika choralari ko‘rilmasa, turli asoratlar rivojlanishi mumkin.

Epidemik parotitning etiologiyasi

Epidemik parotitning qo‘zg‘atuvchisi **Paramyxoviridae** oilasiga mansub **parotit virusi** hisoblanadi. Ushbu virus RNK tutuvchi bo‘lib, tashqi muhitga nisbatan chidamsizdir. U yuqori harorat, quyosh nuri va dezinfeksiya vositalari ta’sirida tez nobud bo‘ladi.

Parotit virusi inson organizmiga asosan **yuqori nafas yo‘llari shilliq qavati** orqali kiradi. Dastlab shu joyda ko‘payib, keyinchalik qon oqimi orqali turli bez to‘qimalariga tarqaladi. Virus ayniqsa **so‘lak bezlariga tropizm** (yaqinlik) xususiyatiga ega.

Virus organizmda ko‘payishi natijasida bez to‘qimalarida yallig‘lanish jarayoni yuzaga keladi. Shu sababli quloq oldi sohasida shish, og‘riq, chaynashda noqulaylik paydo bo‘ladi. Ba’zi holatlarda virus jinsiy bezlar, markaziy asab tizimi va oshqozon osti bezini ham zararlashi mumkin.

Epidemik parotit virusi faqat inson organizmida saqlanadi, ya’ni **antroponoz infeksiya** hisoblanadi. Kasallikdan keyin odatda **barqaror, umrbod immunitet** shakllanadi.

Epidemik parotitning epidemiologiyasi

Epidemik parotit — **yuqori yuqumli antroponoz kasallik** bo‘lib, infeksiya manbai faqat **kasallangan inson** hisoblanadi. Bemor kasallik belgilari paydo bo‘lishidan **1–2 kun oldin** va klinik belgilari boshlanganidan keyin **7–9 kungacha** atrofdagilar uchun yuqumli bo‘lib qoladi.

Virus tashqi muhitga bemorning **so‘lagi, burun-halqum ajralmalari** orqali ajraladi. Shu sababli kasallikning asosiy yuqish mexanizmi **havo-tomchi yo‘li** hisoblanadi. Bemor gaplashganda, yo‘talganida, aksirganda virus sog‘lom odamning nafas yo‘llariga tushadi.

Ba’zi hollarda **qontakt-maishiy yo‘l** orqali ham yuqishi mumkin, ya’ni virus tushgan idish-tovoq, o‘yinchoq, sochiq va boshqa buyumlar orqali. Ammo bu yo‘l kamroq uchraydi.

Epidemik parotit ko‘proq **3–15 yoshdagi bolalar** orasida uchraydi. Ayniqsa bog‘cha, maktab, internat, yotoqxona kabi jamoalarda kasallik tez tarqaladi. Emlanmagan bolalar eng asosiy xavf guruhiga kiradi.

Kasallik **mavsumiy xususiyatga ega** bo‘lib, asosan **qish va bahor oylarida** ko‘proq uchraydi. Sovuq ob-havo, yopiq xonalarda uzoq vaqt bo‘lish, shamollash immunitetning pasayishiga olib kelib, kasallik tarqalishiga qulay sharoit yaratadi.

Parotit bilan og‘rigan shaxsda odatda **umrbod immunitet** hosil bo‘ladi. Shu sababli kasallik qayta kam uchraydi.

Profilaktikaning eng samarali usuli — **rejalashtirilgan emlash** (KPK — qizamiq, qizilcha, parotit vaksinalari). Emlash tufayli kasallanish darajasi keskin kamaygan.

Epidemik parotitning mavsumiyligi va xavf guruhlari

Epidemik parotit kasalligi **mavsumiy xususiyatga ega** bo‘lib, asosan **qish va bahor oylarida** ko‘proq uchraydi. Bu davrda odamlar yopiq xonalarda ko‘proq bo‘lishi, shamollash holatlarining ortishi va immunitetning pasayishi virus tarqalishiga qulay sharoit yaratadi.Kasallik barcha yosh guruhlarida uchrashi mumkin, biroq **bolalar orasida ko‘proq** kuzatiladi. Ayniqsa **3–15 yoshdagi emlanmagan bolalar** eng asosiy xavf guruhiga kiradi.Kattalarda epidemik parotit kamroq uchrasa-da, u **og‘irroq kechishi** va ko‘proq asoratlar bilan namoyon bo‘lishi mumkin. Erkaklarda **orxit (moyak yallig‘lanishi),** ayollarda **ooforit**, ayrim hollarda **bepushtlik xavfi** mavjud.

Shuningdek, quyidagi shaxslar xavf guruhiga kiradi:

- emlanmagan bolalar;
- maktab, bog‘cha, internat, yotoqxona aholisi;
- immuniteti past shaxslar;
- surunkali kasalligi bo‘lganlar.

Epidemik parotitning profilaktikasi

Epidemik parotitning oldini olishda **asosiy va eng samarali usul — emlash** hisoblanadi. O‘zbekistonda parotitga qarshi emlash **KPK (qizamiq–qizilcha–parotit)** kombinatsiyalangan vaksina orqali amalga oshiriladi.

Emlash odatda:

- **1 yoshda**

- **6 yoshda (revaksinatsiya)** qilinadi.

Profilaktika choralariga quyidagilar kiradi:

- kasallangan shaxsni **izolyatsiya qilish** (9–10 kun);
- bolalar jamoalarida tibbiy kuzatuv;
- xonalarni shamollatish;
- shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish;
- bemor bilan muloqotda bo‘lganlarni nazoratga olish.

Epidemik parotitga qarshi olib borilgan emlashlar tufayli bugungi kunda kasallikning og‘ir shakllari va asoratlari sezilarli darajada kamaygan.

Epidemik parotitning profilaktikasi

Epidemik parotitning oldini olishda eng samarali usul — **maxsus profilaktika**, ya’ni **emlash** hisoblanadi. Kasallikka qarshi **tirik zaiflashtirilgan parotit vaksinalari** qo‘llaniladi. Amaliyotda u ko‘pincha **KPK (qizamiq–qizilcha–parotit)** kombinatsiyalangan vaksina tarkibida yuboriladi.

O‘zbekistonda emlash milliy taqvim asosida olib boriladi:

- birinchi marta — **12 oylikda**,
- qayta emlash — **6 yoshda** amalga oshiriladi.

Emlash natijasida organizmda barqaror va uzoq muddatli immunitet hosil bo‘ladi, kasallikning og‘ir shakllari hamda asoratlarining oldi olinadi.

Nospetsifik profilaktika choralariga quyidagilar kiradi:

- bemorni **9–10 kun davomida izolyatsiya qilish**;
- bolalar muassasalarida karantin tadbirlarini o‘tkazish;
- xonalarni muntazam shamollatish va nam tozalash;
- shaxsiy gigiyena qoidalariga amal qilish;
- bemor bilan muloqotda bo‘lgan shaxslarni tibbiy kuzatuvga olish.

Profilaktik tadbirlarning o‘z vaqtida va to‘liq bajarilishi epidemik parotitning keng tarqalishining oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Nazorat savoli

1. Epidemik parotit kasalligi etiologiyasi nima?
2. Epidemik parotit virusining asosiy xususiyatlarini sanab bering.
3. Epidemik parotitning asosiy yuquvchanlik manbalari qaysilar?
4. Kasallikning asosiy yuquv yo‘llari qanday?
5. Epidemik parotit qaysi yosh guruhida ko‘proq uchraydi?
6. Kasallikning inkubatsiya davri qancha davom etadi?

7. Epidemik parotitning klinik belgilari va simptomlarini sanab bering.
8. Kasallikning profilaktikasi uchun qanday chora-tadbirlar qo‘llaniladi?
9. Epidemik parotitning asoratlari qanday bo‘lishi mumkin?
10. Epidemik parotit kasalligi epidemiologik nazoratini amalga oshirishda asosiy usullar qaysilar?

Vaziyatli masala

1-vaziyatli masala

8 yoshli bola shifokorga **isitma (38°C), bosh og‘rig‘i va quloq oldi sohasida og‘riqli shish** bilan murojaat qildi. Bola chaynaganda og‘riq kuchayishini aytmoqda. Ko‘rikda **parotid so‘lak bezlari kattalashgan**.

Savollar

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
3. Infeksiya qanday yo‘l bilan yuqadi?
4. Qanday laborator tekshiruvlar o‘tkazilishi mumkin?

Javob

- Epidemik parotit
- Parotit virusi (paramiksovirus)
- Havo-tomchi yo‘li
- Serologik tekshiruvlar, virusologik tahlil

2-vaziyatli masala

14 yoshli o‘smirda **quloq oldi so‘lak bezlari shishganidan 5 kun o‘tib**, **moyak sohasida og‘riq va shish** paydo bo‘ldi. Harorati 38°C.

Savollar

1. Bu holat epidemik parotitning qaysi **asorati** hisoblanadi?
2. Bu asorat ko‘proq kimlarda uchraydi?
3. Qanday davolash choralarini ko‘rish kerak?

Javob

- **Orxit**
- O‘smir va katta yoshdagi erkaklarda
- Yotoq rejimi, simptomatik davolash, shifokor nazorati

3-vaziyatli masala

Bolalar bog‘chasida bir hafta ichida **3 ta bolada quloq oldi bezlarining shishishi va isitma** kuzatildi. Tibbiy tekshiruv natijasida **epidemik parotit** tashxisi qo‘yildi.

Savollar

1. Bu vaziyat qanday **epidemiologik jarayon**ni ko‘rsatadi?
2. Infeksiya manbai kim bo‘lishi mumkin?
3. Bog‘chada qanday **profilaktik choralar** ko‘riladi?

Javob

- O‘choqli epidemiya (infeksiya tarqalishi)
- Kasal bola yoki virus tashuvchi
- Bemorni izolyatsiya qilish, qontaktlarni kuzatish, dezinfeksiya, emlash

2.5.O'quv moduliga ajratilgan soat 2	**Difteriya va ko'kyo'tal kasalliklarining etiologiyasi epidemiologiyasi, klinik ko'rinishlari.**

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	1. Difteriya (bo'g'ma) va ko'k yo'tal kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 2. Kasalliklarning klinik kurinishlari. 3.Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma'orif ishlarining utkazilishi. 4.Kasallarni davolash va parvarish kilish.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta'lim beruvchi	**Ta'lim oluvchi**
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	O’quv faoliyatini natijalari:
Yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot.Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati. Yuqumli kasalliklar tasnifi, kasalliklarni aniqlashda zamonaviy laborator tekshiruvlar va ularni o‘tkazishda hamshiraning tutgan o‘rnini tinglivchiga to’liq o’rgatish.	Yuqumli kasalliklar bilan og‘rigan bemorlarda hamshiralik ishi. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi va bo‘limlarining tuzilishi, ish tartibi, me’yoriy xujjatlari. Kasalxona ichida tarqaluvchi yuqumli kasalliklarga qarshi kurash tadbirlari. Bemorlarni kasalxonadan chiqarish tartibi.Yuqumli kasalliklar bilan og’rigan bemorlarni davolash va parvarishlash xususiyatlari.
O’qitish metodlari	“ Vaziyatli masala” “ Nazorat savollari ” “Kim tezroq topadi”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Difteriya va ko’kyo’tal kasalliklarining etiologiyasi epidemiologiyasi, klinik ko’rinishlari.

Reja:

1. Difteriya (bo‘g‘ma) va ko‘k yo‘tal kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
2. Kasalliklarning klinik kurinishlari.
3. Kasalliklarning diagnostikasi,profilaktikasi,sanitariya ma’orif ishlarining utkazilishi.
4. Kasallarni davolash va parvarish kilish.

Difteriya — Bug’ma-qo’zgatuvchining orgaiizmga kirish joyida *(*xalqum, yutqin, kekirdak, burun, teri va boshqalar) shilliq qavatlarning yalliglanishi va fibrinoz karashning xosil bo’lishi, nerv va yurak-tomir sistemasini ko’proq zararlanish, umumiy zaxarlanish belgilari bilan kechuvchi o’tkir yuqumli kasallikdir.

Bugma epidemiyalari Gippokratga xam ma’lum bulgan. Bugmaning birinchi ishonchli ta’rifi tarixchi shifokor-Aresheloga tegishli.

Bugma qo’zg’atuvchisi 1383 yili Klebs tomonidan aniqlangan. U qo’zg’atuvchni bemorlar xalqumidan olingan karashdan ajratib olgan.

Bugmaning spetsifik profilaktikasi 1902 yilda rossiyalik olim S.K.Djerjikovskiy tomonidan ishlab chiqarilgan. Bugmaga qarshi zardob ilk bor davolash maqsadida 1834 yili Moskva, universitetinnnt bolalar shifoxonasida N.F.Filatov va G.F.Gabrichevskiy tomonidan qullanilgan. Bugmani urganish ishiga V.I.Molchanov va uning shogirddari ayniqsa ko’p xissa qushgan.

Etiolotiyasi. Bugma qo’zg’atuvchisi - Lyoffler tayoqchasi-tugri yoki biroz egri, 2-7 mkm ulchamga ega, oxirlari. dumaloklashgan va kengaygan tayoqchadir. Ular xarakatsiz, sporalar va xivchinlarga ega emas. Gram musbat bakteriyalar. Neysser buyicha bo’yalganda oxirlarida valyutin donalari (Babesh-Ernst tanachalari) aniqlanadi. Usish xususiyati va ba’zi biokimyoviy xossalariga kura bugma tayoqchalarining 3 ta turi farkdanadi: gravis, mitis, intermedins. Bugma tayoqchasi aerob bakteriya bo’lib, u kasallikning asosiy belgilarini asoslovchi ekzotoksin ishlab chikaradi. Ushbu xossaning bor-yuqligiga kura tayoqchaning toksigen va notoksigen shtammlari farqlanadi.

Epidemiologiyasi. Kasallik manbai bo’lib, bugma bilan kasallangan bemor, reqonvalessent-tashuvchi yoki ko’proq, toksigen shtammlarning soglom bakteriya tashuvchisi xisoblanadi. Bemor yashirin davrining oxirgi kunlarida, butun kasallik davrida va xattoki barcha klinik simptomlar yo’qolganidan keyii xam yuqumli xisoblanadi. Epidemiologik jixatdan kasallikning yengil, gayrioddiy va ekstrabukkal shakllari (teri, kuz, jinsiy a’zolar bugmasi) bilan betob bulgan bemorlar ayniqsa xavfli xisoblanadi. Soglom bakteriya tashuvchi bemor yoki reqonvalessent-tashuvchisiga nisbatan xavsizroq xisoblanadi. Bakteriya tashuvchilar axoli urtasida 1-2% dan 10% gacha va undan ko’proq, 20-60% xollarda aniqlanadi.

Bugmaning tarqalishi asosan xavo-tomchi yuli orqali ro’y beradi. Bugma tayoqchasi bemor yoki bekteriya tashuvchi organizimidan yutqin yoki burun shilligi bilan ajraladi va suzlashuv, yo’tal, aksa urish vaqtida tarqaladi. Zararlanish bevosita muloqot (upishish) orqali xam ro’y berishi mumkin. Zararlangan narsalar (uyinchoqlar, idish-tovoqlar, kiyim-kechaklar), kamroq oziq - ovqatlar orqali kasallikning yuqishi xam exdtimoldan xoli emas.

Teri, jinsiy a’zolar, ko’zlar bugmasida zararlanish bemor ajratmalarini iflos ko’llar, suv orqali ro’y beradi.

Bugmaga nisbatan beriluvchanlik yuqori emas-muloqot indeksi 10-20% ni tashkil qiladi. Bugmaga nisbatan beriluvchanlik antitoksin immunitet bilan asoslangan. Kasallik onda-sonda uchrash xususiyatiga ega. Bugma bilan kasallanish uchun mavsumiylik xos. Kasallik ko’proq sentabrning ikkinchi yarmidan dekabrgacha, kamroq esa aprel, avgustda uchraydi.

Profilaktik tadbirlarning yomon qilinishida kasallanish darajasi 3-4 marta oshadi.

Burma uchuy kasallanishning ma’lum muddat ichida (5-8-10 yil) oshib borishi xos. Oxirgi yillarda jamoaviy immunitet darajasining yuqori bulishi bugmaning epidemik va mavsumiy xususiyatlari tekislana bormokda. Profilaktik emlashlarning o’tkazilishi natijasida 3 yoshgacha va 3-7 yoshli bolalar orasida

kasallanish darajasi kamayib ketdi, 7 yoshdan yuqori bulgan bolalar orasida esa aksigncha-kasallanish usgan.o’**Patogenezi.** Bugma tayoqchalari bilan zararlanish spetsifik immunitet darajasiga bogliq. Umumqabul qilgan fikrlarga kura, virulent bugma tayokgasi ko’proq, xalqum, xiqildoq, burun shilliq qavatida kamrok esa terida joylashib olib shillik qavatning nerv oxirlariga ta’sir etuvchi shilliq qavat epiteliysida koagulyatsiey nekroz va yalliglanish jarayonini chaqiruvchi toksin ishlab chikaradi. Bugma toksiniga ayniqsa tomir devorining nerv oxirlari sezgirdir. Bunda tomirlar elastikligi yuqoladi, ular kengayadi, qon oqimi sekinlashadi va qonning suyuq qismini atrof tuqimalarga ajralishi ro’y beradi. Bunda oqsil va xususan fibrinogenga boy ekssudat xosil bo’ladi. Ekssudat epiteliy nekrozi natijasida ajraluvchi trombokinaza ta’siri ostida fibringa aylanadi. Zararlangan eiiteliyning anatomik tuzilishiga kura fibrinoz yalliglanish difteritik yoki krupoz bulishi mumkin.

Toksinning ta’siri nafaqat shilliq qavat bilak chegaralanadi, balki u limfatik yullar buyicha ichkariga kirib borib, xududiy limfa tugunlarning yalliglanishini chaqiradi. Agar bugma toksini ko’p miqdorda surilsa va u kuchli bulsa, bunda xalkum yumshoq tuqimalari va tuqima osti kletchatkasining shishi kuchli ifodalanadi. Bu shish erta belgisi xisoblanadi. Organizm zaxarlanishning kattaligi toksik bugmaning ogirlik darajasini belgilaydi.

Maxalliy uzgarishlardan tashkari, onga kirib borgaya toksin ta’sirida organizmning umumiy zaxarlanishi: yurak-tomir tizimi tomonidan uzgarshnlar, periferii nervlar, buyrak usti bezlari va buyraklarshshg zararlanishi rivojlanadi.

Yurak-tomir tizimidagi uzgarshnlar turli-tuman bo’lib, ular kasallikshgag orirlik darajasi va kasallik davriga bog‘liq bo’ladi. Kasallikning birinchi xaftasi boshlanishida miokardit rivojlanadi. U oralik, tukimalarda degeneratmv uzgarishlar bilan tavsiflanadi. Yurak ulchamlari kattalantadi, bushashadi, ba’zan devor oldi tromblar hosil bo’ladi. Ushbu tromblar bosh miya tomirlari emboliyasini chaqirishi mumkin. Buning natijasida markaziy falajlar rivojlanadi,

Markaziy nerv, tizimi tomonidan agar kasallikning birinchi kunlarida toksik bugma rivojlaiishi natijasida ulim ro’y bersa, unda jasadni tekshirish mobaynida miya shishi, ko’p qonlik perivaskulyar shish belgilari aniqlanadi. Periferik nervlardagi uzgarishlar ko’proq nerv tolalarining mielin va shvann qobiqlarini jarayoniga jalb etishi, markaziy uk silindrining kuchsiz shikastlanishi bilan kechuvchi parenximatoz nevrit kurinishida namoyon bo’ladi.

Simpatik gangliylar va bosh miya chigallari tomonidan, tomirlar faoliyati buzilishidan tashqari, ganglioz xujayralarning degeneratsiyasi aniqlanadi. Bug‘maning toksik shakllarida buyrak naychalari, buyrak usti bezining miya va qobiq qavatlarida degenerativ uzgarishlar kuzatiladi.

Klinikasi. Jarayoning joylashishiga qarab xalqum, burun xiqildoq, kekirdak, bronxlar, kulok, jinsiy a’zolar, oshqozon ichak yuli, o’pkalar, teri burmalari farklanadi. Va’zi xollarda bir nechta a’zoning birdaniga zararlanishi kuzatiladi (aralash shakli).

Xalqum burmasi. Yashirin davri 2-3 kundan 7-10 kungacha etadi. Patologik jarayon ko’pincha (85-95,6%). Xalkumda chegaralangan kurinishda (90,7%)

kechadi. Kasallik biroz zaxarlanish, murtak bezlarining urta miyona shishishi bilan tavsiflanadi. Karash fakat murtak bezlarida joylashadi yoki umuman bulmaydi (kataral shakli).

Pardali shakli: Emlashni olgan bolalarda kasallikning boshlanishni utkir-tana xarorati 38-39°S gacha 1-2 kun ichida oshadi, bosh ogrigi, umumiy xolsizlik, lanjlik paydo bo'ladi. Keyinchalik kasallikning boshka belgilari rivojlanadi. Umumiy zaxarlanish belgilari kuchsiz ifodalangan bo'ladi. Bemorlar tana xarorati kutarilishi, tomokda biroz ogriq, xolsizlikka shikoyat kilishadi. Xalqumda urta miyona yoki unchalik kuchli ifodalanmagan dimlanishli xususiyatga ega kizarish, murtak bezlari va. yumshok, tanglaylarning kuchsiz shishganliga aniqlanadi. Murtak bezlari yuzasida uzluksiz silliq zich, fibrinoz, iflos kulrang yoki okish kulrang, yoki sargish yaltirok, karashlar kuzatiladi. Ular shillik, kavat yuzasidan balandrok, joylashadi va u bilan zich boglangan bo'ladi. Ikkinchi murtak bezida karashlar orolchasimon kurinishga ega bulishi mumkin. Karash olinganda murtak bezi yuzasida qon tanachi eroziyalar xosil bo'ladi. Karashli plyonka 2 ta shpatel orasida ezilmaydi, ko'pincha «qonli kavatga» ega bo'ladi. Uni suvga solinganda, u erimaydi va uz shaklini o'zgartirmaydi. Anginalarda, esa bunint aksi kuzatiladi.

Xududiy limfa tugunlar katgalashadi, kattiklashadi, ba'zan og'riqli bo'ladi.. Kasallikning birinchi kunlardanoq tana xaroratiga muvofik tomir urishining tezlashuvi, bosh og'rishi, o'rta miyona rangparlik, xolsizlik, lanjlik, ishtaxaning pasayishi, AB ning biroz ko'tarilishi, ba'zida yurak tovushlarining biroz bug'iqlashi qayd etiladi. Qonda urta miyona leykotsitoz, neytrofillyoz aniqlanadi. Burmaga karshi zardobning erta kiritilishida bug'maning plyonkali shakli bilan kasallangan bemorlarning umumiy axvoli tezda yaxshilanadi, karash 2-4 kun davomida yuqoladi. Kasallik ko'pincha asoratsiz kechadi va bemorning tulik, sogayishi bilan yakun topadi.

Xalkum bug'masining orolchali shakli xozirgi davrda ko'p uchrovchi turlardan bo'lib, u ko'pincha emlanganlarda kuzatiladi va yengnl kechadi. U utkir tana xaroratining 37-38°S gacha kutarilishi, bosh ogrishi, uzini yomon xis etishi bilan boshlanishi mumkin. Lekin bemorlarning aksariyatida kasallikning asta-sekin boshlanishi kuzatiladi. Bunda bemorlarning umumiy axvoli biroz buziladi yoki umuman uzgarmasligi mumkin. Xaqumda kuchsiz giperemiya, murtak bezlari rovaksimon va biroz shishgan bulshi kuzatiladi. Murtak bezlarining burtib turgan kismlarida karash orolchadar kurinishida, bitta-ikkita yoki ko'p sonli joylshadi. Ularning qonsistensiyasi zich bo'ladi. Kasallikning birinchi kunlarida ular tampon yordamida kisman yoki tuliq ravishda kiyinchilik bilan ajraladi, fibrinoz xususiyatga ega bo'ladi.

Xalqum bo'g'masining kataral shakli xam qayd etiladi va kunroq zmlangan bolalarda kuzatiladi. Bemorlaning umumiy axvoli deyarli buzilmaydi. Ba'zan yutinganda tomokda ogrik tana xaroratining biroz oshishi yoki me'yoriy bulishi aniqlanadi. Xalkumda murtak bezlarining biroz kizarishi va shishganligi aniqlanadi. Pastki jag' burchaga limfa tugunlari kuchsiz javob reaksiyasini bildiradi va biroz kattalashgan va og'riqsiz bo'ladi. Xalkumdan olingan shilliqni

bug‘ma tayoqchalarini aniklash maksadida bakteriologik tekshirish musbat reaksiyasiii beradi.

Burmaning tarkalgan shakli 1,5% xollarda aniqlanadi. Kasallikning bu shaklida patologik jarayon xalqumdan atrofdagi tukimalar (tanglay ravoklari, tilcha, yumshoq tanglay, yutqinning orqa devori, bo'run, xiqildok, og‘iz shillik kavatiga) utib boradi.

Xalkum bug‘masining boshka a’zolar (xiqildoq, burun, kuz, jinsiy a’zolar va teri) o‘illiq kavatining zararlanishi bilan birga kechinsh «aralaga shakl>> deb baxoladi. Xalqum bug‘masining tarkalgan shaklida bemorlarning umumiy axvoli tez va ko’p buziladi. Tana xarorati 38-39°S va undan ko’proqgacha oshadi. Bemorlarni bosh og‘rig‘i, xolsizlik, tomokda, ba’zan esa qorinda xam biroz ogrik bezovta kiladi. Kuruvda bemorning keskin rangparligi, xolsizligi, ba’zida ta’sirchanligi, uyquchanligi, kechkurun alaxsirashi, ishtaxaning yo’qligi, ba’zan kungil aynishi qayd etiladi. .Xalqum kuchsiz qizargan, murtak bezlari kattalashgan. Ularning yuzasida, tanglay ravoklarida va xalkumning kushni shillik kavatida oqish-kulrang, yaltirok fibrinoz karashlar kuzatiladi. Ular shilliq qavat bilan zich bog‘langan, qonsistensiyasi esa kattik, bo’ladi. Xududiy limfa tugunlari kattalashgan, kattalagan, og‘rikli bo’ladi. Yurak-tomir tizimi tomonidan uzgarishlar kuzatilishi mumkin. Bunda AB ning pasayishi, yurak tovushlarining buriqlashishi, toza bulmagan birinchi ton yoki yurak chukkisida sistolik shovqin anikdanadi. Bugma uchun xos bulgan asoratlar rivojlangan mumkin. Bug‘ma qarshi zardob qullanilganda bir sutkadan keyin bemor ' umumiy axvolining yaxshilanishi, tana xaroratining me’yorlashishi, karashning kattalanpshsh tuxtaydi, 6-7 kundan keyin xalkum tozalanadi.U davolanmagan chegaralangan, tarkalgan shakllarda yoki mustakish rivojlanishi mumkin. U uchun ugkir boshlanish, kasallik barcha. belgilarini uta tez rivojlanishi xos. Bemorda tusatdan keskin xolsizlik, bosh og‘rishi naydo bo’ladi. Tana zarorati birinchi 2 kun ichida 39-40°S gacha kutariladi. Titrok, ba’zan korinda og‘rik, yutinganda ogrik, kuzatiladi. Keskin rangparlik, lablarning ko’karganligi, keskin adinamiya va xolsizlik, kamroq, quzg‘alish ko’zga tashlanadi.

Kasallikning birinchi soatlari va kunlarida taxikardiya (1 dakikada 140-160 ta tomir urishi) kayt etiladi. Xalkumda murtak bezdari va xalkum yumshok tukimalarida giperemiya kukarish bilan, ularning shishganligi kuzataladi. Kasallik boshida murtak bezlarida tursimon karashlar paydo bo’ladi. Ular tez kattiklashadi va birinchi sutka oxirlarida ular iflos kulrang zich karashlarga, sust (2-3 sutkalarda) zardobdi davolash boshlanguncha karashlar kilinlashadi, yuzasi notekislashadi. Karashlar murtak bezlaridan tashkariga tez chiqadi va burun-yutkin, tilcha, tanglay ravoklari, kattik tanglay shillik kavatiga tarkaladi. Og‘izdan chirindi xid kela boshlaydi. Xududiy limfa tugunlarining kattalashishi erta (I sutka oxirida ,2-sutka boshlarida) paydo bulada. Bundan tashkari, bo‘yin teri osti tukimalarining shishi rivojlanadi. Shish xamirsimon kattiklikka ega bo’ladi. Uning qanchalik rivojlanganligidan zaxarlanish darajasini bilsa. bo’ladi. Agar shish bir tomonlama bo’lib, u fakat xududiy limfa tugunlari atrofida joylashsa-bu subtoksik shakl. Agar u 2 buyin bug‘masigacha yetsa-bu 1-darajali toksik, agar u umrovgacha yetsa-bu 2-darajali toksik, agar u umrovdan pastroqda tushsa-bu Sh-darajali toksik shakl

xisoblanadi. Toksik bugmaniig yeng ogir shakllari bo'lib, gipernertoksik va gemorragik shakllar xisoblanadi. Gangrenoz shakl oxirga yillarda uchramaiyapti. Kasallik 80% xollarda ulimga olib keladi. Buniig sabablari-miokarditlar.

Xiqildok, bug'masiniig yoki chin krup (0,7-2,7%) kulrok 1-3 yoshli bolalarda uchraydi. Nafas yullari aloxida (birlamchi krup) yoki xalkum, yoki burun bugmasi bilan birgalikda (ikkilamchi krup) rivojlashi mumkin.

Xozirgi vaqitda xiqildokning aloxida zararlanishi kam uchraydi. Jarayonnivg tarqalingaga kura chegaralangan va tarkalgan shakllar farklanadi. Chegaralangan shaklda jarayon faqat xiqildokni, tarkalgan shaklda esa kekirdak (laringotraxeit-krupning A turi) yoki undan xam. pastrokda tarkalishi (laringotr'axeobronx--krupning «tushib boruvchi B turi) mumkin.

Xiqildok bug'masining klinik belgilari quyidagilardan iborat: birinchidan bemorning ovozi pasayadi, so'ng butunlay yukaladi; ikkinchidan, ushi quruq dagal, akkillovchi yo'tal bezovta qiladi. uchinchidan, shovkinli, sikuvchi nafas kuzatiladi.

Xikildok, bug'masida 3 ta boskich farklanadi: boshlang'ich {kataral disfonik), stenotik va asfiktik. xar bir boskich davomiyligi bir necha soatdan 2-3 sutkagacha yetadi.

Bugilish boskichlari:

I. boskich-krupoz yo'tal
II. boskich-stenoz
III. boskich-asfiksiya

Kasallik quruq uvullovchi yo'tal , ovozning bugilishi bilan boshlanadi , xarorat kutarilgan yoki normal. Bola injiq , bexol . Bu davr I-boskich yoki katoral davr kabi aniqlanadi, davomiyligi 1-3 kun. Asta sekin ovoz bugilishi oshadi, ovoz sekin, tovushsiz (afoniya) bo'lib qoladi. Nafas olish kiyinlashadi, tovush bilan xarakterlanadi. Nafas shovkinli, stenotik bo'ladi. Stenoz xuruji davrida bola bezovta, kuruvda yuzda sianoz, kukrak kafasi kirgan joylari burtishi kuzatiladi. Nafas susaygan, taxikardiya. Vakti–vakti bilan bola tinchlanadi. Asta-sekin xurujlar kepayadi, davomiyligi uzayadi. Stenoz II- boskichi – 2-3 kun davom etadi, keyinchalik stenoz davomiyga aylanadi. Nafas aktida yordamchi mushaklar ishtirok etadilar .

Yakkol afoniya–kislorod yetishmovchiligi kuchayadi, bugmaning III-boskichi–asfiksiya boskichi. quzi kulrang, sianotik (kulrangasfiksiya boskichi) yoki okish (okish asfiksiya boskichi) tusda, lablar sianotik, bola loxas, yuz ter tomchilari bilan koplangan. Agar vaktida yordam kursatilmasa bemorni yukotish mumkin. Gripp, qizamiq, skarlatina bo'g'masi, yot jism, ko'k yo'tal, bronxial astma va boshkalar bilan taqqoslash lozim.

Asoratlari. YuKT tomonidan: yurakni erta paralichi (kasallikning 3-4 kuni), miokarditlar (8-15 kun). 15-22 kunda periferik paralich (yumshok tanglay, akkomodatsiya) rivojlanishi mumkin.

Diagnostika. Kasallikning birinchi kunlarida olingan juft qon zardoblari bilan bo'g'ma antigeni urtasida agglyutinatsiya reaksiyasi quyiladi 7-10 kun utgach yana kaytariladi. 1:80 va yuqori titir diagnostik xosoblanadi. RPGA, passiv gemaglyutinatsiya reaksiyasi bo'g'ma anatoksini bilan-maxsus xisoblanadi va yuqori sezgirlikka ega.

Davolash. Barcha bugmali bemarlar shifoxonaga yotkiziladilar. Bugmali bemorga yarim suyuk yengil xazm beladigan va yuqori kalloriyali ovkat tavsiya etiladi.
YuKT faoliyati tomir ichiga glyukoza kuyish, kordiamin va boshka preparatlar ineksiyasi bilan ushlab turiladi. Miokardit rivojlanishida kursatmaga asosan. Periferik paralich rivojlanganda m/o V_1 vitamini va prozerin ineksiyasi kullashni talab kiladi. Bugilish rivojlanish xolatlarida kodein bilan ingalyatsiya buyuriladi. Kuchaysa – intubatsiya. Asosiy davo vositasi bo‘lib antitoksik bugmaga qarshi zardob xisoblanadi. Yuboriladigan zardob dozasi bemor yoshiga, kasallik ogirligi va muddatiga qarab belgilanadi.Bugmaning maxalliy shakllarida davolash 1-kuni bemorga 15000 –20000 YeD, toksik shakllarida 25000-60000 YeD yuboriladi.
Oldini olish va epidemiologik choralar. Bemor kasalxonaga yotkizilgach, uning uyida dezinfeksiya (nam yoki formalinli) utkaziladi Mulokatda bulgan shaxslar karantinda bo’ladilar.
Bugmani maxsus profilaktikasi bugma anatoksini bilan emlash orkali utkaziladi. Vaksinatsiya (AKDS va ADS–M) 1-1,5 yoshli bolalarga utkazilmaydi. Birinchi emlanganda t/o 1 *m*l (25 AE) bugma anatoksini yuboriladi. 20-30 kun o‘tgach 2-emlash o‘tkaziladi-t/o 2 *ml* anotoksin. Birlamchi revaksinatsiya vaksinatsiyadan 3-6 oy utgach bir marotaba 1 ml yuborish orkali utkaziladi . Yoshiga mos revaksinatsiya 3-4 , 7-8 va 12 yoshli bolalarga utkaziladi Ma’lum epid. xolatlarga qarab vaksinatsiya va revaksinatsiya qayta o’tkaziladi.

Ko‘ko‘tal — O’tkir yuqumli kasallik bo’lib, xavo-tomchi yo’li orqali yuqadi. Kuzatuvchisi V.pertussis bo’lib, kasallyk siklik chuzilib kechadi va uziga xos tutkanokli, xurujsimon yo’tal kuzatiladi.

Etiologiyasi. Ko’k yo’tal va ko’k yo’talga uxshash kasalliklar 2 xil qo’zg’atuvch tomonidan chakiriladi V. pertussis va V.parapertussis. V.pertussis birinchi bo’lib 1901-1906 yillarda Fransiyada J.Bordett va O.Jendon tomonidan topilgan. U grammanfiy tayokcha bo’lib, nozik qobiq bilan uralgan, xarakatsiz aerobdir.

Ye**pidemiologiyasi.** Kasallik manbai bemor odam bo’lib, u yashirin davrning oxirgi kunlarida yuqumli xisoblanadi va eng yuqumli yuqish darajasi kasallikning boshlangich va avj olgan davrida kuzatiladi. Yukish darajasi yo’tal soniga boglik. Ko’k yo’talga beriluvchanlik juda yuqori bo’lib, bola tugilganidan keyinok, kasallanishi mumkin. Yuqumlilik darajasi 07-08. Kasallikdan keyin turgun, mustaxkam immunitet qoladi. Faol emlash kasallikning sonini ancha qisqartiradi.

Patogenezi. Kasallik klinikasida asosiy e’tibor uziga xos xurujli yo’talga karatilgan bo’lib, yo’tal sanoksiz, yurak-tomir va asab tizimi faoliyatining buzilinshga olib keladi. Bunda qo’zg’atuvch toksinini afferent asab tolalariga ta’sir kilib, nafas olish markazini kitiklaydi. U yerda kuzgalish uchori xosil bo’ladi. Shillik kavatlarga urnashtan qo’zg’atuvch u yerda QON kuyilishlarga, epiteliy nekroziga olib keladi va ko’plab toksin chikaradi. By paytda oddiy yo’tal kuzatiladi. Mikrob bir necha xil toksin ajratadi: filamentoz gemagglyutinin, ko’k yo’tal toksini, lishlgolisaxarid, termolabil toksin, traxeal sitotoksin, adeshetatsiklaza va boshkalar. Asosiy urinni ko’k yo’tal toksini (KT) tutadi.

Qon - tomir tizimidagi uzgarishlar terining oqarishi, akrotsianoz, shishli va gemorragik sindrom, qon bosimining oshishiga olib keladi. Ensefalitik uzgarishlar dissirkulyator buzilishlar va xujayra va metabolizmi buzilishi bilan ifodalanadi.

Klinkasi. Qo'zg'atuvchiing virulentligi, bolaning yoshi, organizmning immun xolatiga bogliq. Ko'k yo'tal asta-sekin boshlanib, 2-3 xaftada avjiga chiqadi. Kasallik kechishida 3ta davr farqlanadi: 1) kataral 2) spazmatik, 3) tuzalish.

Yashirin davri 5-20 kungacha, urtacha 10-12 kun davom etadi.

Boshlangich davri 7-14 kun davom etib, emlanganlarda 21 kungacha, urta yoshli bolalarda esa 3-5 kun davom etadi.

Kasallikning asosiy belgisi yo'tal bo'lib, boshida oddiy quruq, kechkurun paydo buluvchi yo'tal kurinishida qayd etiladi. Tana xarorati odatda normal yoki subfebril bo'ladi. Bola uzini nisbatan yaxshi xis kiladi. Yo'tal asta-sekin kuchayib boradi, chuziladi va xurujsimon kurinishga utadi.

Spazmatik davrida xurujsimon yugal avjiga chiqib, boshqa belgilar xam yakkol namoyon bo'ladi. Xurujsimon yo'tal ketma-ket kechuvchi yo'tal xurujlari va ular orasida xushtaksimon nafas olish — reprizlardan iborat bo'ladi. Yo'tal paytida bola kuchanadi, yuzlari kizarib ketadi, sianoz bulishi mumkin. Tili tashqariga osilib chiqadi. Yo'tal xuruji quruq, tipik, balgam kuchishi yoki kusish bilan tugaydi. Reprizlar xozirgi paytda kam kuzatilmokda. Kusish xam barcha bemorlarda kuzatilavermaydi. Yo'tal xurujlari soni 5dan 40-50 martagacha davom yetishi mumkin. Xurujlar uyku vaktida paydo bo'lib, toza xavoda kamayadi. Yo'tal xuruji paydo bulishiga boshqa ta'sirlar (qurqinch, ogriq, ovqatlantirish) turtki bulishi mumkin. Katta yoshdagi bolalar xuruj kelishini oldindan sezishi mumkin va bunda tomokda kichishish paydo bo'ladi. yo'talsiz paytda bolaning burun-lab uchburchagi biroz sianotik, yuzi tundlashgan, kovoqlar shishgan bo'ladi. Ba'zida xuruj paytida skleralarga qon quyilishi, burunning qonashi, yuzida netexiyalar paydo bulishi mumkin.

Yo'tal xurujlari asta-sekin kuchayib borib, spazmatik davr 2-xaftasida avjiga chikadi. Spazmatik davr 4-6 xafta davom etadi. Tuzalish davri 2-3 xafta davom etib, bunda yo'tal xurujlari kamayib boradi, kusjsh tuxtaydi. Yo'tal jismoniy yoki ruxiy zuriqish vaktidagina paydo bo'ladi. Tugaganidan keyin xam xurujlar kaytalanishi mumkin va ular odatda boshqa respirator kasallik qushilishi tufayli paydo bo'ladi.

Bronxit kuchsiz ifodalangan. Zaxarlanish belgilari bilai kechadi. Klinikasi xam ifodalangan bo'lib, nam, urta pufakli va quruq xirillashlar kam bo'ladi. Tana xarorati normal, yo'tal paytida quyuq, tinik balgam kuchadi. Nafas yetishmovchiliga kuchsiz (1-daraja) yoki umuman bulmaydi. Rentgenologik tekshiruvda «kuk yo'tal o'pka» klinikasi namoyon bo'ladi. Bronxit belgilari spazmatik davrning 1-2-xaftasida paydo bo'lib, boshka belgilar bilan birga yuqoladi. Bronxitlar antibiotikoteraiiyaga chidamli bo'ladi. Zotiljam ikkilamchi infeksiya xisobiga yuzaga chikddi.

Atelektaz bronxga balgam tiqilib qolishi va bronxlar funksiyasining buzilishi oqibatida rivojlanadi. Klinikasi atelektaz ulchamiga bogliq. Asosan katta atelektazlarda taxipnoe, nafas yetshnmovchiligi belgilari kuchayishi, perkutor

tovush tumtoklashishi, nafas olish tovushlari kuchsizlanishi mumkin. Atelektaz yo'tal jurujdari soni tezlashishi va ko'payshpiga olib keladi.

Tomirli uzgarishlar gemorragik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Skleralarga qon kuyilishi, burun qonashi. qon aralash balgam kuchishi mumkin. Ko'p xollarda taxikardiya, arterial bosimning oshishi kuzatiladi.

Tasnifi. Tipik va atipik ko'k yo'tal tafovut qilinadi. Tipik xollarda yuqorida kyoltirilgan davrlar ketma-ket kelib, xar bir davrga xos belgilar kuzatiladi. Ogirligi buyicha yengil, urtacha ogir va ogir turlari mavjud. Ogirlik kursatkichlariga kiradi: yo'tal xurujlari soni, yo'tal vaktida sianozning bulishi, yuzdagi sianozning kasallik boshidanok (1-xafta) kuzatilinshi, nafas olishning buzilishi, yurak-tomir tizimidagi uzgarishlar, ensefalopatiya belgilari.

Kasallikning yengil shakllarida xurujlar soni 15 tadan oshmaydi. Bemorning umumiy axvoli qoniqarli bo'ladi. Ba'zi xollarda qusish bo'ladi. Bir necha. bolada yo'tal paytida kuchayuvchi burun-lab uchburchagi kukarishi mumkin. Doimiy belgilardan biri — bola yuzi, ayniqsa qovoqlardagi shishdir. Gemorragik sindrom kam uchraydi. O'pka tomonidan o'pka kengayishi belgilari kuzatiladi. Yengil kechishiga qaramay spazmatik davri 4-5 xafta davom etadi. Tuzalish davri 1-2 xafta bo'lib, yo'tal kamayadi va yengillashadi.

Kasallikning urtacha ogir shaklida yo'tal xurujlari soni 16-25 tagacha boradi, reprizlar kuzatiladi. Bemorning axvoli ancha uzgaradi. Boshlangich davr 6-9 kun, spazmatik davri 5 xaftadan oshadi. Kasallik avjida bezovtalik, uykuning buzilshli, xolsizlik bo'ladi. Xurujlar chuzilgan, charchatadigan, sianozli bo'ladi. Nafas yetishmovchiligi xuruj bulmagan paytda xam kuzatiladi. Doimiy ravishda bola yuzi shishgan, gemorragik belgilar kuzatiladi. O'pkada 1-2 ta kuruq va nam xirillashlar bulishi mumkin. Qonda limfotsitoz, normal yoki past EChT. Ogir shaklida xurujlar soni 30 va undan ortiqroq bo'ladi. Boshlangich davr 3-5 kun. Spazmatik davrida bolaning umumiy axvoli yomonlashadi, xolsizlik, uyquning buzilishi kuzatiladi. Yo'tal xurujlari uzoq vakt davom etadi, apnoe xolatlari yuzaga keladi. Xuruj bulmagan vaqtda xam taxipnoe, terining sianozi kuzatiladi. Yurak-tomir tizimi faoliyati buziladi. Ensefalopatiya rivojlanib, talvasalar bulishi mumkin.

Atipik bilinar-bilinmas ko'k yo'tal uchun davrlar ketma-ketligi xos bulmay, yo'tal xam xos bulmaydi. Yo'tal odatda quruq, asosan kechasi paydo bo'lib, spazmatik davrga utish (2-xafta) paytiga mos vaqitda kuchayadi. Bu turi biroz yo'talib yurish yoki tomoq kichishi bilan xam namoyon bulishi mumkin. O'pkada biroz emfizema kuzatiladi. Yo'tal davomiiligi 7-50 kun, urtacha 30 kun bo'ladi. Bakteriya tashuvchilik ko'proq, kattarok, bemorlarda, emlanganlar yoki avval kasal bulgailarda uchraydi. Davomiiligi odatda 2 xaftadan oshmaydi.

Asoratlari aynan kuk yo'tal qo'zg'atuvchisi va uning toksini tufayli yoki ikkilamchi infeksiya kushilishi oqibatida yuzaga keladi. Kuk yo'tal bronxiti uchun zaxarlanish belgilari va nafas yetishmovchiligi belgilari bulmasligi xos. Auskultativ uzgarishlar xam kam ifodalanadi.

Mayda bronx va bronxiolalar ko'proq boshqa URVI qushilganda yuzaga kelib, nafas yetishmovchiligi belgilari, nam mayda va urtacha pufakli xirillashlar, obstruktiv sindrom bilan kechadi. Ikkilamchi infeksiya kushilgandagi

bronxitlarda bemorning axvoli yomonlashadi, yo’tal xurujlari soni ortadi, balgam loyqa bo’lib, oqish-sargish tusga kiradi.

Zotiljam ko’k yo’talda asosan ikkilamchi infeksiya xisobiga bo’ladi. Uning klinikasi bashqa kasalliklardagi zotiljamga uxshash bo’ladi.

Ensefalopatik asoratlarning soni oxirgi paytlarda ancha kamaydi. Ko’k yo’talda va bir kancha asoratlar kuzatilishi mumkin. Bularga o’pka emfizemasi, atelektaz, pnevmotoraks, chov va kindik churrasi, ko’plab qon kuyilishlar kiradi.

Kuk yo‘tal o‘rta yoshdagi bolalarda ko‘proq og‘ir kechishi bilan izoxlanadi. Boshlang‘ich davri qisqa, bilinar-bilinmas bo‘lib spazmatik davr 50-60 kunga cho‘ziladi va bu davrda o‘ziga xos reprizlar kuzatilmaydi. Yo‘tal paytida bola kuchanadi, kizaradi, keyin tezda siaiotik tusga kiradi. Urta yoshdagi bolalarda yo’tal xuruji nafas tuxtab qolishi — apnoe bilan kechadi.

Tashxisotida prodromal davrida oddiy yo’talilshing asta-sekin kuchayib borishi, zaxarlanish, nafas yullari katari, isitmalashning bulmasligi axamiyatga ega. Spazmatik davrda uziga xos yo’tal tashxisotni yengillashtiradi. Tashxisotda yana epidemiologik anamnezga xam katta axamiyat berish l ozim.

Laborator tashxisotda bakteriologik usul yordam beradi. Buning axamiyati kasallik boshlarida katta bo’ladi. Bunda yo’tal plastinkachalari usulidan foydalaniladi yoki tomokdan surtma olinadi. Serologik usullardan RPG'A va RA qullaniladi.

Qiyosiy tashxisoti. URVI da ko’k yo’taldan farki utkir boshlanish, kuchli intoksikatsiya' nafas yullarida kataral uzgarishlar yo’talning kuchayib borishidir. PC-infeksiya uzoq kechganda ko’k yo’talga uxshaydi, lekin bunda yaqqol ifodalangan davriylik kuzatilmaydi. Bronxlardagi yot jismlarda uzok yo’tal kuzatiligai mumkin. Bunda yo’tal birdaniga paydo bo’lib kolishi va tana xolati uzgarganida yo’tal xam uzgarishi xosdir.

Davosi da keng tarzda kislorod va mukolitik vositalar kullaniladi. Kursatma bulsa antibiotiklar, gormonlar, yo’talga qarshi preparatlar beriladi. Kislorod bilan davolaщda kislorodli palatkalardan foydalaniladi. Yengil va urta ogir shakllarda toza xavoda uzoq vakt bulish kifoya kiladi.

Apnoe xolatlarda sun’iy nafas oldiriladi. Bronxolitik ta’sir uchun eufidlin ichishga yoki parenteral 4-5 mg/kg/sut dan beriladi. Ingalyatsiya uchun 0,5 ml, eufidlin 0,6 ml, novokain 0,25 ml, askorbin kislotasi 0,25 va distillangan suv 100 ml tayyorlab, bitta ingalyatsiyaga 3-5 ml ishlatiladi.

Yo’talga karshi preparatlar kam foyda beradi. Yo’tal sonini kamaytirish uchun seduksen 0,8 mg/kg/sut 1 maxal beriladi.

Tuqima nafas olishini yaxshnlash uchun kokarboksilaza, askorbin kislota, tokoferol tayinlanadi. Bosh miyaning gipoksiyaga chidamliligini oshirish uchun fenobarbital va dibazol tayinlanadi. Antibiotiklar faqat kasallikning boshlangich davrida foyda berishi mumkin. Bunda eritromitsin, rulid, vilprafen kullaniladi. Spazmatik davrda antibiotiklar faqat o’pka asoratlari qushilgandagina tayinlanadi.

Profilaktikasi. Kasallikni oldini olish chora-tadbirlariga bemorni erta aniklash va aloxidalash kiradi. Kasallik uchogidagi 7 yoshgacha bolalar uyda bemor bilan muloqot kilgan bulsa bolalar muassasasiga 14 kundan keyin quyiladi. Yetti yoshdan kattalar esa aloxidalanmaydi. Ko’k yo’talning maxsus profilaktikasi

AKDS vaksinasi yordamida utkaziladi. Vaksinani 3 oylikdan 3 yoshgacha bulgan bolalarga 3 marta 5 oy oralatib qilinadi. (0,5 ml dan). Keyin 1,5-2 yil uttach 0,5 ml mikdorida AKDS vaksinasi qilinadi. Uch yoshdan oshgan bolalar emlanmaydilar.

Mavzulashtirilgan test.

1. Ko‘k yo‘talning avj olish davriga xos bo‘lgan klinik belgilar:
A.spazmatik xurujli yo‘tal, yopishqoq balg‘am ajralishi
V.quruq yo‘tal, ko‘ngil aynish S.bo‘g‘imlarda og‘riq
D.jigar va taloqning kattalashishi

2.Reqonvalesensiya davr bu ?
A.Kasallanish V.Qaytalanish S.Avj olish D.Sog‘ayish

3.Disfonik, stenoz va asfiksik boskichlar kaysi kasallikka xos ?
A.Difteriya V.OITS S.Gripp D.Kizamik

4**.Ko‘k yo‘tal davrlarini ko‘rsating:**
A.kataral, spazmatik, tuzalish V.asfiksiya, depressiya
S.spazmatik, falajlik davri D.kataral, ko‘zg‘alish davri

5.Yuqumli kasallik rivojlanishi uchun qaysi omillar zarur?
A.Organizmning reaktivligi, mikroblarning virulentligi, miqdori.
V.Ob-xavo,qaysi faslda kasallikni yuqtirganligi.
S.Mikroblarning qaysi turdagi toksin ajratishi, miqdori
D.Kasallikga moyilligi,qo‘shimcha kasallikning mavjudligi.

6.Antibiotik va oqsilli preparatlar ishlatilganda qanday asoratlar kuzatilishi mumkin?
A.ichak tutilishi V.gipertoniya S.anafilaktik shok D.giperglikemiya

7.Seroterapiya nima?
A.Vaksinalar bilan davolash V.Zardob bilan davolash
S.Antibiotiklar bilan davolash D.Vitaminlar bilan davolash

Difteriya kasalligi bo‘yicha nazorat savollari

1. Difteriya kasalligining etiologiyasi nima**?**
2. Difteriya qo‘zg‘atuvchisi qanday mikroorganizmdir?
3. Difteriya qanday yuqish yo‘llari orqali tarqaladi?
4. Kasallikning infeksiya manbai kim hisoblanadi?
5. Difteriyaning inkubatsion davri qancha?
6. Difteriyaning asosiy epidemiologik xususiyatlari qanday?
7. Difteriyaning asosiy klinik belgilarini ayting.
8. Tomoq difteriyasida hosil bo‘ladigan fibrinoz parda qanday xususiyatga ega?
9. Difteriyaning qanday asoratlari bo‘lishi mumkin?
10. Difteriya kasalligini profilaktika qilish usullari qanday?

Ko‘kyo‘tal kasalligi bo‘yicha nazorat savollari

1. Ko‘kyo‘tal kasalligining etiologiyasi nima?
2. Ko‘kyo‘tal qo‘zg‘atuvchisi qanday bakteriya?
3. Ko‘kyo‘tal qanday yuqish yo‘li bilan tarqaladi?
4. Kasallikning inkubatsion davri qancha davom etadi?
5. Ko‘kyo‘tal kasalligining epidemiologik xususiyatlari qanday?
6. Ko‘kyo‘tal kasalligining rivojlanish bosqichlari qanday?

7. Kasallikning asosiy klinik belgilarini ayting.
8. Ko‘kyo‘tal xurujida kuzatiladigan spazmatik yo‘tal qanday bo‘ladi?
9. Ko‘kyo‘tal kasalligi qanday asoratlar berishi mumkin?
10. Ko‘kyo‘tal kasalligini oldini olish uchun qanday choralar ko‘riladi?

Vaziyatli masala

1-vaziyat

6 yoshli bolada **tomoq og‘rig‘i, isitma va tomoqda kulrang parda** paydo bo‘lgan. Parda olib tashlanganda qonash kuzatiladi.

Savollar:

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
3. Kasallik qanday yuqadi?

Javob:

1. Difteriya
2. Corynebacterium diphtheriae
3. Havo-tomchi yo‘li

2-vaziyat

3 yoshli bolada **ketma-ket kuchli yo‘tal xurujlari**, yo‘tal oxirida **chuqur nafas olish (repriza)** kuzatiladi. Yo‘tal paytida bolaning yuzi qizarib ketadi.

Savollar:

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
3. Kasallikning asosiy yuqish yo‘li qanday?

Javob:

1. Ko‘kyo‘tal
2. Bordetella pertussis
3. Havo-tomchi yo‘li

Interfaol o‘yin: “Kim tezroq topadi?”

Maqsad:

Talabalarning **difteriya va ko‘kyo‘tal kasalliklari etiologiyasi, epidemiologiyasi va klinik belgilarini** tez va to‘g‘ri aniqlash ko‘nikmasini rivojlantirish.

O‘yin qoidasi

1. Guruh **2 yoki 3 ta jamoaga** bo‘linadi.
2. O‘qituvchi savol yoki kasallik belgilarini aytadi.
3. Qaysi jamoa **birinchi bo‘lib to‘g‘ri javob bersa**, 1 ball oladi.
4. Eng ko‘p ball to‘plagan jamoa **g‘olib** bo‘ladi. 🏆

Savollar namunasi

1-savol:

Tomoqda **kulrang parda hosil bo‘lishi** qaysi kasallikka xos?

Javob: **Difteriya**

2-savol:

Spazmatik yo‘tal xurujlari qaysi kasallikda kuzatiladi?

Javob: **Ko‘kyo‘tal**

3-savol:
Corynebacterium diphtheriae qaysi kasallik qo‘zg‘atuvchisi?
Javob: **Difteriya**
4-savol:
Bordetella pertussis qaysi kasallikni chaqiradi?
Javob: **Ko‘kyo‘tal**
5-savol:
Qaysi kasallikda **yo‘tal oxirida chuqur nafas olish (repriza)** kuzatiladi?
Javob: **Ko‘kyo‘tal**
6-savol:
Qaysi kasallikda **fibrinoz parda** hosil bo‘ladi?
Javob: **Difteriya**

2.6.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2015-yil 25-martdagi “Respublikada parazitar kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida”gi 121-sonli buyrug‘i mazmun mohiyati**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	**1.121-sonli buyruqning qabul qilinish sabablari va maqsadi** (parazitar kasalliklarning dolzarbligi, aholining salomatligini muhofaza qilishdagi ahamiyati) **2.Buyruqning asosiy mazmuni va belgilangan chora-tadbirlari** (profilaktika, sanitariya-gigiyena talablari, laborator nazorat va tibbiy ko‘riklar) **3.Buyruqning amaliy ahamiyati va ijrosining natijalari** (kasallanishni kamaytirish, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish, tibbiyot muassasalarining vazifalari)

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan

30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash		joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Parazitar kasalliklari haqida ma’lumot.Enterobioz, askaridoz, gimenolepidoz, lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining etiologiyasi va epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari. Laborator tekshiruv usullari. Bemor parvarishi, kasalliklarning oldini olish.Kasalliklarni davolash va profilaktikasini amalga oshirishda hamshiraning tutgan o‘rni.	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2015-yil 25-martdagi “Respublikada parazitar kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida”gi 121-sonli buyrug‘i mazmun mohiyati.
O’qitish metodlari	“tezkor savollar ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli

O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2015-yil 25-martdagi “Respublikada parazitar kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida”gi 121-sonli buyrug‘i mazmun mohiyati

Reja:

1. **121-sonli buyruqning qabul qilinish sabablari va maqsadi** (parazitar kasalliklarning dolzarbligi, aholining salomatligini muhofaza qilishdagi ahamiyati)
2. **Buyruqning asosiy mazmuni va belgilangan chora-tadbirlari** (profilaktika, sanitariya-gigiyena talablari, laborator nazorat va tibbiy ko‘riklar)
3. **Buyruqning amaliy ahamiyati va ijrosining natijalari** (kasallanishni kamaytirish, sog‘lom turmush tarzini shakllantirish, tibbiyot muassasalarining vazifalari)

121-sonli buyruqning qabul qilinish sabablari va maqsadi

1. Qabul qilinish sabablari:

- O‘zbekiston Respublikasi hududida **parazitar kasalliklar** (gelmintozlar, leishmanioz va boshqa parazit infeksiyalar) tarqalishi yuqori bo‘lishi.
- Aholi, ayniqsa **bolalar va maktab yoshidagi o‘quvchilar** orasida parazitar kasalliklar tufayli sog‘liqning yomonlashishi va mehnat qobiliyatining pasayishi.
- Hududlarda **sanitariya-gigiyena sharoitlarining yetarli emasligi** parazitar kasalliklar xavfini oshirishi.
- Mavjud **profilaktik chora-tadbirlarning yetarlicha samarali emasligi**, monitoring va nazorat tizimining sustligi.

2. Buyruqning maqsadi:

- Respublika miqyosida **parazitar kasalliklar profilaktikasini takomillashtirish**.
- Aholi orasida kasallanish xavfini kamaytirish va **salomatlikni yaxshilash**.

- Hududiy **sanitariya-epidemiologiya xizmatlarini** chora-tadbirlarni tizimli va samarali amalga oshirishga yo‘naltirish.
- **Monitoring, laborator tekshiruvlar va aholini tibbiy ko‘rikdan o‘tkazish** orqali kasalliklarning erta aniqlanishini ta’minlash.
- **Xalq o‘rtasida tushuntirish ishlari va gigiyena madaniyatini oshirish** orqali profilaktik choralarni keng joriy etish.

O‘zbekistonda parazitar kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish doirasida Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan buyruqlar chiqqan, bu esa Sanitariya-epidemiologiya xizmati (Sanepid) idoralarining faoliyatini kuchaytirishga qaratilgan bo‘lib, jumladan, aholi, ayniqsa, 2-10 yoshli bolalar orasida parazitlarni erta aniqlash, laboratoriya tekshiruvlari o‘tkazish hamda ota-onalarga shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish bo‘yicha tavsiyalar berish kabi ishlar amalga oshiriladi. Bu chora-tadbirlar parazitar kasalliklarning oldini olish, aholi salomatligini himoya qilish va kasallanish darajasini kamaytirishga qaratilgan.

Asosiy yo‘nalishlar:

- **Davlat buyruqlari va farmonlar:** “Respublikada parazitar kasalliklarni profilaktika chora-tadbirlarini takomillashtirish to‘g‘risida”gi buyruqlar ijrosini ta’minlash.
- **Epidemiologik nazorat:** Aholi, xususan, maktabgacha va kichik yoshdagi bolalar orasida parazitlarni aniqlash uchun laboratoriya namunalari olish va tekshirish.
- **Profilaktik tadbirlar:** O‘rnatilgan tartibda laboratoriya tekshiruvlari o‘tkazish, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish bo‘yicha tushuntirish ishlari olib borish.
- **Sanepid xizmatining roli:** Mahalliy Sanepid bo‘limlari va laboratoriya mutaxassislari parazitologik monitoring o‘tkazishda faol qatnashadilar.

Bu chora-tadbirlar gelmintoz kabi keng tarqalgan parazitar kasalliklarning oldini olishga qaratilgan bo‘lib, aholining salomatligini himoya qilishda muhim ahamiyatga ega.

2015-yil 25-martdagi 121-sonli “Respublikada parazitar kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida” buyrug‘i (O‘zbekiston Sog‘liqni saqlash vazirligi buyruqlari doirasida) haqida asosiy ma’lumotlar:

Hujjat haqida qisqacha

- 2015-yil **25-martda** O‘zbekiston Respublikasi **Sog‘liqni saqlash vazirligi (SSV)** tomonidan imzolangan **121-sonli buyruq “Respublikada parazitar**

kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida” deb nomlangan.

- Bu hujjat parazitar kasalliklar — gelmintozlar (masalan, ascaris, enterobioz va boshqalar) hamda boshqa parazitlar sababli kelib chiqadigan sog‘liq muammolarining tarqalishini kamaytirish va oldini olishga qaratilgan profilaktik ishlarni kuchaytirish maqsadida qabul qilingan.

Maqsad va umumiy yo‘nalishlar

Buyruqning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat bo‘lishi mumkin (shu turdagi hujjatlar doirasida):

1. **Epidemiologik nazoratni kuchaytirish**
   Parazitar kasalliklarning tarqalishini oldini olish, monitoring va statistikani yaxshilash orqali samarali nazorat mexanizmlari joriy etish.
2. **Profilaktika tadbirlarini kengaytirish**
   — Aholi orasida gelmint taxlillari, parazitologik tekshiruvlar amalga oshiriladi.
   — Maktablar, jamoat joylari, maktabgacha ta’lim muassasalarida tashxis va xavf baholash ishlari olib boriladi.
3. **Sanitariya va gigiyena ishlarini kuchaytirish**
   — Deratizatsiya (sichqonlarga qarshi chora) va dezinfeksiya ishlari amalga oshiriladi, ayniqsa parazitar kasallik xavfi yuqori bo‘lgan hududlarda.
4. **Qamrab olish va axborot-tushuntirish ishlari**
   Aholiga parazitar kasalliklardan saqlanish yo‘llari, gigiyena qoidalari bo‘yicha ta’lim va axborot tarqatish tadbirlari olib boriladi.

Amaliyotda bajarilishi

- Hududiy sanitariya-epidemiologiya bo‘limlari **laboratoriya tekshiruvlari** orqali gelmint tuxumlarini erta aniqlash bo‘yicha tadbirlar o‘tkazmoqda.
- Shuningdek, **deratizatsiya** (masalan, qiziriq tumanida teri leyshmaniozi profilaktikasi uchun) kabi amaliy chora-tadbirlar amalga oshirilgani haqida ma’lumotlar mavjud.

Nazorat savollari

1. 121-sonli buyruq qachon va qaysi maqsadda qabul qilingan?
2. Buyruqning parazitar kasalliklar profilaktikasidagi asosiy vazifalari nimalardan iborat?
3. Hududiy sanitariya-epidemiologiya xizmatlarining 121-sonli buyruq bo‘yicha vazifalari qanday belgilangan?
4. Buyruq orqali aholiga qanday profilaktik chora-tadbirlar amalga oshirilishi ko‘zda tutilgan?
5. 121-sonli buyruqning aholining sog‘lig‘ini yaxshilash va kasallik tarqalishini kamaytirishdagi ahamiyati nimada?

2.6.O'quv moduliga ajratilgan soat 2	**Enterobioz, askaridoz, gimenolepidoz, lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari. Laborator tekshiruv usullari.**

Ma'ruza mashg'ulotini O'qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O'quv mashg'ulotining shakli va turi	Nazariy mashg'ulot
Ma'ruza mashg'uloting rejasi	1.Gijja kasalliklari gelmintozlar enterobioz, askaridoz trixotsefalyoz kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi. 2. Kasalliklarning klinik kurinishlari. 3.Lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari.

O'quv mashg'uloti maqsadi:

1.Ta'limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko'nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko'nikmalarni amaliyotda qo'llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O'z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e'tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta'lim beruvchi	**Ta'lim oluvchi**
1-bosqich O'quv mashg'ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O'qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O'quv bo'limi tomonidan berilgan ro'yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa Enterobioz, askaridoz, gimenolepidoz, lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari. Laborator tekshiruv usullari mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Parazitar kasalliklari haqida ma’lumot.Enterobioz, askaridoz, gimenolepidoz, lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining etiologiyasi va epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari. Laborator tekshiruv usullari. Bemor parvarishi, kasalliklarning oldini olish.Kasalliklarni davolash va profilaktikasini amalga oshirishda hamshiraning tutgan o‘rni.	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2015-yil 25-martdagi “Respublikada parazitar kasalliklar profilaktikasi bo‘yicha chora-tadbirlarni takomillashtirish to‘g‘risida”gi 121-sonli buyrug‘i mazmun mohiyati.
O’qitish metodlari	“Kasallikni top” “Vaziyatli masala ”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Enterobioz, askaridoz, gimenolepidoz, lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari. Laborator tekshiruv usullari.

Reja:

1. Gijja kasalliklari gelmintozlar enterobioz, askaridoz trixotsefalyoz kasalliklarni etiologiyasi,patogenezi.
2. Kasalliklarning klinik kurinishlari.
3. Lyamblioz, teniarinxoz, exinokokkoz kasalliklarining asosiy klinik belgilari, kechish hususiyatlari.

Gelmintlar odamning nafas olish ovqat hazm qilish, mushak tizimida, jigar, taloq, qon, miya, ko‘z va boshqa organlarida parazitlik qiladi. Gijjalar ichakning shilliq qavatiga yopishib olib, uni jaroxatlaydi. Oqibatda ichak devorlarida yara paydo qiladi va qon ketishiga sabab bo‘ladi. Ichakda yashovchi gijjalar asosan ichakdan tunda chiqadi va orqa chiqaruv teshigi atrofida juda kup tuxum qo‘yadi. Kasal odamda axlatda gijja tuxumi ajralib turadi. Bir kunda bir juft erkak va urg‘ochi gijja 220 mingtagacha tuxum qo‘yadi. Axlat bilan yerga tushgan gijja tuxumlari tuproqda tez rivojlanadi. Shuning uchun ham go‘shtlar, sabzavot, meva

va oshko‘klarni qo‘lni yaxshi yuvmasdan iste’mol qilish mumkin emas, ovqatlanish natijasida gijja kasalliklari qayta yuqadi.

Lyamblioz

Lyamblioz – bolalar va kattalar orasida keng tarqalgan protozoy-infeksion kasallik bo‘lib, klinik- me’da-ichak trakti va gepatobiliar tizim a’zolari yallig‘lanish belgilari bilan tavsiflanadi. Lyamblioz qo‘zgatuvchisi-Lamblia intestinalis (Giardia lamblia) 1681 y Levenguk tomonidan topilgan, birinchi marta kasallar najasidan 1859 yilda olim D.F. Lyambl tomonidan aniqlanganligi uchun uning nomi bilan atalgan. Hozirgi paytda L. Intestinalis dan tashqari L. muris va L. Agilis turlari qayd etilgan. L. intestinalis ning 7 podtipi aniqlangan.

Etiologiyasi Vegetativ shakli noksimon formada bo‘lib, yon tomonidan ko‘rilganda qo‘shtirnoqqa o‘xshaydi. Vegetativ shaklining uzunligi 9-18mkm, eni-5-10mkm keladi. Tanasining oldingi qismidagi ventral disk bo‘lib, u bo‘rtib turadi. Shu tomonida so‘ruvchi bilan ingichka ichak shilliq qavatiga bo‘rtib turgan qismi yuzasida saqlanib turadi. Har bir kirib oladi va ichak xivchinlari bo‘ladi. Xivchinlar trofozoyda 4 juft harakatlanadi. yordamida ular

Lyambliyning sistalari oval shaklda, rangsiz, uzunligi 10-14mkm, eni 6-10mkm, yuzasi 2 konturli qattiq parda bilan qoplangan. Lyugol eritmasi bilan ishlov berilgan preparatlarda yetilmagan sistalarda 2ta, yetilgan sistalarda 4ta yadro va boshqa strukturali elementlar ko‘rinadi. Sistalar 10-15 minutdan keyin lyambliyning vegetativ shakllariga aylanadi.

Lyambliyning vegetativ shakllari tashqi muhit sharoitiga chidamsiz va 5-10 minutdan keyin halok bo‘ladi. Sistalari chidamli bo‘ladi. Xona xarorati 3-5 kundan 2 haftagacha saqlanadi, tuproqda -60 kun, suvda 35-80 kungacha saqlanadi. Quritilganda va yuqori haroratda halok bo‘ladi. 70Sda-30-40 sekund, quritilganda-1-2 minut, qaynatilganda o‘sha zahotiyoq o‘ladi. Xloramin va boshqa xlor saqlovchi dezinfeksiya vositalari lyambliy sistalariga ta’sir kilmaydi.

Lyamblioz bilan zararlangan odamga tashqi muhitga ko‘p miqdorda lyambliy sistalari ajraladi. Jumladan, bolaning 1gr najasidan 241.800 ta, kattalarda esa 12 mln gacha (sutkasida 18 mlrd dan ortiq) sistalar chiqadi. Sistalar organizmdan uzluksiz va uzlukli chiqishi mumkin. Ilmiy adabiyotdagi ma’lumotlarga ko‘ra, zararlangan odamning 4,7% ida doimiy, 95% ida davriy tarzda sista ajralishi kuzatiladi

Epidemiologiyasi

*Fekal oral mexanizm
*Suv orkali
*Alimentar yul bilan
*Maishiy mulokot orkali

Lyamblioz maishiy-muloqot yo‘li va suv orqali tarqaladi. Ifloslangan pullar, uy jihozlari, bolalar o‘yinchoqlari, meva va sabzavotlar tarqalish omili hisoblanadi. Maishiy-muloqot yo‘li orqali tarqalishida kattalar orasida lyamblioz invaziyasining sporadik hollari kelib chiqadi, hatto oilaviy o‘choqlar paydo bo‘ladi. Bolalar bog‘chalarida maishiy-muloqot yo‘li bilan tarqalishida sanitar-gigienik rejimni hisobga olganda, 18-20%dan 60-75%gacha kasallik uchraydi. Suv orqali tarqalishida lyambliozning epidemiyalari yuzaga keladi. AQSh da 1965 y. 23ta lyamblioz epidemiyalar bo‘lgan va bunda 7009 nafar odam zararlangan (VOZ, 1983).

Klassifikatsiyasi

A) Lyamblioz tashib yuruvchilar (sog‘lom);

B) Lyambliozning ichak shakli:

a**)** subklinik lyamblioz; b**)** 12 barmoqli ichakning lyambliozli diskineziyasi; v**)** lyambliozli duodenit; g**)** ingichka ichakning lyambliozli diskineziyasi; d**)** lyambliozli enterit; ye**)** lyambliozli enterokolit;

V) Lyamblioz biliar shakli:

a**)** o‘t chiqarish yo‘llari diskineziyasi; b**)** o‘tkir xoletsistit; v) surunkali xoletsistit; g) surunkali xolangiogepatit;

G) Asoratlari:

a**)** oshqozon tomonidan bo‘ladigan funksional buzilishlar; b **)** gastrit;

v**)** oshqozon osti bezi tomonidan bo‘ladigan funksional buzilishlar;

ye**)** pankreatit.

D) Lyamblioz qo‘shilib kelgan kasallik sifatida (mikstinfeksiya).

Klinikasi

Lyamblioz tashib yuruvchilarga (sog‘lom) qisqa vaqt (1-2 xafta) lyambliylarning ingichka ichakning yuqori qismida turishi kiradi. Bunda hech qanday funksional buzilishlar, immunologik o‘zgarishlar kuzatilmaydi. Bemor o‘zini yaxshi his qiladi. Bu hol parazitlikning kompensatsion shakli deyiladi va davo lanishni talab qilmaydi.

Subklinik lyamblioz- funksional buzilishlar, immunologik o‘zgarishlarning bo‘lishi, kasallikda yaqqol simptomatikaning namoyon bo‘lmasligi va bemor o‘zini yaxshi his qilishi bilan xarakterlanadi. Funksional buzilishlar jumlasiga ingichka ichakda uglevodlar, yog‘lar, ayrim vitamin (A,V12,S) ning so‘rilishning buzilishi kiradi. Immunologik o‘zgarishlarga periferik qonda T-limfotsitlarning pasayishi, zardobda T-limfotsitlar sonining, lyamblioz antigeni bilan qon zardobini immunoflyuoressent, immunoferment, radioimmun metodlar yordamida tekshirganda ijobiy natija berishi kiradi. Bemorning duodenal suyuqligida S-reaktiv oqsil topiladi. Endoskopiya, aspiratsion biopsiya va bioptatlarni gis tologik tekshirganda yuza duodenit va yeyunitga xarakterli o‘zgarishlar topiladi.

12 barmoqli ichak lyambliozli diskineziyasi-bemorlarni simillovchi og‘riqlar va epigastral sohasida noxush sezgilar bezovta qiladi. Quldirashlar qorinning yuqori qismida bo‘ladi. Paypaslaganda epigastriyada doimiy bo‘lmagan og‘riq aniqlanadi. Rentgenologik tekshirishda ko‘p bemorlarda 12 barmoqli ichak tonus va motorikasining buzilishlari qayd qilinadi. Endoskopiyada duodenal reflyuks aniqlanadi.

Lyambliozli duodenit- yuqoridagi simptomlar va doimiy, bir oz kuchli epigastriyadagi og‘riqga xos. Og‘riqlar simillovchi xarakterda bo‘lib, asosan kechasi, ko‘proq ertalabga yaqin vaqtda bemorlarni bezovta qiladi. Bemorlarda oshqozon sekretor funksiyasining pasayganligi aniqlanadi. Rentgenologik tekshirganda 12 barmoqli ichak tonusi va motorikasining buzilishi bilan birga uning shilliq kavatining relefi o‘zgargan bo‘ladi. Endoskopiyada vizual, biopatlarni gistologik tekshirganda 12 barmoqli ichak shilliq qavatining chuqur diffuz o‘zgarishlari va atrofiyasi aniqlanadi. Ko‘pincha duodenal reflyuks registratsiya kilinadi.

Ingichka ichakning lyambliozli diskineziyasida - meteorizm, qorinning har xil qismlarida og‘riqlarning borligi, quldirash bo‘ladi. Sutkada 1-2 marta bo‘tqasimon najas aniqlanadi. Rentgenda ingichka ichak tonusning buzilishi, bariy passajining tezlashishi kuzatiladi. Lyambliozning bu shakli duodenit simptomatikasi va yuqoridagi funksional o‘zgarishlarbilan tavsiflanadi.

Lyambliozli enteritda -quldirash, meteorizm va qorindagi og‘riqlardan tashqari diareya rivojlanadi. Najas suyuq, ko‘p miqdorda, suvli va ko‘pikli, patologik aralashmasiz, hidi odatdagidek, sutkada 2-3 martadan 4-5 martagacha bo‘ladi. Koprotsitogrammada lyambliyning vegetativ shakllari topiladi, shakllangan najasda sistalar bo‘ladi. Bemorda umumiy holsizlik, darmonsizlik, qorin damlashi, ishtahaning pasayishi, ko‘ngil aynishi bo‘ladi. Ish qobiliyati pasayadi. Kasallik uzoq kechganda bemorning uyqusi buziladi, salga jahli chiqadigan bo‘ladi. Umumiy zaharlanish belgilari, ya’ni qayd qilish, tana haroratini ko‘tarilishi, qaltirash bo‘lmaydi. Spetsifik davo olib borilmasa kasallik surunkaliga o‘tadi, remissiya davrlari qo‘zish davrlari bilan almashinib turadi. Qo‘zish davri 2-3 kundan 6-7 kungacha cho‘ziladi.

Lyambliozli enterokolitda- yo‘g‘on ichakda og‘riq, najas shillik aralash bo‘ladi. Kopro-sitogrammada-leykotsitlarning 12-18 tagacha oshishi kuzatiladi. Rektoromanoskopiyada har 3-bemorda yo‘g‘on ichak distal qismi shilliq qavatida giperemiya kuzatiladi. Eroziya va yaralar kuzatilmaydi. Sigmasimon ichak spazmi, tenezmlar va najasda qon bo‘lmaydi. Qo‘zish va remissiya davrlari almashinib turadi, enterit dan farqi remissiya davrida bemorda qorindagi og‘riq va meteorizm saqlanib keladi.

Lyambliozning biliar shakli surunkali endogen intoksikatsiya belgilari (umumiy holsizlik, charchash, bosh og‘rig‘i, uyquning buzilishi, ishtaha pastligi, subfebril harorat), dispeptik sindrom: o‘ng qovurg‘a sohasi va epigastriyada davriy og‘riq qayd qilinishi mumkin.

Ob’ektiv ko‘rganda tili oq karash bilan qoplangan, qorin qapchigan, ichak quldirashi, paypaslaganda epigastriyada, o‘ng qovurg‘a sohasida og‘riq, gepato-splenomegaliya, Ortner-Grekov belgisi kabi belgilar aniqlanadi. Bemorlarning bir qismida teri va ko‘rinarli shilliq qavatlari sariqligi, siydik qizarishi tafovut qilinadi.

Surunkali lyambliozga xarakterli simptomlar:

- Kasallik surunkali tus olganda me’da-ichak tizimi yallig‘lanishiga xos bo‘lmagan belgilar: toshmalar, allergodermatit, terida oqimtir dog‘lar hosil bo‘lishi, soch to‘kilishi, uyquda tish qayrashi, uyquda og‘izdan so‘lak oqishi kabi belgilar qayd qilinishi mumkin.
- Oshqozon-ichak trakti tomonidan persistensiyalovchi diareya, ich ketishi va qabziyatning almashinib turishi, qorinda to‘lg‘oqsimon og‘rik, ko‘ngil aynishi, ishtahaning pasayishi;

- Umumiy ahvoli tomonidan – jismoniy rivojlanishdan orqada qolishi, tana vaznining kamayishi, umumiy holsizlik, gipotrofiya;
- Teri tomonidan – yuqorida aytilganlardan tashqari, eshakem, strofulyus, qichima.

Lyamblioz ichak shaklining tashxisot mezonlari

- uyqusida tish qayrashi (bruksizm), og‘izdan so‘lak oqishi;
- terida allergik toshmalar toshishi;
- terida qichish alomatlari;
- qorin qapchishi, ichak quldirashi, ichning o‘zgaruvchan ketishi;
- kindik atrofi, epigastriyada og‘riq;
- qonda anemiya, eozinofiliya kuzatilishi;
- najasda lyambliylarning vegetativ shakli aniqlanishi;
- yuqoridagi belgilar qayd qilinib, lyambliylarning sporasi topilishi.

Davosi

Lyambliozning spetsifik davolashda hozirgi kunda metronidazol (trixopol, klion, flagil), tinidazol (fasijin), entamizol, furazolidon, aminoxinol, makmiror, tiberal, ekdisten, intetreks, zentel, meratin preparatlaridan foydalaniladi.

Etiotrop davo vositalari ta’sirida lyambliylarni ommaviy parchalanishi natijasida hosil bo‘ladigan metabolitlarni ichakdan qonga so‘rilib yuzaga keltiradigan Yarish-Geyksgeymer reaksiyasini bartaraf qilish maqsadida **dyufalak** buyurilishi maqsadga muvofiqdir.

Kasallik okibatlari

Bu kasallikda odamning vazni hamisha kamayadi, unda lanjlik, jirtakilik paydo bo‘ladi, bosh aylanadi. Gijja ichakda bo‘lsa, ich qotadi yoki ichi ketadi, ko‘ngil ayniydi, ba’zan bemor qayt kiladi, jigarda bo‘lsa, ko‘z oqi va badan sarg‘ayadi, shish paydo bo‘ladi. O‘pkada bo‘lsa, yo‘tal tutadi, mehnat qobiliyati pasayadi, bola yaxshi o‘smaydi, xotirasi susayadi va hokazo. Shifokorlarning kuzatishlaricha, yosh bolalar injiq, parishonxotir bo‘lib qolishi mumkin, maktab yoshidagi bolalarning esa jismoniy va aqliy rivojlanishi, xotirasi susayib, o‘zlashtirish qobiliyati pasayib qoladi, kattalarda mehnat qobiliyati buziladi.

Ma’ruzamiz so‘nggida odam o‘ziga o‘zi gijja kasalliklarini yuqgirmaslik uchun yoki davolashda amal kiladigan mutaxassis olim va shifokorlarimizning tavsiya-maslahatlarini eslatib o‘tamiz:

Lyambliozning muvaffakiyatli pro-filaktikasiga epidemik jarayonning uchala zanjiriga: infeksiya manbai, yuqish yo‘li va organizm moyilligi

kabilarga qaratilgan, kompleks tarzda o‘tkazilgan sanitar – gigienik, davo - profilaktik va epidemiyaga qarshi chora – tadbirlar o‘tkazish orqali erishiladi.

1. Barcha shaxsiy gigiena qoidalariga va davolash rejimiga amal qilish kerak. Jumladan, ovqat oldidan va va hojatxonaga borib kelgach, qo‘llarni sovunlab yuvish, badanni ozoda tutish, ichki kiyim va choyshab, o‘rin-ko‘rpa jildlarini tez-tez almashtirib turish.

2. Go‘sht, sabzavot, meva va boshqa mahsulotlarni veterinariya va sanitariya nazoratidan o‘tkazish shart.

3.Uy hayvonlarini parvarish qilish qoidalariga amal qilish kerak.

4. Sabzavot, meva va boshqa mahsulotlarni iste’mol qilishdan oldin yaxshilab yuvish kerak.

5. Ostritsalar bo‘lsa, maxsus kiyim kiyib uxlab va ularni har kuni qaynatib, issiq dazmol bilan dazmollab turish kerak.

6. Hojatxonaga borib kelgach, yana uyku oldidan va uykudan keyin orqa chiqaruv teshik atrofini yuvib turish va unga vazelin surtib qo‘yish tavsiya etiladi.

7. Go‘shtlarni toza yuvib, yaxshi qovurib yoki pishirib yeyish tavsiya etiladi.

8. Faqat qaynatilgan suv bilan yuvilgan sabzavot, mevalarni ovqatga ishlatish lozim.

9. Gelmintozlarga xos belgilar paydo bo‘lganda albatta shifokorga murojaat qilish kerak.

10. Bolalarning ko‘chada daydi itlar, mushuklar bilan o‘ynashiga yo‘l qo‘ymaslik lozim.

11. Binoni, xonani yaxshilab supurib-sidirish, idish-tovoqdarni, o‘yinchokdarni yuvish, mebelni artish, ayniqsa, hojatxonalarni va tuvaklarni dezinfeksiya qilish shart.

12. Ota-onalar hamda muassasa xodimlari bilan maxsus va takror-takror suhbatlar o‘tkazib, gijjalarning yuqish yo‘llari va buning oldini olish usullarini to‘g‘ri va to‘la bilib olishlariga erishish kerak.

13. Gijjalar tashqi muhit ob’ektlari – tuproq, sabzavot, poliz ne’matlari, rezavor mevalar, ziravorlar, oshko‘klar, mevalar, idish-tovoqlar, iflos qo‘llar, buyumlar, kiyim-kechaklar va boshqalar orqali yuqishini unutmaslik kerak.

14. Gijja kasalliklarida o‘z-o‘zini har xil bilib-bilmas dorivor vositalar va usullar bilan davolash tavsiya etilmaydi. Bu ayrim asoratlarga olib kelishi mumkin.

15. Ichi kelib-kelmaydigan, xurujli odamlar va bolalar gelmintoz kasalliklari bormi yoki yo‘qligi tekshirilishi kerak va boshqalar.

16. Taomlarda limon iste’mol qilib yurish kerak.

17. Sarimsoq qaynatilgan sut ichib yurish kerak.

18. Och qoringa oshqovoq urug‘ini sarimsoq bilan iste’mol kilish kerak,

19. Shakar yoki asal bilan aralashtirilgan sabzi sharbatini och qoringa kuniga 1-2 osh qoshiqda ichib yurish kerak.

20. Uch oshqoshiq sabzining bo‘tqasini bir stakan sutda qaynatib, bir oshqoshikdan kuniga 3-4 mahal iste’mol qilish tavsiya etiladi.

21. Shuvoq, sarimsoq damlamasidan klizma qilish tavsiya etiladi.

Gelmintozlar

Geogelmentozlar ichida nematodalar keng tarqalgan. VOZ ma’lumotlarga ko‘ra dunyo bo‘yicha har kuni 1, 2mlrd kishi askaridoz bilan, 900 mln kishi ankilostomidoz bilan, 700 mln kishi trixotsefalyoz bilan zararlanadi.

Le Rishele ma’lumotlariga ko‘ra 60 – yillarda afrikalik har bir fuqaroga o‘rtacha 2 turdagi gelmint, Osiyo va Lotin Amerikasida 1 turdagi, Yevropada har 3 kishidan 1 kishi zararlangan. 20 – yillarga kelib bizning mamlakatimizda gelmintozlarga qarshi kurash boshlandi, buning natijasida aholi o‘rtasida kasallanish darajasining pasayishiga olib keldi. So‘nggi yillarda ayrim gelmintlar bilan zararlanish o‘sib bormoqda, bunga misol qilib nematodalar (enterobioz va askaridoz), toksokaroz, trixinellyozlarni keltirish mumkin. Biogelmintozlardan opistorxoz, difillobotrioz, tenidioz, exinokokkozning tarqalish o‘choqlarida epidemik holat yaxshi emas.

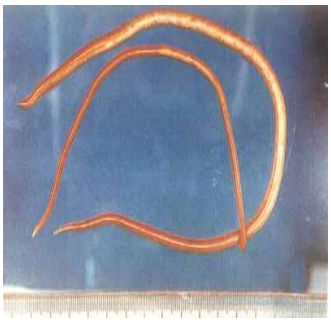
Gijjalar shakliga karab 3 guruxga bo‘linadi:

1. Yumalok shakldagi chuzinchok gijjalar.
2. Tasma shaklidagi chuzinchok gijjalar.
3. Yassi shakldagi uzunchok gijjalar.

Yumalok shakldagi chuzinchok gijjalar.
Ostritsa
Erkagi.2-5 mm
Urgochisi. 9-12 mm
Bir kunda 5000-15000
tuxum kuyadi.

Ostritsa qurtlari odamga chang bilan og‘iz va burunga tushgan gijja tuxumlari yutib yuborilganda yukadi. Ostritsalar orqa chiqaruv teshigidan o‘rmalab chiqib, uning atrofiga tuxum qo‘yadi va orqa chiqaruv teshigining kichishib tirnalishiga sabab bo‘ladi. Bemorning ba’zan tez-tez ichi ketib, axlati bo‘tqasimon bo‘ladi, uyqusi qochib, tajang, parishonxotir bo‘lib qoladi.

Askarida



Uzunligi
Erkagi 15-25 sm
Urgochisi 24-44 sm
Bir sutkada 200000
tuxum kuyadi.

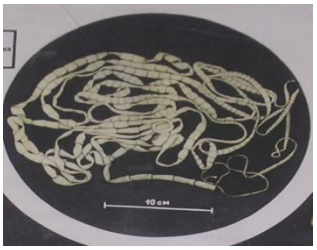
Kilbosh gijja

Erkagi 3-4.5 sm
Urgochisi 3.5-5.5 sm
Bir sutkada 1000-3500
Tuxum qo‘yadi.

Qilbosh gijjalar uzunligi 30-35 mm.li ingichka chuvalchanglardir, ular ko‘richak va yo‘g‘on ichakda yashaydi. Bular askaridalarga o‘xshab yuqadi. Bemorning umuman darmoni qurib, qorni og‘riydi, ko‘pincha boshi og‘rib aylanadi, uyqusi notinch bo‘lib qoladi. Kasallik vaqtida bemorning ko‘zqovoqlari shishib, isitmasi chiqadi, mushaklari og‘riydi, uyqu qochadi yoki kishini mudroq bosaveradi.

Koramol solityori

Uzunligi 7-10 metr.
Eni 1.5-2.0 sm.
Bir bulakchada
145000-175000
tuxumi buladi.



Ho‘kiz solityori bo‘yi 4-10 m.gacha, odamga gijja lichinkalari bo‘lgan mol go‘shtidan va ko‘pincha uy bekalari xom qiyma tuzini totib ko‘rayotganda yuqadi. Kasallanganda kishi ko‘pincha ozadi, ko‘ngli aynib, qayt qiladi, ishtahasi pasayib, ichi ravon yurmaydi, o‘zi tajanglashib, boshi aylanadi, uyqusi qochadi. Bolalar yaxshi o‘smay qoladi.

Chuchka solityori

Uzunligi 1.5-2.5 metr
Eni 1.5-2.0 sm.
Bir bulakchada
145000-175000
tuxumi buladi.

Pakana gijja

Uzunligi 1.5-5.0 sm.
Eni 0.5-0.7 sm.
Bir kunda 180 ta
tuxum kuyadi.

Kalta gijjalar bo‘yi 3-5 smcha. Odamga gijja tuxumlari bilan ifloslangan ro‘zg‘or buyumlari orqali – eshik bandlari, hojatxona stulchalari, tuvak va boshqalar bilan o‘tadi. Ko‘pincha bolalar kasallanadi. Qorinda og‘riq turib, bemorning ko‘ngli ayniydi, ishtahasi pasayadi, boshi og‘rib, ko‘pincha ichi ketadi, bolalar esa tutqanoq tutgandek talvasaga tushadi.

Serbar gijja – uzunligi 6-15 m.gacha. Odamga baliqni yetarli qovurmasdan yoki xomligicha yeganida yuqadi. Kasallik belgilari: kamkuvvatlik, bosh aylanishi, so‘lak oqishi, ko‘ngil aynishi, qayt qilish, qorinning og‘rib turishi, ich surishi yoki dam ich surib, dam ich qotib yurishi va hokazo bilan o‘tadi. Tilda bezillab turadigan och qizil dog‘ yoki yoriqlar paydo bo‘ladi.

Exinokokk hayvonlar, aksariyat itlar ichagida yashaydi. Odamlarga sigir, qo‘y, cho‘chqa, it va mushuklardan, shuningdek, yozvoyi etxo‘r hayvonlarning terisini shilish va oshlash vaktida yuqadi. Exinokokkoz og‘ir kasallik bo‘lib, jigar, o‘pka, miya kabi organlarda exinokokk kistalari paydo bo‘ladi. Exinokokkozda bosh og‘rib, aylanadi, harakatlanish va sezish faoliyati buziladi.

So‘ruvchi sibir (mushuk) qurti uzunligi 4-13 mm.cha keladigan mayda gijja bo‘lib, o‘t pufagi, o‘t yo‘llari va me’da osti bezi yo‘llarida parazitlik qiladi. Odamga xom, muzlagan, kam tuzlangan yoki yetarli qovurilmagan baliqni iste’mol qilganda ham yuqadi. Kasallik harorat ko‘tarilishi bilan boshlanib (39-40 daraja), u 2 oygacha baland bo‘lib turishi mumkin. Mushak va bo‘g‘imlar og‘riydi, yo‘tal paydo bo‘ladi, ba’zan terisiga toshma toshadi, me’da-ichak ishi buziladi, ba’zan badan sarg‘ayib ketadi, bu kasallik og‘ir asoratlar beradi.

Fassiola uzunligi 3-7 sm.li gijjalardir, o‘t pufagi va o‘t yo‘llarida parazitlik qiladi. Odam bu lichinkalarni qaynamagan suv yoki suv o‘simliklarini ovqatga ishlatganida yutib yuboradi. Kasallik tobora zo‘rayib boradigan darmonsizlik, bosh og‘rig‘i bilan boshlanadi, ko‘pincha badanga eshakem toshib, isitma chikdli qorinda og‘riq paydo bo‘ladi, ba’zan odam sarg‘ayib ketadi.

Gijjalar tarkalishiga karab 3 guruxga bulinadi

1. Biogelmintozlar. Tenioz. Teniarinxoz. Exinokokkoz.
2. Geogelmintozlar. Askaridoz. Trixotsefallyoz.
3. Kontagioz gelmintozlar. Enterobioz. Gimenolepidoz.

Biogelmintozlar

Kasallik manbai tirik organizmlar (kora mol, chuchka, it, mushuklar) bulib, gijjalar odam organizmiga gusht va gusht maxsulotlari orkali, ba’zan siydigi va najasi bilan ifloslangan ozik-ovkatlar orkali yukadi.

Geogelmintozlar

Kasallik manbai bulib, kasal odamlar xisoblanadi. Gijja tuxumlari manbaa najasi orkali tuprokka tushadi va odam organizmiga termik ishlov berilmagan sabzavotlar orkali tushadi.

Kontagioz gelmintozlar

Kasallik manbai bulib, kasal odamlar xisoblanib, gijja tuxumlari najas orkali tashkariga chikadi. Gijja tuxumlari iflos qo‘llar hamda ifloslangan u yoki bu predmetlar orqali sog‘lom odam organizmiga tushadi.

Gijjalarning odam organizmiga ta’siri.

1. Toksik: umumiy zaxarlanish belgilari.
2. Mexanik: ichak yulini tikilishi, ba’zi ichki a’zolarini siqib kuyishi.
3. Allergik: badanda xar xil tafsifli toshmalar toshishi va xokazolar.

<u>Kasallikning kechish fazalari:</u>

Kasallik klinikasi va patogenezida 2 faza kuzatiladi:

- o‘tkir faza – yuqqandan so‘ng 2-3 hafta (og‘ir kechganda 2 oygacha va undan ko‘p);
- surunkali faza – davomliligi 1 necha oydan 1 necha yilgacha.

O‘tkir fazada –patologik o‘zgarishlarning yuzaga chiqishi migratsiyalanuvchi lichinka antigeniga nisbatan umum allergik reaksiyasiga

asoslangan. Bu davrdagi boshlang‘ich sindromlar qo‘zg‘atuvchi turiga bog‘liq bo‘lmay, uning lokalizatsiyasin va lichinka migratsiyalanish yo‘liga bog‘liq. Bunda isitma, shish, terida qipiqlanish, mialgiya, artralgiya, limfoadenopatiya, o‘pka va abdominal sindromlar, gepatosplenomegaliya, qonda eozinofiliya, disproteinemiya kuzatiladi. Asosiy va muhim organlar sistemasi zararlanadi: allergik miokardit, pnevmoniya, meningoensefalit, gepatit, gemostazning buzilishi.
Surunkali faza – bunda o‘zgarishlar va sezirarli klinikaning yuzaga chiqishi, qo‘zg‘atuvchi lokalizatsiyasi, uning soni, ovqatlanish tarzi bilan bog‘liq. Ko‘pgina gelmentlarning patogen ta’siri parazitni yuqtirgan organ va to‘qimaning mexanik shikastlash effektiga asoslangan, bunda hayot uchun zarur organlar (jigarda exinokokk kistasi, bosh miya va ko‘z sistitserklari) zararlanadi.

Gelmentlar modda almashinuv jarayoniga ta’sir etib, oziq mahsulotlarning qiymati pasayishi, neyrogumoral regulyatsiyaning buzilishi, ichaklarda so‘rilishning buzilishiga sabab bo‘ladi. Ba’zi hollarda anemiya va vitamin yetishmovchililiga olib keladi (ankilostomidoz, difillobotrioz, trixotsefallyoz, shistosomoz). Bu fazada qo‘zg‘atuvchining xo‘jayin immun sistemasiga ta’siri asosiy rol o‘ynaydi. Bunda organ va sistemalardagi to‘qima gelmintozlarida immun komplekslar shakllanadi. Immun sistemaga gelmentlarning stimulyatsiyasi natijasida immunosupressiv javob rivojlanadi. Bunda odamda bakteriya va virusli infeksiyalarga qarshi rezistentlik va profilaktik emlash effektivligi pasayadi.

Klinikasi:

O‘tkir faza – gelmintozlar bilan zararlangandan keyin belgilar har xil namoyon bo‘ladi. Masalan, askaridozlarda 23 – kundan keyin bo‘lsa, boshqa gelmentlarda 23 haftadan so‘ng. Bunda umumiy allergik xarakterdagi belgilardan: titrash, isitma, teridagi retsidivlunuvchi qichishish, shishlar (lokal va generalizatsiyalangan), limfa tugunlarining kattalashishi, mialgiya, artralgiya, pereferik qonda leykotsitoz va gipereozinofiliya kuzatiladi. Bundan tashqari o‘pka sindromi (astmatik holat, pnevmoniya, plevrit), abdominal sindrom (qorinda og‘riq, dispeptik o‘zgarishlar) kuzatiladi. Jigar va taloq kattalashadi. MNS faoliyati turli darajada o‘zgaradi.bu fazada har xil gelmentlar bir – biriga o‘xshash belgilarni isitma, toshma toshishi, limfoadenopatiya, o‘pka va abdominal sindromlar namoyon qiladi.

Lekin bu kasallikning spetsifik belgilari ham mavjud. Trixinellyoz bilan zararlanganda kasallikning 1-kunlari isitma, muskullarda og‘riq, qovoq va yuzlarda shish kuzatiladi. Jigar trematodozasida jigar va taloq kattalashishi, sargayish kuzatiladi. Askaridozlarda – o‘pka va abdominal sindrom kuzatiladi.

Klinikasi:

Surunkali faza – klinik kechishi qo‘zg‘atuvchi intensivligi, joylashgan o‘rni va o‘lchamiga bog‘liq. Ichak gelmentlarni ko‘p hollarda simptomsiz kechadi, faqat katta o‘lchamdagilari (tasmasimon, teniidilar) qandaydir belgini namoyon qiladi. Gelmentlarning soniga ko‘ra kasallik klinik belgilari yuzaga chiqadi. Bu fazada qo‘zg‘atuvchi parazitligi va patogen faktorlar natijasida organ va sistemalar funksiyasi buzilishi, simptom va sindromlar yuzaga keladi.

Ichak gelmintozlarida - asosan dispeptik, og‘riq va kamdan kam hollarda astenonevrotik sindromlar bolalarda ko‘proq kuzatiladi. **Enterobiozda** –

kechki paytda anal teshigi atrofida qichishishi, **trixotsefallyozda** gemorragik kolit belgilari bilan birga, bolalarda to‘g‘ri ichak tushishini ko‘rish mumkin. **Askaridozda** – parazit soni ko‘payganda, ichak tutilishi, mexanik sariqlik, pankreatit kuzatiladi. Jigar trematodozasida(opistorxoz, klonorxoz, fassiolyoz) – surunkali xoletsistoxolangit, gepatit, pankreatit, oshqozon – ichak traktida va nerv sistemasida bir qancha o‘zgarishlar kuzatiladi.

Ichak sestozida (difillobotrioz, teniarinxoz, tenioz, gimenolipidoz) – ko‘p hollarda simptomsiz kechib, yetilgan gelmentlar mustaqil yoki defekatsiya aktida ajratiladi. Bunda bemorda dispeptik o‘zgarishlar va og‘riq bo‘lib, difillobotriozda anemiya, vitamin V12 **ye**tishmovchiligi kuzatiladi. Gelmintozlar o‘rtasida larval sestodozlar alohida o‘rin egallaydi (exinokokkoz, alveokokkoz, sistitserkoz) – yo‘g‘on kista hosil qilgan holda ham simptomsiz kechishi mumkin. Lekin uncha katta bo‘lmagan exinokokk pufagining yorilishi yoki yiringlashi og‘ir o‘zgarishlarga: anafilaktik shok, yiringli peritonit, plevritga olib kelishi mumkin. Alveokokk va pufak o‘sishi natijasida tomirlar siqilib portal gipertenziya rivojlanadi.

Sistitserkoz serebral, spinal va xilma xil simptomatika bilan namoyon bo‘lib, gelmentning miya qorinchasiga lokalizatsiyasi natijasida miya ichi gipertenziyasi rivojlanadi.

Gijjalarning okibatlari

- Badan okarishi
- Badanda allergik toshmalar toshishi
- Ovkat xazm bulishining buzilishi
- Oriklab ketish
- Allergik rinit
- Allergik astma
- Epileptik tutkanok

LABORATOR TAShXISOTI

- Biologik material bo‘lib gelment fragmentlari, lichinkalari, axlatdagi tuxumlari, siydik, duodenal suyuqlik, o‘t suyuqligi, balg‘am, rektal va perianal shilliq, qon, mushak to‘qimasi xizmat qiladi. Ko‘pincha axlat tekshiriladi. Mikroskopik usullar: mikroskopik tatqiqot maqsadi gelment va uning fraksiyalari lichinka va tuxumlarini aniqlash.
- Kato usuli - bunda axlotdagi gelment tuxumlarini glitserin va malaxit ta’sirida yashil rangga kirishiga asoslanadi. Dala sharoitida qo‘llash mumkin.
- Enterobioz tashxisi perianal burmalardan tampon, shpatel, yopshqoq lentaga qo‘yilgan izdan foydalanib materialni tatqiq qilish natijasida qo‘yiladi.
- Boyitish usuli – gelment tuxumlarini har xil konsentratsiyali eritmalar yordamida nisbiy zichligini o‘rganishiga asoslangan. Bizning mamlakatimizda Kalantaryan va Fyulleborn flotatsion metodidan foydalaniladi. Axlatdagi shistosom va tuxumlarni aniqlashda Ritchi usuli birmuncha effektiv. Strongilid, ankilostomid gelment lichinkalari maxsus usulda aniqlanadi. Strongiloidoz tashxisida Berman va Brumt usulidan,

ankilostom va nekator lichinkalarini aniqlashda Xarada – Mori usulidan foydalaniladi. Gelment tuxumi va lichinkalari (jigardagi) o‘t yo‘lida, oshqozon osti bezi va 12 barmoq ichakda, o‘t suyuqligi va duodenal aralashmada aniqlash mumkin.

DAVOLASh:

Utkir davrida davo asosan desensabilizatsiyalovchi va deztoksika-siyalovchi vositalarga asoslangan. Ba’zi gelmintozlar og‘ir kechishida (trixinellyoz, shistosomoz, jigar trematodozida) ko‘rsatmaga asosan, yoki ximioterapiyadagi allergik asoratlarni oldini olish maqsadida glyukokortikoidlar qo‘llaniladi.

Odamda ko‘p miqdorda gelmintoz bo‘lganda spetsifik davo o‘tkaziladi. Ohirgi 20 yillar ichida toksikligi kam va yuqori aktivlikka ega gelmentlarga qarshi preparatlar levomizol, tiabendazol, mebendazol, albendazol, medamin, pirantel kabi dori vositalari amaliyotga tatbiq etilgan.

Trematodoz va sestodozlarda prizikvantel keng qo‘llaniladi. Opistorxoz, klonorxoz, paragonimozlarda sutkalik dozada 1 kg tana vazniga 75 mgdan 1 kun, shistosomozlarda shakliga ko‘ra 1 kg tana vazniga 40 mgdan 1 mahal 60 mg 2 mahal qo‘llaniladi. Fassiolyozda preparat effektivligi pastligi sabab triklabendazol tavsiya etiladi.

Ichak sestodozlarida (difillobotrioz, tenidioz) degelmentizatsiyalash prazikvantelni 1 kg tana vazniga 20 mg, gimenalipidozda esa xuddi shu doza 2 mahal 10 kun interval bilan, serebral sistetserkozda shu preparat sutkalik dozasi har kg tana vazniga 50 mgdan 3 mahal 14 kun mobaynida. Hozirgacha larval sestodoz, exinokokkoz, alveokokkozni spetsifik davo ishlab chiqilmagan. Qo‘zg‘atuvchini aniqlagan holda kompleks davo choralari qo‘llaniladi.

Profilaktikasi

Gelmintozlar profilaktikasida bemorda kasallikning yuzaga chiqishiga ko‘ra kompleks chora – tadbirlar: ularni davolash, hayot tarzini yaxshilash, maishiy xizmatni yaxshilash, kasallik tarqalishining oldini olish, atrof – muhitdagi qo‘zg‘atuvchilardan saqlanish muhim ahamiyatga ega.

Geogelmentozlar (askaridoz, trixotsefallyoz)ning profilaktikasi asosida sanitariya-gigiena koidalariga rioya kilish, tuprokda usadigan meva va sabzavotlarni ichimlik suvida yuvib iste’mol kilish yotadi.

Trixinellyoz, teniarinxoz, tenioz profilaktikasi asosida go‘sht mahsulotlaridan zararlanishining oldini olish yetadi. Exinokokkoz va alveokokkoz profilaktikasida qishloq xo‘jaligi hayvonlari, itlar (cho‘ponlar, ovchilarni) kundalik meditsina ko‘rigidan o‘tkazish kerak. Kontakt yo‘li bilan yuquvchi gelmintozlar (enterobioz, gimenolipidoz) profilaktikasida qo‘zg‘atuvchini o‘tish yo‘lini yo‘qotish muhim ahamiyatga ega, chunki bu ikki gelment bolalarda ichki organlar zararlanishi va ularning immun qobiliyati pasayishiga olib keladi.

Mavzu: Ichak sestodozlari:teniarinxoz,tenioz gimenolepidoz,exinokokkozlar

Hozir odam organizmida parazit bo‘lib yashaydigan gijjalarning 250 xili ma’lum. Gijjalar Skryabin klassifikatsiyasi bo‘yicha 4 guruhga bo‘linadi:

Nematodlar (uzun yumaloq shaklidagi gijjalar)

1. Sestodlar (uzun lenta shaklidagi gijjalar)
2. Trematodlar (so‘ruvchi gijjalar)

3. Onkotserklar (boshi tikanga o‘xshash gijjalar)

Respublikamiz hududida birinchi 3 guruhga kiradigan gijjalar: nematodlar, sestodlar va trematodlar ko‘p uchraydi. Gijja lichinkasining qanday sharoitda rivojlanishiga qarab, ular qo‘zg‘atadigan kasalliklarning ikki xili tafovut qilinadi:

1.Geogelmentlar

2.Biogelmentlar

3.Maishiy muloqot yo‘li bilan yuquvchi gelmentlar.

Geogelmentozlar ichida nematodalar keng tarqalgan. VOZ ma’lumotlarga ko‘ra dunyo bo‘yicha har kuni 1, 2mlrd kishi askaridoz bilan, 900 mln kishi ankilostomidoz bilan, 700 mln kishi trixotsefalyoz bilan zararlanadi.

Le Rishele ma’lumotlariga ko‘ra 60–yillarda afrikalik har bir fuqaroga o‘rtacha 2 turdagi gelmint, Osiyo va Lotin Amerikasida 1 turdagi, Yevropada har 3 kishidan 1 kishi zararlangan. 20–yillarga kelib bizning mamlakatimizda gelmintozlarga qarshi kurash boshlandi, buning natijasida aholi o‘rtasida kasallanish darajasining pasayishiga olib keldi. So‘nggi yillarda ayrim gelmintlar bilan zararlanish o‘sib bormoqda, bunga misol qilib nematodalar (enterobioz va askaridoz), toksokaroz, trixinellyozlarni keltirish mumkin. Biogelmintozlardan opistorxoz, difillobotrioz, tenidioz, exinokokkozning tarqalish o‘choqlarida epidemik holat yaxshi emas.

Geogelmintozlarda kasallik manbai bo‘lib, kasal odamlar hisoblanadi. Gijja tuxumlari manbaa najasi orqali tuproqqa tushadi va odam organizmiga termik ishlov berilmagan sabzavotlar orqali tushadi. Geogelmintozlarni qo‘zg‘atadigan gijjalarning lichinkalari tuproqda rivojlanadi (askarida, qilbosh gijja) va so‘ngra odam organizmida balog‘atga yetadi va ko‘payadi.

Biogelmintozlarda kasallik manbai tirik organizmlar (qora mol, cho‘chqa, it, mushuklar) bo‘lib, gijjalar odam organizmiga go‘sht va go‘sht mahsulotlari orqali, ba’zan siydigi va najasi bilan ifloslangan oziq-ovqatlar orqali yuqadi. Parazitning rivojlanishi va ko‘payishi bir necha organizmda ro‘y beradi. Bunda oraliq xo‘jayin va oxirgi, asosiy xo‘jayin ajratiladi. Oraliq xo‘jayin organizmida rivojlanishning dastlabki davri o‘tadi. Asosiy xo‘jayin organizmida gijjalar o‘sib balog‘atga yetadi .

Kontagioz gelmentozlarda kasallik manbai bo‘lib, kasal odamlar hisoblanib, gijja tuxumlari najas orqali tashqariga chiqadi. Gijja tuxumlari iflos qo‘llar hamda ifloslangan u yoki bu predmetlar orqali sog‘lom odam organizmiga tushadi.

Nihoyat gelmintozlar invaziya manbaiga qarab ikki xilga bo‘linadi:

1. Gelmintoz antroponozlar
2. Gelmintozoonozlar I

Gelmintoantroponozlarda balog‘atga yetgan gijjalar odam organizmida parazit bo‘lib yashaydi. Bunday odam gijja tuxumi va lichinkasini najas orqali chiqaradi (askaridoz , trixotsefalez, tenioz, teniarinxoz).

Gelmintozoonozlarda balog‘atga yetgan gijjalar faqat turli hayvonlar organizmida (exinokokkoz, alveokokkoz) yoki odam va hayvon organizmida parazit bo‘lib yashaydi (difillobotrioz, fassiolez, opistorxoz).

Gijjalar lichinkalari qaysi yo‘l bilan odam organizmiga kirishiga qarab ikkiga bo‘linadi: lichinkasiodam og‘zi orqali kiradigan gijjalar peroral gijjalar, teri

orqali kiradiganlari perkutan gijjalar deyiladi. **Gijjalarning odam organizmiga ta’sir qilish mexanizmi**

1.Avvalo gijjalarning odam organizmiga ta’siri natijasida to‘qima va hujayralar o‘ta sezuvchan bo‘lib qoladilar (sensibilizatsiya). Gijjalarning hayot faoliyati natijasida va ularning parchalanishi oqibatida hosil bo‘ladigan turli moddalar odam organizmi o‘ta sezuvchan bo‘lib qolishiga va har turli allergik kasalliklar paydo bo‘lishiga sabab bo‘ladi (harorat ko‘tariladi, eshakemi toshadi, teri qichiydi, astmoid bronxit bezovta qiladi). Bunday holat askaridoz, ankilostomidoz va exinokokkozda uchraydi.

2.Gijjalarning mexanik tazyiqini quyidagicha tasavvur qilsa bo‘ladi: Sestodlar va trematodlar so‘rg‘ichlari bilan, ankilostomida tishlari bilan va boshqalari shunga o‘xshash moslamalari bilan odam organizmida shilliq pardalarga yopishib oladilar va ularning butunligiga putur yetkazadilar. Shilliq pardaning shilingan joyidan qon oqishi mumkin. Gijjalar odam ichi organlarinda juda ko‘p nerv oxirlarini (interoretseptorni) iztiroblaydi. Impulslar markaziy asab tizimi va keyin reflektor yo‘l bilan butun organizmga ta’sir ko‘rsatadi. Shunday qilib, gijja birorta a’zoda joylashgan bo‘lsa ham odamning boshqa a’zo va tizimlarining faoliyati buziladi.

3.Gijjalar odam organizmida parazit bo‘lib tayyor ozuqa moddalari hisobiga yashaydi va xo‘jayini salomatligiga zarar keltiradi. Lentasimon gijjalar odamning ichagida yashaydi, juda tez rivojlanadi. (bir kunda 7–10 sm bo‘yi cho‘ziladi) va organizmda oziq–ovqat yetishmasligiga sabab bo‘ladi. Natijada kam qonlik va avitaminoz paydo bo‘ladi. Gijjalar yuqorida qayd qilganimizdek, har–xil infeksiyalarning rivojlanishiga, turli kasalliklarning og‘ir o‘tishiga sabab bo‘ladi.

Gelmintozlarga kasallikning sekin rivojlanishi surunkali kechishi, ayrim hollarda davomli kompensatsiya holati xos. Gelmentlar natijasidagi patologik o‘zgarishlar uning lichinkali rivojlanish bosqichiga to‘g‘ri keladi.

Qo‘zg‘atuvchi lokalizatsiyasiga ko‘ra:

-ichak gelmintozlar;

-to‘qima gelmintozlari farqlanadi.

To‘qima gelmintozlariga shistosomoz, filyarioz, exinokokkoz, paragonimoz, sistitserkoz misol bo‘ladi. Ayrim ichak gelmintozlarida to‘qima fazasi kasallikning migratsion davri boshlanishiga to‘g‘ri keladi (askaridoz, ankilostomidozlar).

Kasallikning kechish fazalari:

Kasallik klinikasi va patogenezida 2 faza kuzatiladi:

-o‘tkir faza–yuqqandan so‘ng 2-3 hafta (og‘ir kechganda 2 oygacha va undan ko‘p);

-surunkali faza–davomliligi 1 necha oydan 1 necha yilgacha.

O‘tkir fazada–patologik o‘zgarishlarning yuzaga chiqishi migratsiyalanuvchi lichinka antigeniga nisbatan umum allergik reaksiyasiga asoslangan. Bu davrdagi boshlang‘ich sindromlar qo‘zg‘atuvchi turiga bog‘liq bo‘lmay, uning lokalizatsiyasin va lichinka migratsiyalanish yo‘liga bog‘liq. Bunda isitma, shish, terida qipiqlanish, mialgiya, artralgiya, limfoadenopatiya, o‘pka va abdominal sindromlar, gepatosplenomegaliya, qonda eozinofiliya,

disproteinemiya kuzatiladi. Asosiy va muhim organlar sistemasi zararlanadi: allergik miokardit, pnevmoniya, meningoensefalit, gepatit, gemostazning buzilishi.

Surunkali faza–bunda o‘zgarishlar va sezirarli klinikaning yuzaga chiqishi, qo‘zg‘atuvchi lokalizatsiyasi, uning soni, ovqatlanish tarzi bilan bog‘liq. Ko‘pgina gelmentlarning patogen ta’siri parazitni yuqtirgan organ va to‘qimaning mexanik shikastlash effektiga asoslangan, bunda hayot uchun zarur organlar zararlanadi (jigarda exinokokk kistasi, bosh miya va ko‘z sistitserklari).

Gelmentlar modda almashinuv jarayoniga ta’sir etib, oziq mahsulotlarning qiymati pasayishi, neyrogumoral regulyatsiyaning buzilishi, ichaklarda so‘rilishning buzilishiga sabab bo‘ladi. Ba’zi hollarda anemiya va vitamin yetishmovchililiga olib keladi (ankilostomidoz, difillobotrioz, trixotsefallyoz, shistosomozBizning mamlakatimizda ma’lum gelmentlar orasida kuchli immunitet xarakteriga ega bo‘lgani bu trixinellyozdir. Uning lichinkalari maskullarda rivojlanadi.

Klinikasi: o‘tkir faza – gelmintozlar bilan zararlangandan keyin belgilar har xil namoyon bo‘ladi. Masalan, askaridozlarda 23–kundan keyin bo‘lsa, boshqa gelmentlarda 23 haftadan so‘ng. Bunda umumiy allergik xarakterdagi belgilardan: titrash, isitma, teridagi retsidivlunuvchi qichishish, shishlar (lokal va generalizatsiyalangan), limfa tugunlarining kattalashishi, mialgiya, artralgiya, pereferik qonda leykotsitoz va gipereozinofiliya kuzatiladi. Bundan tashqari o‘pka sindromi (astmatik holat, pnevmoniya, plevrit), abdominal sindrom (qorinda og‘riq, dispeptik o‘zgarishlar) kuzatiladi. Jigar va taloq kattalashadi. MNS faoliyati turli darajada o‘zgaradi.bu fazada har xil gelmentlar bir–biriga o‘xshash belgilarni namoyon qiladi, bular: isitma, toshma toshishi, limfoadenopatiya, o‘pka va abdominal sindromlar. Lekin bu kasallikning spetsifik belgilari ham mavjud. Trixinellyoz bilan zararlanganda kasallikning 1-kunlari isitma, muskullarda og‘riq, qovoq va yuzlarda shish kuzatiladi. Jigar trematodozasida jigar va taloq kattalashishi, sarqayish kuzatiladi. Askaridozlarda–o‘pka va abdominal sindrom kuzatiladi.

Surunkali faza – klinik kechishi qo‘zg‘atuvchi intensivligi, joylashgan o‘rni va o‘lchamiga bog‘liq. Ichak gelmentlarni ko‘p hollarda simptomsiz kechadi, faqat katta o‘lchamdagilari (tasmasimon, teniidilar) qandaydir belgini namoyon qiladi. Gelmentlarning soniga ko‘ra kasallik klinik belgilari yuzaga chiqadi. Bu fazada qo‘zg‘atuvchi parazitligi va patogen faktorlar natijasida organ va sistemalar funksiyasi buzilishi, simptom va sindromlar yuzaga keladi.

Ichak gelmintozlarida – asosan dispeptik, og‘riq va kamdan kam hollarda astenonevrotik sindromlar bolalarda ko‘proq kuzatiladi. **Enterobiozda** – kechki paytda anal teshigi atrofida qichishishi, **trixotsefallyozda** gemorragik kolit belgilari bilan birga, bolalarda to‘g‘ri ichak tushishini ko‘rish mumkin. **Askaridozda** – parazit soni ko‘payganda, ichak tutilishi, mexanik sariqlik, pankreatit kuzatiladi. Jigar trematodozasida (opistorxoz, klonorxoz, fassiolyoz) – surunkali xoletsistoxolangit, gepatit, pankreatit, oshqozon-ichak traktida va nerv sistemasida bir qancha o‘zgarishlar kuzatiladi. Ichak sestozida (difillobotrioz, teriarinxoz, tenioz, gimenolipidoz) – ko‘p hollarda simptomsiz kechib, yetilgan gelmentlar mustaqil yoki defekatsiya aktida ajratiladi. Bunda bemorda dispeptik

o‘zgarishlar va og‘riq bo‘lib, difillobotriozda anemiya, vitamin V12 **ye**tishmovchiligi kuzatiladi.

Laborator tashxisi: Biologik material bo‘lib gelment fragmentlari, lichinkalari, axlatdagi tuxumlari, siydik, duodenal suyuqlik, o‘t suyuqligi, balg‘am, rektal va perional shilliq, qon, mushak to‘qimasi xizmat qiladi. Ko‘pincha axlat tekshiriladi.

Mikroskopik usullar: mikroskopik tatqiqot maqsadi gelment va uning fraksiyalari lichinka va tuxumlarini aniqlash.

Kato usuli – bunda axlotdagi gelment tuxumlarini glitserin va malaxit ta’sirida yashil rangga kirishiga asoslanadi. Dala sharoitida qo‘llash mumkin. Enterobioz tashxisi perianal burmalardan tampon, shpatel, yopshqoq lentaga qo‘yilgan izdan foydalanib materialni tatqiq qilish natijasida qo‘yiladi.

Boyitish usuli – gelment tuxumlarini har xil konsentratsiyali eritmalar yordamida nisbiy zichligini o‘rganishiga asoslangan. Bizning mamlakatimizda Kalantaryan va Fyulleborn flotatsion metodidan foydalaniladi. Axlatdagi shistosom va tuxumlarni aniqlashda Ritchi usuli birmuncha effektiv. Strongilid, ankilostomid gelment lichinkalari maxsus usulda aniqlanadi. Strongiloidoz tashxisida Berman va Brumt usulidan, ankilostom va nekator lichinkalarini aniqlashda Xarada – Mori usulidan foydalaniladi. Gelment tuxumi va lichinkalari (jigardagi) o‘t yo‘lida, oshqozon osti bezi va 12 barmoq ichakda, o‘t suyuqligi va duodenal aralashmada aniqlash mumkin. Topik diagnostikada organlarni ultratovush tekshirish, kompyuter tomografiyasi, endoskopiya va endobopsiyadan foydalaniladi.

Davolash: o‘tkir davrida davo asosan desensabilizatsiyalovchi va deztoksikatsiyalovchi va etiotrop vositalarga asoslangan. Ohirgi 20 yillar ichida toksikligi kam va yuqori aktivlikka ega gelmentlarga qarshi preparatlar levomizol, tiabendazol, mebendazol, albendazol, medalin, pirantel kabi dori vositalari amaliyotga tatbiq etilgan. Qo‘zg‘atuvchini aniqlagan holda kompleks davo choralari qo‘llaniladi.

Profilaktika – gelmintozlar profilaktikasida bemorda kasallikning yuzaga chiqishiga ko‘ra kompleks chora-tadbirlar: ularni davolash, hayot tarzini yaxshilash, maishiy xizmatni yaxshilash, kasallik tarqalishining oldini olish, atrof-muhitdagi qo‘zg‘atuvchilardan saqlanish muhim ahamiyatga ega.

Qo‘llanilgan chora-tadbirlar natijasida kasallikning tarqalishi rossiya federatsiyasi aholisi o‘rtasida geogelmentozlar bilan (askaridoz, trixotsefallyoz) kasallanish darajasi kamaygan. Trixinellyoz, teniarinxoz, teniz profilaktikasi asosida go‘sht mahsulotlaridan zararlanishining oldini olish yetadi. Exinokokkoz va alveokokkoz profilaktikasida qishloq xo‘jaligi hayvonlari, itlar (cho‘ponlar, ovchinlarni) kundalik meditsina ko‘rigidan o‘tkazish kerak. Kontakt yo‘li bilan yuquvchi gelmintozlar (enterobioz, gimenolipidoz) profilaktikasida qo‘zg‘atuvchini o‘tish yo‘lini yo‘qotish muhim ahamiyatga ega, chunki bu ikki gelment bolalarda ichki organlar zararlanishi va ularning immun qobiliyati pasayishiga olib keladi.

Mavzu buyicha masala va test savollari

1**. Ichak askaridasi kancha vaktda balogatga yetadi?**

A. 2-2.5 oy B. 2-2.5 xafta V. 1 yil G. 3-5 oy D. Xammasi

2. Upkaning zararlanishiga xos belgi kaysi gelmentozda uchraydi?

B.Leshmanioz VAskaridoz G. Tenioz D Iersenioz

3. Enterobioz tuxumdan kancha vaktda lichinkaga aylanadi?

A. 10 soat B. 4-6 soat V. 1 kun G. 15-20 soat D. 3 kun

4. Teniarinxoz gijjasini uzunligi kancha?

A. 1-2 metr B. 2-4 metr V. 3-5 metr G. 5-6 metr D. 7-8 metr

5. Alveokokkozni odam organizmida kaysi shakli kupayadi?

A Yetuk shakli B. Tuxumi V. Lichinkasi G. Kurti D. Xammasi

6. Trixotsefalozni kaysi gijja kuzgatadi?

A. Triponema B. Kilbosh gijja V. Ostritsa gijjasi G. Lyambliya D Exinokokk

7.Askaridozda migratsiya davri kancha vakt davom etadi:?

A. 1-3 kun B. 1-5 kun V. 5-7 kun D. 7-15 kun

8.Gelmintozlarning klinik kechishiga kura turlari:

A. utkir, latent,surunkali B.utkir,retsidivsiz V. retsidivsiz, retsidivlar bilan

G. B va V javoblar tugri D. utkir osti va surunkali

Masala *№* 1

Bola 9 yoshda. 14 kundan beri kasal xisoblanib, shikoyatlari tana xaroratini kutarilishi, bosh ogrishi, korin shishishiga konda eozinofiliya. Axlatda askarida tuxumi.

Savol

1. Dastlabki tashxisni kuying.

2. Kushimcha tekshirish usullarini kursating.

Masala № 2

Bemor 20 yoshda. tashxis: Gelmintozlarning ogir formasi. Kasallikning 3 xaftasi. Bosh ogrishi paydo buldi axlati (kora rangda).

Savol

1. Kanaka asorat xakida uylash kerak.

2. Davolash taktikasi.

Masala № 3

Bemor 9 yoshda. Kasallik asta-sekin rivojlangan: badanida lanjlik, bosh ogrishi, uykusining buzilishi va ishtaxasining yukolishi. Tana xarorati boshlanishida subfebril, keyinchalik asta-sekinlik bilan kutarilgan (39-40 S gacha). Bemorda loxaslik, darmonsizlik, bosh ogrishi, korinda ogrik bulishi kuzatiladi. yurak tonlari bugiklashgan,. Tili ok karash bilan koplangan, korinni ileotsekal soxasida guldirash va ogrik seziladi. Jigar kattalashgan UZI da jigarda yumalok xosila.

Savol

1. Sizning tashxisingiz.

2. Tekshirish rejangiz.

Masala *№* 5

Bemor 5 yoshli. Kasallikning 9-kuni yukumli kasalliklar shifoxonasiga olib kelingan. Shikoyati: tana xaroratining 37S gacha chikkanligi, avvaliga kabziyat keyin 2-3 marta suyuq ich ketishiga, boshi kuchli ogrishiga. Bemor kasal bulishidan oldin o’rtoqlari bilan kanalda cho’milgan. Ko’rik vaqtida bemorni umumiy axvoli urtacha ogirlikda, yuzi siniqqan, terisi oq rangda, quruq. yurak

tonlari bugik. Tilida oq karash bor. UZIda ingichka ichakda xosila. Axlatida gijja tuxumlari.

Savol

1. Sizning tashxisingiz.

2. Ushbu kasallikni differensial-diagnostika kiling.

Interfaol usul: “Kasallikni top!”

Maqsad

Tinglovchilarning parazitar kasalliklarning **klinik belgilari va kechish xususiyatlarini farqlash ko‘nikmasini rivojlantirish.**

O‘yin qoidasi

1. Talabalar **2–3 guruhga bo‘linadi**.
2. O‘qituvchi **kasallik belgilari**ni o‘qib beradi.
3. Talabalar **qaysi kasallik ekanini tez topishi** kerak.
4. To‘g‘ri javob uchun **1 ball beriladi**.
5. Eng ko‘p ball to‘plagan guruh **g‘olib** bo‘ladi.

1-vaziyat

- Tunda **anal sohada kuchli qichishish**
- Uyqusizlik
- Bolalarda asabiylik

Javob: **Enterobioz**

2-vaziyat

- Qorin og‘rig‘i
- Ishtaha pasayishi
- Allergik reaksiyalar
- Ba’zan ichak tutilishi

Javob: **Askaridoz**

3-vaziyat

- Qorin og‘rig‘i
- Holsizlik
- Bolalarda rivojlanishning sekinlashuvi

Javob: **Gimenolepidoz**

4-vaziyat

- Ich ketishi
- Qorin dam bo‘lishi
- Ko‘ngil aynishi
- Ozib ketish

Javob: **Lyamblioz**

5-vaziyat

- Qorin og‘rig‘i
- Ishtaha o‘zgarishi
- Najas bilan parazit bo‘laklari chiqishi

Javob: **Teniarinxoz**

6-vaziyat

- Jigar yoki o‘pkada kista hosil bo‘lishi
- O‘ng qovurg‘a ostida og‘riq
- Allergik reaksiyalar

Javob: **Exinokokkoz**

2.7.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Tashqi qoplam infeksiyalari haqida ma’lumot. Qoqshol,etiologiyasi va epidemiologiyasi.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.Tashqi qoplam infeksiyalari haqida umumiy tushuncha va ularning klinik ahamiyati 2.Qoqshol kasalligining etiologiyasi 3.Qoqshol kasalligining epidemiologiyasi 4.Tashqi qoplam infeksiyalarining asosiy klinik belgilari 5.Tashqi qoplam infeksiyalarini tashxislash va oldini olish chora-tadbirlari

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	**Faoliyat mazmuni**	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O'quv mashg'ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o'tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo'llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 d 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Tashqi qoplam infeksiyalari haqida ma’lumot. Qoqshol, etiologiyasi va epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari, tashhisoti. Bemor parvarishi. Saramas, etiologiyasi va epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari, laborator tekshirish usullari.Bemor parvarishi. Qoqshol, saramasda epidemiyaga qarshi chora tadbirlar.	Tashqi qoplam infeksiyalari haqida ma’lumot. Qoqshol,etiologiyasi va epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari, tashhisoti. Bemor parvarishi. Saramas, etiologiyasi va epidemiologiyasi. Asosiy klinik belgilari, laborator tekshirish usullari.Bemor parvarishi. Qoqshol, saramasda epidemiyaga qarshi chora tadbirlar.
O’qitish metodlari	“Kasallikni top” “Vaziyatli masala” “Nazorat savollari”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Tashqi qoplam infeksiyalari haqida ma’lumot. Qoqshol,etiologiyasi va epidemiologiyasi.

Reja

1. Tashqi qoplam infeksiyalari haqida umumiy tushuncha va ularning klinik ahamiyati
2. Qoqshol kasalligining etiologiyasi
3. Qoqshol kasalligining epidemiologiyasi
4. Tashqi qoplam infeksiyalarining asosiy klinik belgilari
5. Tashqi qoplam infeksiyalarini tashxislash va oldini olish chora-tadbirlari

Tashqi qoplam infeksiyalari haqida umumiy tushuncha va ularning klinik ahamiyati

Tashqi qoplam infeksiyalari — bu inson tanasining **teri va shilliq qavatlarini** zararlovchi mikroorganizmlar (bakteriya, virus yoki zamburug‘lar) sababli yuzaga

keladigan yuqumli kasalliklar guruhidir. Ushbu kasalliklar ko‘pincha mahalliy yoki hududiy bo‘lib kechadi, ammo ba’zi hollarda organizmning umumiy holatiga salbiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin.

Tashqi qoplam infeksiyalari quyidagi turlarga bo‘linadi:

- **Bakterial infeksiyalar**: qo‘ziqorin va boshqa bakteriyalar bilan bog‘liq kasalliklar;
- **Virusli infeksiyalar**: masalan, qoqshol (varisela) kabi kasalliklar;
- **Zamburug‘li infeksiyalar**: teri va tirnoqlarda qo‘zg‘atuvchi qo‘ziqorinlar.

Ushbu kasalliklarning klinik ahamiyati shundaki, ular nafaqat shaxsning sog‘lig‘ini buzadi, balki jamiyatda ham epidemiologik xavf tug‘diradi. Ayniqsa bolalar va immuniteti past bo‘lgan shaxslarda tashqi qoplam infeksiyalari tez tarqaladi va og‘ir asoratlar keltirib chiqarishi mumkin.

Kasalliklarning oldini olishda gigiyena qoidalariga amal qilish, emlash, shaxsiy gigiyena vositalarini to‘g‘ri ishlatish va bemorlarni vaqtida izolyatsiya qilish muhimdir. Shu bilan birga, tashqi qoplam infeksiyalarini tez va aniq tashxislash kasallikning tarqalishini kamaytirish va samarali davolashni ta’minlashda muhim o‘rin tutadi.

Qoqshol kasalligi — sabablari, alomatlari, yuqish yo’llari, davolash, oldini olish

Qoqshol (lot. *Tetanus*) — bu asab tizimining shikastlanishi va skelet mushaklarining tonik tirishishi va umumiy talvasalar (sudorogi) bilan namoyon bo’ladigan sapronoz bakterial o’tkir yuqumli kasallik. Patogenning yuqishi kontakt mexanizm orqali sodir bo’ladi.

- Bemor boshqalar uchun yuqumlilik xavfini tug’dirmaydi. Kasallik o’chog’ida epidemiologik tadbirlar o’tkazilmaydi;
- Kasallikdan keyin immunitet rivojlanmaydi;
- Qoqshol infektsiyasidan so’ng tuzalib ketish yangi kasallanishdan himoya qilmaydi;

- Kasallikning rivojlanishi uchun yetarli bo’lgan oz miqdordagi qoqshol toksinlari kerakli antitana titrlarini ishlab chiqarilishini ta’minlay olmaydi. Shuning uchun qoqsholning klinik shakllari bo’lgan barcha bemorlar tashxis qo’yilgach yoki tiklanishdan keyin darhol qoqshol anatoksini bilan emlanishlari kerak.

Etiologiyasi

Qoqshol qo’zg’atuvchisi gram-musbat qoqshol tayoqchasidir (lot. *Clostridium tetani*) — spora hosil qiluvchi anaerob sanaladi, ya’ni u kislorodsiz muhitda yashaydi. Bu uchlari dumaloq bo’lgan, uzunligi 4-8 mkm va eni 0,3-0,8 mkm, 20 tagacha uzun xivchinga ega bo’lgan harakatchan ingichka tayoqchadir.
Qoqshol qo’zg’atuvchisi ubikvitar (hamma joyda yashovchi) toifasiga kiradi, ammo ayni paytda shartli patogen mikroorganizm sanaladi. U odam va hayvonlar ichaklarining normal florasi tarkibiga kirib, u yerda xo’jayin organizmga zarar yetkazmagan holda yashaydi va ko’payadi.
Shu sababli qoqshol bakteriyalari bilan yuqori darajada ifloslanish qishloq xo’jaliklari — inson va hayvon najasi bilan ifloslangan, namlik yetarli darajada bo’lgan bog’larda, sabzavot maydonlari, yaylovlar va boshqa joylarda uchraydi.
Uznat bolshe
Bakteriyalar kislorod mavjud bo’lganda va 4 °C dan kam bo’lmagan haroratda spora hosil qiladi. Sporalar tashqi ta’sirlarga chidamli: 90 °C gacha haroratga 2 soat, qaynatilganda 1-3 soat, quruq holatda 150 °C gacha haroratga bardosh bera oladi, sho’r dengiz suvida 6 oygacha yashaydi.
Kislorod mavjud bo’lmaganda, 37 °C harorat va yetarli namlik sharoitida sporslar beqaror vegetativ shaklga o’tadi.
Qo’zg’atuvchi **qoqshol ekzotoksini** ishlab chiqarsfi, u bakterial zaharlardan biri bo’lib, kuchi bo’yicha botulinotoksindan keyingi o’rinda turadi. Toksin isitish, quyosh nuri, ishqorli muhit ta’sirida parchalanib ketadi. Ichak shilliq qavati orqali so’rilmaydi, shuning uchun yutilganda xavfsiz sanaladi.

Tarqalganligi

Qoqshol kasalligi dunyoning barcha mintaqalarida uchraydi, ammo ekvatorga yaqin hududlarda kasallanish darajasi va o’lim foizi yuqoriroq bo’ladi. Qoqshol kasalligi issiq va nam iqlimli bo’lgan mamlakatlarda, dezinfektsiyalash vositalari, profilaktik emlashlar va umuman tibbiy yordam bo’lmagan joylarda, ya’ni Afrika, Osiyo va Lotin Amerikasidagi qashshoq va rivojlanmagan mamlakatlarda keng tarqalgan. Biroq, rivojlangan mamlakatlarda ham u har yili minglab odamlarning umriga zomin bo’ladi.
Fasllar almashinuvi sezilari bo’lmagan mintaqalarda (tropik va subtropiklarda) kasallik yil davomida kuzatiladi, mo’tadil iqlimi mamlakatlarda u mavsumiy xususiyatga ega (kechki bahor — erta kuz oralig’ida).
Kasallikning tarqalganligi (har 100 000 aholi boshiga):

- Rivojlanayotgan mamlakatlarda 10-50 ta holat;
- Majburiy immunizatsiya profilaktikasi bo’lgan mamlakatlarda 0,1-0,6 ta holat.

Qoqshol holatlarining 80 foizi yangi tug'ilgan chaqaloqlarga (kindik orqali infektsiya kirishi), shuningdek, jarohatlanishlar ko'p kuzatiladigan 15 yoshgacha bo'lgan o'g'il bolalarga to'g'ri keladi. Kattalar orasida qoqshol kasalligining qariyb 60 foizi qariyalarda uchraydi. Kasallanish va o'lim holatlarining eng ko'p foizi qishloq joylarda kuzatiladi.
Qoqsholda o'lim darajasi juda yuqori (faqat quturish va o'pka o'latida bundan yuqoriroqdir). Zamonaviy davolash usullari qo'llanilganda bemorlarning 17-25% vafot etadi, hozirgi paytda bu ko'rsatkichni pnevmoniya, sepsis va bakterial toksin tufayli yurak-falaj kabi asoratlar rivojlanishi sababli kamaytirishning iloji yoq. Profilaktik emlashlar va malakali tibbiy yordam mavjud bo'lmagan hududlarda o'lim darajasi qariyb 80% ni tashkil qiladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'lim darajasi 95% ga yetadi.
2010-yilda dunyoda ushbu kasallik tufayli 61 000 ga yaqin o'lim holati qayd etilgan. Ammo, qayd qilinmagan holatlar va kasallikning sezilarli ifodalanmagan shakllari (ayniqsa, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda) ehtimolligini hisobga olgan holda, dunyoda qoqsholdan umumiy yo'qotishlar soni yiliga 350-400 ming kishini tashkil qilishi mumkin.

Yuqish yo'llari

Qo'zg'atuvchi faqat tirik organizmning kisloroddan mahrum bo'lgan to'qimalariga kirganda patogen xususiyatini namoyon qiladi. Ayniqsa sanchuvchi yoki chuqur cho'ntaklarga ega jarohatlarda anaerobioz sharoiti hosil bo'lishi tufayli katta xavf tug'diradi.
Kasallik chuqur jarohatlar va terining va shilliq qavatlarning shikastlanishida, kuyish va muzlash, tug'ruq paytida, chaqaloq kindigini steril bo'lmagan asbob bilan kesishda, shuningdek gangrena, abstsess, yotoq yara va boshqalarda rivojlanishi mumkin. Zararlanishning tez-tez uchraydigan sabablari oyoqning mikrojarohatlari — shikastlanishlar, o'tkir jismlar kirishi, zirapchalar sanaladi. Shuningdek, kasallik zaharli hasharotlarning (masalan o'rgimchaklar) chaqishi natijasida kelib chiqishi mumkin.

Ta'sir qilish mexanizmi

Qo'zg'atuvchi qulay muhitga tushganda faol ko'payishni va qoqshol toksinini ajratishni boshlaydi. Toksin periferik asab tizimining harakatlantiruvchi tolalari va qon oqimi orqali orqa, uzunchoq miyaga va miya poyasining retikulyar shakllanishiga kirib boradi.
Qoqshol toksini ikki turdagi modda saqlaydi:

- **Tetanospazmin** asab tizimiga ta'sir qilib, ko'ndalang-targ'il mushaklarning tonik tirishishlarini chaqiradi;
- **Tetanogemolizin** qondagi eritrositlarning gemoliziga olib keladi.

Mushaklarning rigidligi (tarangligi) shikastlangan oyoq-qo'ldan qarama-qarshi tomondagisiga, keyin gavda, bo'yin, boshga tarqaladi, so'ngra talvasalar paydo

bo’ladi. Nafas olish a’zolari va yurak mushaklarining falajlanishi sodir bo’lishi mumkin.

Tasnifi

Yuqish yo’liga yo’liga qarab:

1. Travmatik qoqshol (yara, operatsiyadan keyin, tug’ruqdan keyin, yangi tug’ilgan chaqaloqlarda, in’yektsiya, elektr toki bilan shikastlanish, kuyish va muzlashdan keyin va boshqalar).

Organizmdagi lokalizatsiyasi bo’yicha:

1. Umumiy yoki yalpi qoqshol (Brunner bosh qoqsholi yoki bulbar qoqshol).
2. Mahalliy qoqshol (Roze bosh qoqsholi yoki yuz qoqsholi).

Kasallik kechishining og’irligiga ko’ra:

1. Yengil — kamdan-kam kuzatiladi (asosan oldin emlangan shaxslarda). Alomatlar yengil, harorat normal yoki biroz ko’tarilgan bo’ladi.
2. O’rta — spazm va mushaklarning tirishishi kam va o’rtacha kuch bilan kuzatiladi. Tana harorati ko’tarilgan.
3. O’g’ir — nisbatan tez-tez va intensiv tirishishlar. Yuzning xarakterli ifodasi, isitma.
4. O’ta o’g’ir — ensefalitik qoqshol (Brunner qoqsholi) — uzunchoq va orqa miya yuqori qismlarining shikastlanishi bilan kechadi (nafas olish markazi, adashgan asabning yadrosi, yurak-tomir markazi), ginekologik qoqshol va chaqaloqlar qoqsholi.

Qoqshol alomatlari

Umumiy (yalpi) qoqshol

Kasallikning 4 davri farqlanadi: inkubatsion, boshlang’ich, avj va tiklanish.

Inkubatsion davr

Odatda 8 kunni tashkil etadi, ba’zida bir necha oygacha davom etishi mumkin. Jarayonning umumiy shaklga o’tishida infektsiya o’chog’i markaziy asab tizimidan qancha uzoq joylashgan bo’lsa, inkubatsion davr shuncha uzoqqa cho’ziladi.

Chaqaloqlar qoqsholining inkubatsion davri o’rtacha 5-14 kun, ba’zan bir necha soatdan 7 kungacha davom etadi.

Kasallikka bosh og’rig’i, asabiylashish, terlash va jarohat sohasidagi mushaklarning tortishib turishi hamrohlik qilishi mumkin. Bevosita kasallik boshlanishidan oldin titroq, uyqusizlik, esnash, yutinish paytida tomoq og’rig’i, bel og’rig’i, ishtahaning pasayishi qayd etiladi. Shuningdek inkubatsion davr hech bir klinik belgilarsiz kechishi ham mumkin.

Boshlang’ich davr

2 kungacha davom etadi. Eng dastlabki alomat — bu infektsiya kirish joyida tortuvchi og’riqlar paydo bo’lishi, bu vaqtgacha yaraning to’liq tuzalib ketishi kuzatilishi ham mumkin. Deyarli bir vaqtning o’zida yoki 1-2 kundan keyin trizm — og’izni ochishni qiyinlashtiradigan chaynov mushaklarining tirishib qolishi va talvasali qisqarish paydo bo’ladi. Og’ir holatlarda tishlar qattiq jipslashadi va og’izni ochib bo’lmaydi.

Kasallikning avj olish davri

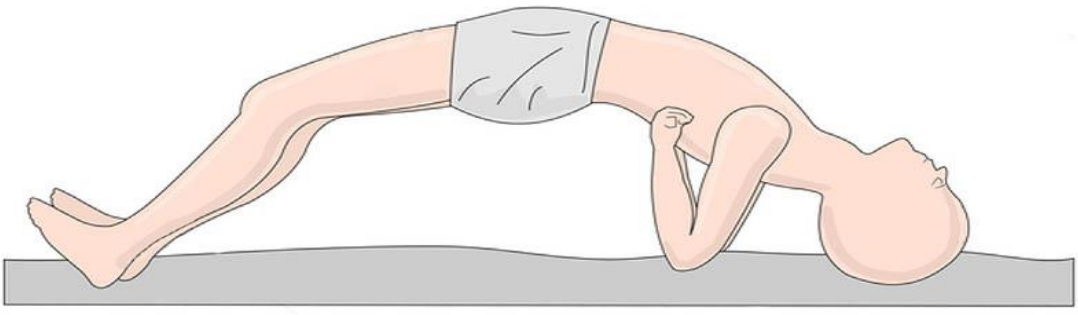
O’rtacha 8-12 kun, og’ir holatlarda 2-3 haftagacha davom etadi. Uning davomiyligi shifokorga o’z vaqtida murojaat qilish, o’z vaqtida davolashning boshlanishi, bemor kasallanishdan oldin vaktsina olinganligiga bog’liq.

Chaynov mushaklarning tonik qisqarishi (*trizm*) va yuz mushaklarining spazmlari paydo bo’ladi, natijada bemorda sardonik tabassum paydo bo’ladi: qoshlar ko’tarilgan, og’iz burchaklari ikki tomonga cho’zilgan va pastga egilgan, yuz bir vaqtning o’zida tabassum va yig’i holatini ifodalaydi. Shundan so’ng orqa va oyoq-qo’l mushaklari jalb qilingan holda klinik tasvir namoyon bo’la boshlaydi («opistotonus»).

Halqum mushaklarining spazmlari tufayli yutinishda qiyinchilik seziladi va ensa mushaklarining rigidligi (tortilishi) kuzatiladi. Rigidlik pastga qarab tarqaladi, bo’yin, orqa, qorin va oyoq-qo’l mushaklarini qamrab oladi. Qorin, oyoq-qo’llarning mushaklari taranglashib, taxta kabi qattiqlashib qoladi. Ba’zida kaft va oyoq panjasidan tashqari butun tananing rigidligi qayd qilinadi.

Og’riqli spazmlar dastlab cheklangan bo’lib, keyin bir necha soniyadan bir necha daqiqagacha davom etadi hamda katta mushak guruhlariga tarqaladi. Yengil holatlarda talvasalar kuniga bir necha marta sodir bo’ladi, og’ir holatlarda ular deyarli doimiy ravishda davom etib turadi.

Talvasa o’z-o’zidan yoki biron tashqi ta’sir (teginish, yorug’lik, ovoz) tufayli yuzaga keladi. Bu paytda bemorning yuzi yirik ter tomchilar bilan qoplanadi, shishadi, ko’karadi, iztirob va og’riq ifodasini oladi. Muayyan mushak guruhining tortishishiga qarab, bemorning tanasi eng g’alati holatlarga kirishi mumkin. Bemor to’shakda yoysimon holatga kirib, yerga faqat tovon va ensasi bilan tayanadi (opistotonus). Barcha mushaklar shu qadar taranglashadiki, ularning konturlarini ko’rish mumkin bo’lib qoladi. Oyoqlari tor kabi cho’zilgan, qo’llar tirsak qismida egilgan, mushtlar yopilgan bo’ladi.



Opistotonus holati

Ba’zi bemorlar qorinda yotishni afzal ko’radi, biroq ularning oyoqlari, qo’llari va boshi to’shakka tegmaydi. Bemor qo’rquvni boshdan kechiradi, tishlarini g’ichirlatadi, qichqiradi va og’riqdan nola qiladi. Talvasalar orasidagi davrda

mushaklarning bo’shashishi sodir bo’lmaydi. Hush odatda saqlanib turadi. Bemorlar juda kuchli terlaydi. Turg’un uyqusizlik paydo bo’ladi. Apnoe, sianoz, asfiksiya kuzatiladi.
Mushaklarning spazmi nafas olish, yutinish, defekatsiya va peshob chiqarish, qon aylanishining buzilishi va ichki organlarda dimlanishlar rivojlanishiga, metabolizmning keskin oshishi va yurak faoliyatining yomonlashishiga yoki to’liq to’xtashiga olib keladi. Harorat 41-42 °C gacha ko’tarilishi mumkin.

Qayta tiklanish davri

Konvulsiyalar kuchi va sonining bosqichma-bosqich kamayishi bilan tavsiflanadi. U 2 oygacha davom etishi mumkin. Ushbu davrda turli xil asoratlar rivojlanishi xavfi yuqori bo’ladi.

O’lim sabablari

O’limning eng ko’p uchraydigan sababi nafas olish mushaklari spazmi tufayli bo’g’ilish, ikkinchi o’rinda yurak falajligi sanaladi. Ba’zi hollarda, o’lim sababi qoqsholdan keyin asorat sifatida rivojlanadigan miokard infarkti, pnevmoniya, sepsis, o’pka arteriyasi emboliyasi va boshqa kasalliklar tufayli sodir bo’lishi mumkin.

- **Brunner bosh qoqsholi** yoki bulbar qoqshol — kasallikning eng og’ir shakli bo’lib, bunda kasallik orqa miyaning yuqori qismlari va uzunchoq miyaga ta’sir qiladi. Bu shakl umumiy qoqsholning eng og’ir klinik ko’rinishlari bilan ifodalanadi. Qoida tariqasida, bosh yoki bo’yin jarohatlari natijasida rivojlanadi.
- **Mahalliy qoqshol** kam uchraydi, asosan ilgari emlangan odamlarda qayd qilinadi. Bu shakl butun organizmga ta’sir qilmaydigan mahalliy falajliklar bilan tavsiflanadi. Kasallik jarohat joyida mushaklarning tortilishi va spazmlari, haroratning biroz ko’tarilishi, umumiy talvasalar yo’qligi bilan tavsiflanadi. Ko’pincha umumiy (yalpi) qoqshol shakliga o’tadi.
- **Roze bosh qoqsholi**. Mahalliy qoqsholning bir turi, bosh va bo’yinning shikastlanishida yuzaga keladi. Asosan jarohat tomonidagi yuz nervining falajlanishi bilan namoyon bo’ladi. Umumiy qoqshol yoki Brunner bosh qoqsholiga o’tishi mumkin.
- **Yangi tug’ilgan chaqaloqlar** faqat umumiy qoqshol bilan og’riydi.

Qoqsholni davolash
Bemor ixtisoslashgan shifoxonaga darhol gospitalizatsiyalanishi kerak.
Davolash quyidagilarni o’z ichiga oladi:

1. Infektsiyaning asosiy o’chog’ida patogenga qarshi kurash (yarani ochish, tozalash va aeratsiya qilish).
2. Qoqsholga qarshi zardob yuborish orqali qoqshol toksinini zararsizlantirish.
3. Talvasaga qarshi davo choralari (total miorelaksatsiya).
4. Ovoz o’tkazmaydigan aseptik boks.
5. Organizmning hayotiy funktsiyalarini ta’minlash (o’pkaning sun’iy ventilyatsiyasi, yurak faoliyatini kuzatish).

6. Asoratlarni oldini olish va davolash (hamrohlik qiluvchi infektsiyalarga, trombozga qarshi kurash), konvulsiyalarda mexanik shikastlanishning oldini olish.
7. To'laqonli ovqatlanish va parvarish.

Bemor alohida qorong'i xonaga joylashtiriladi, u yerda tashqi omillar (shovqin, yorug'lik va boshqalar) ta'siri ehtimoli istisno qilinadi. Kecha-kunduz tibbiy kuzatuv o'rnatiladi. Bemor yotoqdan chiqmasligi talab etiladi.

Kasallikning avj olish davrida bemorlarning ovqatlanishi juda qiyin, chunki mushaklarning kuchli qisqarishi oziqa moddalarini zond orqali yoki vena ichiga kiritilishiga to'sqinlik qiladi. Bemorni suyuq ovqatlar (sut, bulyon va boshqalar) bilan ovqatlantirish tavsiya etiladi, ular ko'p suv ichishga talab sezadi.

Kasalxona sharoitida davolanish muddati 1 oydan 3 oygacha davom etadi.

Asoratlari

Kasallikning avj olish davrida mushaklarning spazmlari va dimlanishlar fonida bronxit, pnevmoniya, miokard infarkti, sepsis, suyak va umurtqa pog'onalarining avtomatik sinishi, bo'g'imlarda turli chiqishlar, mushak va paylarning uzilishi, mushaklarni suyaklardan ajralishi, venoz tromboz, o'pka emboliyasi, o'pka shishi kuzatilishi mumkin.

Kech muddatlarda kuzatiladigan asoratlar orasida zaiflik, taxikardiya, umurtqa deformatsiyasi, mushak va bo'gim kontrakturalari, kalla nervlarining vaqtinchalik falajligi ajratiladi.

Umurtqaning kompression deformatsiyasi 2 yilgacha saqlanib turishi mumkin. Sog'aygach kishi faqat 2 oydan keyin ishga kirishishi mumkin. Kamida 2 yil davomida u nevrolog kuzatuvida bo'lishi talab etiladi.

Kamdan-kam hollarda noma'lum sabablarga ko'ra kasallikning qaytalanishi uchraydi.

Oldini olish

Kasallikning oldini olish uch yo'nalishda amalga oshiriladi:

1. Jarohatlarning oldini olish va aholi orasida sanitariya-targ'ibot ishlarini olib borish.
2. Emlash taqvimiga binoan 3 oydan 17 yoshgacha bo'lgan barcha bolalarga qoqsholga qarshi vaktsinani kiritish orqali profilaktika. Kattalarda har 10 yilda bir marta qayta vaktsinatsiya o'tkaziladi.
3. Quyidagi hollarda emlangan va emlanmagan shaxslarga shoshilinch profilaktika qo'llash:
    1. Teri va shilliq qavatlarning yaxlitligi buzilgan holdagi shikastlanish va jarohatlar.
    2. Oshqozon-ichak traktining yaralari va operatsiyalarida.
    3. II-IV darajadagi kuyish va muzlashlarda.
    4. Tibbiy muassasalardan tashqarida tug'ruq va abortlarda.
    5. Gangrena yoki to'qima nekrozlari, uzoq davom etadigan abstsess, karbunkul, oshqozon yarasi, yotoq yaralarda.
    6. Hayvon tishlashlarida.

Nazorat savollari

1. Tashqi qoplam infeksiyalari deganda nima tushuniladi?

2. Tashqi qoplam infeksiyalari qaysi turlarga bo‘linadi?
3. Qoqshol kasalligining etiologiyasi nima?
4. Qoqshol kasalligining epidemiologik xususiyatlarini tushuntiring.
5. Tashqi qoplam infeksiyalarining asosiy klinik belgilarini sanab bering.
6. Tashqi qoplam infeksiyalarini oldini olishning asosiy choralari nimalardan iborat?
7. Qoqsholning tarqalish yo‘llari qanday?
8. Tashqi qoplam infeksiyalarining aholi salomatligidagi ahamiyati nimada?
9. Tashqi qoplam infeksiyalarini tashxislashda qanday usullar qo‘llaniladi?
10. Qoqshol kasalligida hamshiraning vazifalari nimalardan iborat?

Test savollari

1. Tashqi qoplam infeksiyalari qaysi yo‘l bilan yuqadi?

A) Qon orqali
B) Ovqat orqali
C) **Teri va shilliq qavat orqali**
D) Havo-tomchi

2. Qoqsholning etiologik sababi nima?

A) Viruslar
B) Bakteriyalar
C) **Varicella-zoster virus**
D) Zamburug‘lar

3. Qoqshol qanday yo‘l bilan tarqaladi?

A) Fekal–oral yo‘l
B) **Havo-tomchi yo‘l**
C) Parenteral yo‘l
D) Kontakt bilan faqat hayvonlardan

4. Qoqsholning asosiy klinik belgisi qaysi?

A) Qorin og‘rig‘i
B) Yo‘tal va tomoq og‘rig‘i
C) **Teri toshmalari va isitma**
D) Ich ketishi

5. Qoqshol kasalligida oldini olishning eng samarali usuli nima?

A) Antibakterial dorilar berish
B) **Emlash (profilaktik vaktsinatsiya)**
C) Infuziya qilish
D) Parenteral dori vositalari

Interfaol o‘yin: “Kasallikni top”

O‘yin qoidasi

1. Tinglovchilar 2 guruhga bo‘linadi.
2. O‘qituvchi kasallik belgilari yoki epidemiologik ma’lumotni aytadi.
3. Tinglovchilar qaysi kasallik ekanini topadi.
4. Har to‘g‘ri javob uchun 1 ball beriladi.

Savol namunasi

1-savol:

Jarohat orqali yuqadigan, mushaklarning qattiq tortilishi bilan kechadigan kasallik.

Javob: Qoqshol

2-savol:

Qaysi bakteriya qoqsholni chaqiradi?

Javob: Clostridium tetani

3-savol:

Qoqshol infeksiyasi ko‘pincha qayerda uchraydi?

- tuproqda
- changda
- hayvon najasida

4-savol:

Qoqshol qanday yo‘l bilan yuqadi?

Javob: jarohat orqali

Vaziyatli masala

20 yoshli erkak qo‘lida tirnalish va kesilgan yara bilan shifoxonaga murojaat qiladi. U bir necha kun oldin metal parcha bilan ish qilgan. Bugun bemorda:

- Mushaklarning qattiq tortilishi
- Og‘riqli spazmlar
- Og‘z ochishda qiyinchilik
- Harorat 37,8°C

Bemorning emlash tarixi noma’lum.

Savollar

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallikning etiologik agenti nima?
3. Infeksiya qanday yo‘l bilan yuqadi?
4. Kasallikning inkubatsion davri qancha?
5. Qaysi klinik belgilarga e’tibor berish kerak?
6. Qanday favqulodda profilaktika va davolash choralarini ko‘rish kerak?
7. Kasallikning oldini olish uchun qanday choralar mavjud?

Javoblar

1. Qoqshol (tetanus)
2. Clostridium tetani
3. Jarohat orqali, tuproq va ifloslangan predmetlar bilan
4. Taxminan 3–21 kun (ko‘pincha 7–10 kun)
5. Mushak tortilishi, spazmlar, og‘z ochishda qiyinchilik, isitma, teri qattiqligi
6. Favqulodda profilaktika: tetanus immunoglobulin, yara tozalash; davolash: spazmolitiklar, antibiotiklar, yotoq rejimi
7. Oldini olish: tetanus vaksinatsiyasi, yara gigiyenasi, profilaktik immunizatsiya

2.8.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**Karantin va o‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Karantin infeksiyalar guruhi**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	Tinglovchilar soni:15-20 ta
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1. Karantin tushunchasi va uning ahamiyati 2.O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot 3.Karantin infeksiyalarining asosiy turlari va guruhi 4.Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish chora-tadbirlari 5.Karantin tadbirlarini tashkil etish va nazorat qilish tartibi

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.

	usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O'tgan mavzu bo'yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 d 2.Yangi mavzuni to'liq bayon etish 30-40. 3.O'qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo'llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O'qituvchi tomonidan "Ma'ruza O'qish" usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda "aqliy hujum" usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo'llab javob oladilar.
3-bosqich **Yakuniy 5 daqiqa**	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag'batlantirilib, baxolar e'lon qilinadi . Uyga vazifa**:** Yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyatlari, ularning kelib chiqishida ijtimoiy sharoitlar va muhitning ahamiyati mavzuni o'qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev "Yuqumli kasalliklar" Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. "Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat" o'quv qo'llanma "turon nashriyot" Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov "Bolalar yuqumli kasalliklari" Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

Pedagogik vazifalar	**O'quv faoliyatini natijalari**:
Karantin va o'ta xavfli yuqumli	O'ta havfli infeksiyalarning

kasalliklar haqida ma’lumot. Karantin infeksiyalar guruhi. O‘lat etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik shakllari, asosiy klinik belgilari. Zamonaviy laborator tashxisot usullari: bakteriologik, bakterioskopik, serologik tekshiruvlar. Bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari**.** Vabo etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, klinik ko‘rinishlari, suvsizlanish darajalari. Tashxisoti. Eksikozga qarshi kurash,bemor parvarishi.	umumiy profiliktikasi va infeksiya o‘chog‘ida olib boriladigan chora tadbirlarni tashkil etishda hamshiraning vazifalari. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar guruhi. O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida tushuncha. Quturish etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik belgilari, fobiyalar, bemorlar parvarishi. Kasallikning umumiy va maxsus profilaktikasi. Hayvon tishlagan jarohatga ishlov berish. Antirabik vaksinatsiya o‘tkazish. Kuydirgi etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi va hamshiralik parvarishi.
O’qitish metodlari	“nazorat savollari ” “testlar”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: Karantin va o‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Karantin infeksiyalar guruhi.

Reja

1. Karantin tushunchasi va uning ahamiyati
2. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot
3. Karantin infeksiyalarining asosiy turlari va guruhi
4. Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish chora-tadbirlari
5. Karantin tadbirlarini tashkil etish va nazorat qilish tartibi

Karantin tushunchasi va uning ahamiyati

Karantin — bu **yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish maqsadida**, kasallangan yoki kasallik xavfi bo‘lgan odam, hayvon, oziq-ovqat va boshqa

buyumlarni vaqtincha ajratish, nazorat qilish va cheklash tizimi hisoblanadi. Karantin tadbirlari nafaqat sog‘liqni saqlash tizimida, balki xalqaro darajada ham kasalliklarning epidemiyaga aylanishining oldini olishda muhim ahamiyatga ega.

Karantinning asosiy maqsadi:

- Yuqumli kasalliklarning odamlar va hayvonlar orasida tarqalishini oldini olish;
- Epidemik va pandemik holatlarning oldini olish;
- Kasallik tashuvchilarini va xavfli mahsulotlarni vaqtincha nazorat ostiga olish;
- Sog‘liqni saqlash tizimini va aholining salomatligini himoya qilish.

Karantin tadbirlari turli shakllarda amalga oshiriladi:

- **Shaxsiy karantin:** kasallik alomatlari bo‘lgan yoki yuqishi mumkin bo‘lgan shaxslarni ajratish;
- **Hayvonlar karantini:** kasallangan yoki tashuvchilik qiluvchi hayvonlarni vaqtincha ajratish;
- **Mahsulotlar va buyumlar karantini:** oziq-ovqat, dori-darmon, chorva mahsulotlarini nazorat qilish va vaqtincha saqlash.

Karantin infeksiyalari bilan kurashda qat’iy sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilish, monitoring va profilaktik tadbirlar olib borish juda muhimdir. Shu bilan birga, karantin xalqaro standartlar asosida tashkil etilgan bo‘lib, kasallikning tez tarqalishining oldini oladi va aholi salomatligini himoya qiladi.

O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida umumiy ma’lumot

O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar — bu inson va ba’zan hayvonlar orasida tez tarqaluvchi, og‘ir kechuvchi va ko‘pincha o‘lim xavfi yuqori bo‘lgan infeksion kasalliklar guruhidir. Ushbu kasalliklar epidemiologik nuqtai nazardan juda xavfli hisoblanadi, shuning uchun ularni aniqlash, nazorat qilish va oldini olishda maxsus karantin choralari qo‘llaniladi.

O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar quyidagi xususiyatlarga ega:

- Yuqish tezligi yuqori;
- Klinik belgilar og‘ir kechadi va surunkali asoratlar keltirib chiqarishi mumkin;
- Kasallikning o‘lim ko‘rsatkichi yuqori;
- Epidemik va pandemik xavf yaratadi.

Asosiy o‘ta xavfli kasalliklar:

- Qora tan (pestis)

- Kuydirgi (tularemia)
- Lyessa (quturish/rabies)
- Brutsellyoz
- Hantavirus infeksiyalari
- Qoqshol (varisela) va boshqa zoonoz kasalliklar

Bu kasalliklar odam va hayvonlar o‘rtasidagi zoonotik aloqalar orqali yuqadi. Yuqish yo‘llari turlicha bo‘lib, parenteral yo‘l, havo-tomchi, kontakt va hayvon tishlashi kabi yo‘llar mavjud.

O‘ta xavfli kasalliklar xalqaro sog‘liqni saqlash tizimida ham nazorat qilinadi, chunki ularning tez tarqalishi jahon aholisining salomatligiga katta xavf tug‘diradi. Shu sababli, bunday kasalliklarni o‘z vaqtida aniqlash, karantin choralarini qo‘llash va profilaktik tadbirlarni amalga oshirish zarur.

Karantin infeksiyalarining asosiy turlari va guruhi

Karantin infeksiyalari — bu tez tarqaluvchi, o‘ta xavfli yuqumli kasalliklar bo‘lib, xalqaro va ichki epidemiologik nazorat ostida turadi. Ular nafaqat odamlar, balki hayvonlar va oziq-ovqat mahsulotlari orqali ham tarqalishi mumkin.

Karantin infeksiyalarini guruhlash quyidagicha amalga oshiriladi:

1. Odamlarga xos o‘ta xavfli infeksiyalar
    - Misol: qizamiq, qoqshol (varisela), poliomielit, difteriya.
    - Yuqish yo‘llari: havo-tomchi, kontakt, parenteral.
2. Zoonotik karantin infeksiyalari (hayvonlardan odamga yuqadigan)
    - Misol: tularemia (kuydirgi), lyessa (quturish/rabies), pestis (qora tan), brutsellyoz, hantavirus infeksiyalari.
    - Yuqish yo‘llari: tishlash, tirnalash, parenteral kontakt, vektorlar (bitlar, chivinlar).
3. Mahsulotlar orqali yuqadigan karantin infeksiyalari
    - Misol: botulizm, salmonellyoz.
    - Yuqish yo‘llari: ifloslangan oziq-ovqat yoki suv orqali.

Asosiy vazifalar:

- Karantin infeksiyalari bo‘yicha kasalliklarni erta aniqlash;
- Yuqish xavfi bo‘lgan shaxs, hayvon yoki mahsulotlarni vaqtincha izolatsiya qilish;
- Epidemik nazoratni ta’minlash va kasallik tarqalishini oldini olish.

Karantin infeksiyalari guruhi xalqaro sog‘liqni saqlash me’yorlari asosida belgilanadi va ularni nazorat qilish, profilaktika choralarini amalga oshirish davlatlararo hamkorlikni talab qiladi.

Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish chora-tadbirlari

Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish — bu aholi salomatligini himoya qilish va epidemiyalarni oldini olish bo‘yicha asosiy chora-tadbirlar majmuasidir. Karantin infeksiyalari va o‘ta xavfli yuqumli kasalliklarda ushbu chora-tadbirlar ayniqsa muhimdir.

Asosiy chora-tadbirlar quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

1. Shaxsiy gigiyena va sanitariya qoidalariga rioya qilish
    - Qo‘l yuvish, yuz va shilliq qavatlarni toza saqlash;
    - Shaxsiy himoya vositalaridan foydalanish (niqob, qo‘lqop, kiyim);
    - Infeksiyalangan shaxslar bilan bevosita kontaktni kamaytirish.
2. Isolatsiya va karantin tadbirlari
    - Kasallangan yoki kasallik xavfi bo‘lgan odamlarni alohida xonalarda davolash;
    - Yuqumli hayvonlarni ajratish va ularni karantin ostida saqlash;
    - Yuqishi mumkin bo‘lgan mahsulotlarni vaqtincha cheklash va nazorat qilish.
3. Emlash va profilaktik vaktsinatsiya
    - Yuqumli kasalliklar tarqalishining oldini olishda eng samarali usul;
    - Bolalar, sog‘liqni saqlash xodimlari va xavf guruhi odamlar uchun majburiy.
4. Epidemiologik kuzatuv va monitoring
    - Yuqumli kasalliklarni erta aniqlash;
    - Tarqalish manbalarini tezkor aniqlash va nazorat qilish;
    - Epidemiologik ma’lumotlarni tizimli yig‘ish va tahlil qilish.
5. Ommaviy axborot va ta’lim ishlarini olib borish
    - Aholini yuqumli kasalliklar xavfi va profilaktika choralaridan xabardor qilish;
    - Gigiyena va kasalliklardan himoya qilish bo‘yicha ko‘rsatmalar berish.

Karantin tadbirlarini tashkil etish va nazorat qilish tartibi

Karantin tadbirlari **— bu** yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish va epidemiyalarning oldini olish maqsadida tashkil etiladigan maxsus choralar majmuasidir. Karantin tadbirlarini samarali tashkil etish va nazorat qilish uchun quyidagi tartib va qoidalar amal qilinadi:

1. **Karantin zonasini belgilash**
    - Kasallangan shaxslar, hayvonlar yoki yuqishi mumkin bo‘lgan mahsulotlar uchun alohida hudud ajratiladi;
    - Hududda kirish va chiqish nazorat ostida bo‘ladi;
    - Hududga faqat maxsus ruxsatnoma bilan kirish mumkin.
2. **Kasallikni aniqlash va shaxslarni izolatsiya qilish**

- Yuqumli kasallik alomatlari bo‘lgan shaxslar darhol karantin ostiga olinadi;
- Yuqish xavfi bo‘lgan shaxslar va ularning kontaktlarini kuzatish va vaqtincha izolyatsiya qilish.

3. **Epidemiologik monitoring va nazorat**
   - Yuqish manbalarini aniqlash va tarqalishini oldini olish;
   - Gigiyena va dezinfeksiya tadbirlarini muntazam amalga oshirish;
   - Kasallik bo‘yicha statistik ma’lumotlarni yig‘ish va tahlil qilish.
4. **Ommaviy profilaktika va emlash tadbirlari**
   - Yuqumli kasallik tarqalishining oldini olishda emlash eng samarali chora;
   - Karantin hududidagi shaxslar va xavf guruhi uchun majburiy profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish.
5. **Xalqaro va ichki qonunchilikka muvofiqlik**
   - Karantin tadbirlari xalqaro standartlar va milliy qonunchilik asosida olib boriladi;
   - Davlat va tibbiyot muassasalari hamkorligi orqali choralar samaradorligi oshiriladi.

Nazorat savollari

1. Karantin tushunchasi nima va uning ahamiyati qanday?
2. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar qanday xususiyatlarga ega?
3. Karantin infeksiyalari qaysi turlarga bo‘linadi?
4. Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish chora-tadbirlari nimalardan iborat?
5. Karantin tadbirlarini tashkil etish va nazorat qilish tartibi qanday?
6. Kasallangan shaxslar va hayvonlar bilan ishlashda qanday xavfsizlik qoidalariga rioya qilish kerak?
7. Karantin hududida kimlar kirish va chiqishga ruxsat oladi?
8. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar epidemik nazoratini tashkil etishning ahamiyati nima?
9. Ommaviy profilaktika va emlash tadbirlari nima uchun muhim?
10. Karantin tadbirlari xalqaro va ichki qonunchilikka muvofiq qanday amalga oshiriladi?

Test savollari

1. Karantin nima?

A) Yuqumli kasalliklarni davolash usuli

B) Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olish maqsadida ajratish va nazorat qilish

C) Oziq-ovqat mahsulotlarini saqlash tartibi

D) Hayvonlarni boqish qoidasi

2. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklarning asosiy xususiyati nima?

A) Surunkali kechadi, o‘lim xavfi yuqori

B) Faqat bolalar orasida tarqaladi

C) Antibakterial davolanish bilan osonlikcha yo‘q bo‘ladi
D) Odamdan odamga yuqmaydi

3. Karantin infeksiyalarining asosiy guruhi qaysi?

A) Faqat hayvonlardan odamga yuqadigan kasalliklar
B) Faqat odamga xos kasalliklar
C) **Odamga xos, zoonotik va mahsulot orqali yuqadigan kasalliklar**
D) Faqat parenteral yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar

4. Yuqumli kasalliklarning tarqalishini oldini olishda asosiy chora nima?

A) Antibakterial dorilar berish
B) **Gigiyena qoidalariga rioya qilish, karantin, emlash va monitoring**
C) Faqat izolatsiya
D) Faqat karantin hududini belgilash

5. Qaysi chora-tadbir karantin hududida amalga oshirilmaydi?

A) Kasallangan shaxsni izolatsiya qilish
B) Epidemiologik monitoring
C) Yuqish xavfi bo‘lgan shaxslarni kuzatish
D) Hududga ruxsatsiz kirishga ruxsat berish

2.8.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**O‘lat va vabo etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik shakllari, asosiy klinik belgilari.**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1. O‘lat va vabo etiologiyasi, epidemiologiyasi. 2.Klinik shakllari, asosiy klinik belgilari. 3.Davosi va profilaktikasi.

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va vaqti	Faoliyat mazmuni	
	Ta’lim beruvchi	**Ta’lim oluvchi**
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 daq 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** O‘lat va vabo etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik shakllari, asosiy klinik	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	belgilari mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y 2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar Karantin va o‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Karantin infeksiyalar guruhi. O‘lat etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik shakllari, asosiy klinik belgilari. Zamonaviy laborator tashxisot usullari: bakteriologik, bakterioskopik, serologik tekshiruvlar. Bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari**.** Vabo etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, klinik ko‘rinishlari, suvsizlanish darajalari. Tashxisoti. Eksikozga qarshi kurash,bemor parvarishi.	**O’quv faoliyatini natijalari**: O‘ta havfli infeksiyalarning umumiy profiliktikasi va infeksiya o‘chog‘ida olib boriladigan chora tadbirlarni tashkil etishda hamshiraning vazifalari. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar guruhi. O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida tushuncha. Quturish etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik belgilari, fobiyalar, bemorlar parvarishi. Kasallikning umumiy va maxsus profilaktikasi. Hayvon tishlagan jarohatga ishlov berish. Antirabik vaksinatsiya o‘tkazish. Kuydirgi etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi va hamshiralik parvarishi.
O’qitish metodlari	“Kim tezroq topadi” “Venn diagramma”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv

	topshiriqlarini baxolash

Mavzu: O‘lat va vabo etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinik shakllari, asosiy klinik belgilari.

Dars rejasi:

1. O‘lat va vabo etiologiyasi, epidemiologiyasi.
2. Klinik shakllari, asosiy klinik belgilari.
3. Davosi va profilaktikasi.

O‘LAT.–karantin infeksiyalar guruhiga mansub, tabiiy o‘choqli antrapozoonoz kasallik bo‘lib, klinik–umumiy zaharlanish belgilari, teri, limfatugunlari, o‘pka yallig‘lanishi va sepsis belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. O‘lat qo‘zg‘atuvchilari (Yersinia pestis) iersiniy turkumiga mansub bo‘lib, harakatsiz, spora hosil qilmaydigan, tarkibida endotoksin saqlagan gramm manfiy tayoqchadir. Bo‘yalganda ikkala uchi quyuqroq bo‘yaladi (bipolyar bo‘yalish).Oziq muhitlarda ular yaxshi o‘sadi, yuqori harorat, quritish va dezinfeksiya vositalari (spirt, lizol, xloramin, xlorli ohak) ta’sirida tezda o‘ladi. Past harorat iersiniyalar uchun qulay hisoblanib, bir necha oygacha faolligini saqlaydi, bemor balg‘amida uzoq saqlanadi.

Epidemiologiyasi. O‘latda asosan kasallik manbai bo‘lib kasal kemiruvchilar, 60 dan ortiq sut emizuvchilar hisoblanadi. Kemiruvchilar va sut emizuvchilar orasida o‘lat doimo kuzatilib, ba’zan kasallikning o‘sishi-epizootiyasi kuzatiladi. Kasal kemiruvchilardan kasallik boshqalarga burga orqali yuqadi. Kemiruvchilarda kasallik o‘tkir va surunkali ko‘rinishda kechishi mumkin. Kalamushlar o‘latining ikki turdagi o‘choqlari tafovut qilinadi. Birinchisi shahar, port kalamushlar o‘lati bo‘lib, kasallikni qora, kulrang, yegipt kalamushlari tarqatadi. Ikkinchisi yovvoyi yashovchi kemiruvchilar(yumronqoziq, kalamush, tarbagan) bilan bog‘liq tabiiy o‘chog‘idir. Hozirgi kunda 50 ga yaqin Yevropa, Osiyo, Arika va Amerika mamlakatlarda tabiiy o‘choqlar qayd qilingan.

Kasallik qo‘zg‘atuvchilari odam organizmiga teri va shilliq qavatlar orqali tushadi. Kasallik aksariyat hollarda transmissiv – ya’ni kasal kemiruvchilarning burgalari chaqishi natijasida teri ichiga tushadi. Bundan tashqari kasallik kemiruvchilarning terisini shilganda, o‘lat bilan kasallangan hayvonni so‘yganda va ifloslangan mahsulotlarni istemoli natijasida yuqadi. Kasallik odamlardan esa asosan havo-tomchi yo‘li orqali yuqadi. Uning o‘pka va septik shakli nisbatan ko‘proq epidemiologik ahamiyatga kasb etadi. Kasallikka moyillik yuqori, kasallikdan so‘ng umrbod immunitet hosil bo‘ladi.

Klinikasi. Yashirin davr(3-6 kun)dan so‘ng kasallik kuchli qaltirash, yuqori harorat ko‘tarilishi bilan o‘tkir boshlanadi (39-40Sgacha). Kuchli bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, xolsizlik, mushaklarda og‘riq, ko‘ngil aynishi va qusish harakterli. Ba’zi bemorlar es hushi qorong‘ilashgan, tormozlashgan holatda, ba’zilarida esa es hushi to‘liq saqlangan bo‘ladi. Vasvasa va galyutsinatsiyalar bilan psixomator qo‘zg‘alishlar ham bo‘lishi mumkin. Bemorlar yotog‘idan o‘zlarini u yoq bu yoqqa tashlaydilar, oqsoqlanib yuradilar, yuzlari va kon’yunktivalari qizargan, so‘zlarga tushinib bo‘lmaydi. Yuz tuzilishi o‘tkirlashgan, sianotik va qoramtir, keyin esa yuzlari so‘lgan, ko‘z osti qoramtir bo‘ladi. Qarashlari harakatsiz, xuddi

ko‘rmayotgandek, yuzda azob, qo‘rquv, umidsizlik aks etgan. Terisi quruq va issiq, katta o‘lchamlardi gemmoragiyalar va petexiyalar bo‘ladi. Tilida yoriqlar, po‘stloqlar bo‘lib, kattalashgan, oppoq qalin karash bilan qoplangan (xuddi surtgandek). Ba’zan tilda tremor kuzatiladi, og‘iz shilliq qavati quruq. Bodom bezlari kattalashgan, u yerda va yumshoq tanglayda qon quyulishlar va yaralar poydo bo‘ladi. Jigar va taloq kattalashgan. Kasallikning terminal bosqichida qon qusish hamda qon shilliq aralash tez-tez suyuq ich ketishi poydo bo‘ladi. Bunday bemorlarda yurak chegaralari kattalashgan tonlar bo‘g‘iq, taxikardiya 1 daqiqada 120-160 gacha bo‘ladi. Arterial bosim tushgan, aritmiya paydo bo‘ladi, hansirash va sianoz o‘sib boradi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan, EChT oshgan. Siydikda qon va oqsil, oligoanuriya aniqlanadi.

Kasallikning umumiy ko‘rinishlariga qarab, o‘latning turli shakllari xarakterlanadi. Kasallikning klinik kartinasiga qarab; teri, bubon, septik, o‘pka va faringial formalari ajratiladi. O‘lat o‘chog‘ida bakteriya tashuvchanlik aniqlanishi mumkin.

Teri shakli kam uchraydi va ko‘pincha teri-bubon shakliga o‘tadi. Teridagi ko‘rinishlar almashinuvi quyidagi tartibda o‘tadi: dog‘, papula, vezikula, pustula, yara. Mikrob tushgan joyda (oyoq-qo‘l, yuz, bo‘yin va boshqalar) avval qizil dog‘, keyin tugun paydo bo‘ladi. Keyin pufakcha hosil bo‘ladi, ichidagi suyuqlik boshida tiniq, keyin loyqa bo‘ladi. Pufakchalarda qon quyilishlar bo‘lishi mumkin, bunda ularning rangi qoramtir-qizil bo‘ladi. Pufakcha yorilgandan so‘ng yara paydo bo‘ladi, yara sarg‘ish qattiq tubi bor. Yara chetlari notekis, sog‘lom to‘qimadan jigarrang halqa bilan ajratilgan. Yara og‘riqli,sekin bitadi va chandiq qoladi. O‘latning boshqa shakllarida ham terida turli o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin, toshmalar, qon quyilishlar va pufakchalar ko‘rinadi.

Bubon shakli uchun (eng ko‘p uchraydi 80-90%gacha) kardinal belgi-bubon-limfa tugunlarining og‘riqli kattalashuvidir. Bubonlar yakka (1lamchi), kamdan-kam ko‘plab (2lamchi), o‘lchamlari o‘rmon yong‘og‘idan, to tovuq tuxumigacha va undan katta bo‘lishi mumkin. Ko‘pincha son va chov tugunlari,keyin qo‘ltiq osti va bo‘yin tugunlari zararlanadi. Kasallik boshlanishida yoki boshlang‘ich 2 kunda bubon rivojlanayotgan joyda kuchli og‘riq paydo bo‘ladi, og‘riq harakat qilganda emas, balki tinch holatda ham kuzatiladi. Bu bemorni g‘ayritabiiy holatda turishga majbur etadi: oyoqlar bukilgan, qo‘llar uzatilgan, bo‘yin egilgan va h.k.

Kichik bubonlar kattalaridan og‘riqli. Avval bubon paypaslaganda uncha katta bo‘lmagan qattiqlashuv; keyin u shishinqiraydi, atrof to‘qima va terida(periadenit) shish paydo bo‘ladi. Bubon atrof to‘qima bilan qo‘shilib ketadi va chegarasini yo‘qotadi. Bu yoyma shish, ko‘pincha tog‘aysimon qattiqlik og‘riqli. Bubon ostida teri issiq, sirpanadi, silliq, yaltiroq, qizil yoki qoramtir-qizg‘ish rangda bo‘ladi. Limfaadenit o‘latda yo‘q. Asta-sekin flyuktuatsiya sohasi paydo bo‘ladi va bubon yoriladi, bunda yashil-sarg‘ish qalin yiring ajraladi.

Zamonaviy davolash natijasida bubon yorilmaydi, asta-sekin, to‘liq so‘riladi yoki sklerozlanadi (qattiqlashadi). 2lamchi bubonlar kam og‘riqli, teri bilan qo‘shilmagan, periadinit ko‘pincha bo‘lmaydi, bubonlar kamdan-kam xolda yiringlaydi va ularning tuzalishi ro‘y beradi.

Kasallik belgilari 4-5 sutkalarda oshadi, keyin asta–sekin pasayadi. Shunisi borki, yomon natija yoki asoratlar kasallikning xoxlagan fazasida ro‘y berishi mumkin. Shunday qilib, ikkilamchi o‘lat zotiljami kasallikni og‘irlashtiradi va infeksiya tarqalishiga havf soladi. Og‘ir lekin kam uchraydigan asorati meningit hisoblanadi. O‘latning birlamchi-septik shakli ham uchraydi (1-3%). Bunda teri regionar limfa tugunlari va o‘pka zararlanishi bo‘lmaydi. Terida burga chaqqanidan qolgan izlarni topish mumkin.

Kasallik birdan boshlanadi, qisqa yashirin davr (1 necha soatdan to 1-2 sutkagacha)dan so‘ng qaltirash, kuchli bosh og‘rishi, mushaklarda og‘riq va yuqori harorat xarakterli. Bemor ahvoli tez yomonlashadi. Qo‘zg‘alish, vasvasa hatto meningoensefalit belgilari paydo bo‘ladi. Umumiy zaharlanishdan tashqari, gemorragik sindrom yaqqol ko‘rinadi. Qon qo‘yilishlar terida, shilliq qavvatlarda, ichki organlarda bo‘ladi. Gematuriya paydo bo‘ladi, qon qusish va ich ketish, burun va o‘pkadan qon ketish kuzatiladi. Jigar va taloq kattalashgan. Bir necha soatdan so‘ng infeksion toksik karaxtlik va koma rivojlanadi. Kasallik 1-3 kundan ko‘p davom etmaydi, sog‘ayish kam holllarda uchraydi.

O‘latning ikkilamchi septik shakli boshqa shakllarning asorati hisoblanadi, uncha og‘ir kechmaydi, klinik jihatdan ikkilamchi infeksiya o‘chog‘lari paydo bo‘lib, bubonlar va gemorragik septitsemiya belgilari bilan kechadi. Birlamchi – o‘pka shakli yashirin davr (bir necha soatdan to 1-3 kungacha)dan so‘ng, o‘tkir boshlanadi tana harorati tez ko‘tariladi, bosh og‘rishi, ko‘p marta qusish bo‘ladi. Kasallik boshlanishi asta-sekin, o‘pka zararlanish belgilari aniq bo‘lmasligi ham mumkin. So‘ng ko‘krak sohasida siquvchi og‘riq, yurak tez urishi, puls tezlashuvi, hansirash va vasvasa paydo bo‘ladi. Agar yon tomonlarda og‘riq kuchli bo‘lmasa, bemorlar qo‘rqib chuqur nafas oladilar. Yo‘tal kasallik boshida ham, birinchi sutkaning oxirida va kechroq paydo bo‘lishi mumkin. Boshida yo‘tal quruq, keyinchalik balg‘amli bo‘ladi. Boshida balg‘am yopishqoq, tiniq, shishasimon keyin ko‘pikli, suyuq, ko‘pincha zangli bo‘ladi; Toza qon qo‘shilmasi ba’zan ko‘p miqdorda paydo bo‘ladi. Balg‘amda ko‘p miqdorda o‘lat mikroblari aniqlanadi.

Auskultativ ma’lumotlar kam va og‘ir holatga mos kelmaydi. Qiyinchilik bilan nafas susayganligi, kam uchraydigan quruq va ho‘l xirillashlar, krepitatsiyani aniqlash mumkin. Kasallik davom etgan sari ko‘krak sohasidagi og‘riq soat sayin oshib boradi, jarayonga plevra ham qo‘shiladi, hansirash va sianoz o‘sib boradi, nafas olish yuzaki va tez-tez bo‘ladi. Gemodinamik buzilishlar va o‘pka shishi rivojlanishi kasallikning 3-5 kunlarida o‘limga olib keladi.

Ikkilamchi – o‘pka shakli klinik jixatdan birlamchiga o‘xshash. U o‘latning boshqa shakllaring asorati sifatida rivojlanadi. Qo‘zg‘atuvchilar o‘pkaga qon orqali o‘tadi. Bu shakl uchun kasallikning juda og‘ir kechishi harakterli; ikkilamchi o‘choqlarning ko‘pligi, bubonlar, gemorragik sindrom, zotiljam va sepsis xarakterli.

Adabiyotlarda o‘latning tonzillyar (faringeal) shakli haqida ma’lumot berilgan. Kasallik 2-3kun davom etadi. Bemorlar tomoq og‘rishi, xolsizlik, bosh og‘rishiga, shikoyat qiladilar. Harorat birinchi kunlarda 38 S gacha ko‘tariladi, so‘ng bir necha kun davomida subfebril bo‘ladi. Jag‘ osti va bo‘yin limfa tugunlari

kattalashadi. Umumiy zaharlanish uncha kuchli bo‘lmaydi kasallik antibakterial terapiyadan so‘ng tez sog‘ayadi.

Hozirgi vaqtda o‘latning o‘pka shakli bilan og‘rigan bemorlar atrofidagi kishilarda yutqin (faringeal) bakteriya tashuvchanlik aniqlangan. Infeksiya ko‘p tarqalgan vaqtda bakteriya tashuvchilar soni 13% ga yetgan.

Davosi. Davolash kompleks: antibakterial, patogenetik va simptomatik preparatlar qabul qilish bilan olib boriladi. Antibiotiklardan keng qo‘llaniladigani streptomitsin, digidro-streptomitsin va pasomitsin. Aminoglikozidlar (gentamitsin, sezomitsin, amikatsin va boshqalar) ham asosiy preparat hisoblanadi. Aminoglikozidlar va tetratsiklinlarni (oksitetratsiklin, morfotsiklin, metatsiklin, doksitsiklin va boshqalar) kombinatsiyalashgan xolda tavsiya etish davolash samarasini oshiradi. Antibiotiklar bilan davolash 7-10 kun davom etadi. Patogenetik terapiya maqsadida dezintoksikatsion suyuqliklar (poliglyukin, reopoliglyukin, gemodez, neokompensan, albumin, glyukoza, natriy xlor, tuzli eritmalar) qo‘yiladi. Yurak–qon tomir ishini yaxshilovchi preparatlari, vitaminlar keng qo‘llaniladi. Bemorlarga doimiy nazorat va parvarish zarur.

Profilaktikasi. O‘lat tarqalgan hududda bemorlarni tez gospitalizatsiya qilish, muloqotdagilarni ajratish va kuzatish, ular bilan profilaktik ishlarni olib borish : streptomitsin yoki tetratsiklin darhol berish kerak. Harorati ko‘tarilgan bemorlarning barchasi kasalxonaga yotqiziladi, bir vaqtning o‘zida aholi punktida immunizatsiya o‘tkaziladi.

O‘choqda tibbiyot xodimlari maxsus kiyimda epidemiyaga qarshi va tashxislash tadbirlarini amalga oshirishadi

VABO

Vabo – o‘tkir ichak antroponozi, vabo vibrionlari bilan chaqiriladi, diareya, qusish, suvsizlanish bilan kechadi, epidemik tarqalish xos.

Vabo bizning yurtimiz uchun ham xavflidir, bu to‘g‘risida 1965 va 1970 yillarda bo‘lgan kasallik ko‘tarishlari eslatib turadi.

Vabo bilan kattalar ham, bolalar ham kasallanadi. Bolalarda klinik ko‘rinishi o‘ziga xosligi bilan farqlanadi, buni davolash o‘tkazilayotganda hisobga olish kerak. Vaboni davolash hozirgi vaqtda shunchalik yaxshi yo‘lga qo‘yilganini, bu kasallik oqibatida xech kim o‘lmasligi kerak. Biroq bu maqsadga faqat tezkor tashxisot orqali erishiladi. Vaboga qarshi ishlab chiqilgan davolash asoslari usullari, stereotip mexanizmga ega bo‘lgan oddiy ichak infeksiyalarda uchraydigan suvsizlanishlarga qarshi kurashishda ham qullanilishi mumkin. Birlamchi epidemiyaga qarshi o‘tkazilayotgan chora-tadbirlar olib borishda shifoning to‘g‘ri yondoshuvi vaboni tarqalishi oldini olishda katta ahamiyatga ega. Demak, maxalla shifalari uchun vabo muammolarini o‘rganishda asosiy maqsadlardan biri erta tashxisot va o‘choqda birlamchi chora-tabirlar o‘tkazishni bilish hisoblanadi. Shu bilan birga boshqa o‘tkir ichak yuqumli kasalliklarda qo‘llaniladigan lral va vena ichi regidratatsiya usul va usullarini bilish zarur.

TARIXI VA GEOGRAFIK TARQALIShI. Vabo kasalligi qadimdan ma’lum. Xindiston va Bangladesh tabiyi o‘choqlar bo‘lgan va bo‘lib kelmoqda, shu yerdan mamlakatlar va kontinentlarga tarqalib, vabo millionlab odamlar

hayotini quritgan. Hamma 6ta pendemiya ham vabo vibrionining klassik biovari tomonidan chaqirilgan va suv orqali tarqalishini birinchi bo‘lib Italiya patologi F.Puchchini 1853-1866 yilda aniqlagan. 1872-1874 yilda Rossiya vabo vibrionini Nedzvetskiy topgan. Toza holda bu qo‘zg‘atuvchi 1883 yilda R.Kox tomonidan ajratib olingan va uning xususiyatlari o‘rganilgan. 1906 yilda F. Va Ye.Gotshlix El-Tor vibrionini ajaratib olishgan va uni ancha vaqt oldi noepidemik kasalliklar qo‘zg‘atuvchisi deb hisoblashgan. 1962 yildan beri VOZ El-Tor vibrionini vabo qo‘zg‘atuvchisi deb hisoblashni tavsiya etadi.

ETIOLOGIYa. Vabo qo‘zg‘atuvchisini – vabo vibrionini – 2ta biovari bor. Vibrionlar harakatchan, galofil, obligat aerob. Vabo toksini bir nechta fraksiyaga ega. Vaboga xos eletrolin diareya («suvli deareya») uchun ekzotoksin – xolerogon javob beradi. Vibrionni 2ta antigeni bor: O-somatik va N-xivchinli. O-anigeniga ko‘ra 3ta serovar aniqlanadi: Inaba, Ogava va Gikoshima. Kuchsiz va avirulent shtammlar klinik kechishi turli og‘irlikda bo‘lgan vabo kasalligi va vibriontashuvchilikni keltirib chiqaradi.

Vabo vibrioni quyidagi tashqi muhit sharoitlarida yaxshi rivojlanadi: suvda bir necha kundan bir necha xaftagacha saqlanadi, ahlatda 2000 kungacha. Biroq quritishga sezgir, quyosh nuri, dezinfektantlar va alohida kislotalarga , ya’ni oshqozon xlorid kislotasiga sezgir hisoblanadi. Vabo vibrioni ko‘pchilik antibiotiklarga - tetratsiklin, levomitsitin, aminoglikozidlarga, rifampitsin, ersefuril, yarimsintetik penitsillinlarga o‘ta sezgir hisoblanadi. El-Tor biovari klassik biovarga qaraganda polimeksinga chidamli.

EPIDEMIK JARAYoN

Vobo ichak antropozonoz, epidemik tarqalishga moyil. Kasallik manbai deb kasal odam, vibriontashuvchilar – rekonvalessenlar va sog‘lom (tranzitor) vibriontashuvchilar hisoblanadi. Zararlash mexanizmi (fekal-oral), tarqalish yo‘li (suv, alimentlar, muloqat-maishiy) boshqa ichak infeksiyalaridegidek. Shu qatorda vaboni tarqalishda suv yo‘li katta ahamiyatga ega. Pashshalarni ham ahamiyati yubor, ular vibrionii ahlatlardan ozuqa mahsulotlariga mexanik tashuvchi hisoblanadi. qo‘zg‘atuvchi organizmdan ahlat va qusuq modda bilan ajraladi. Vibrionni eng jadal ajralish vaqti kasallik belilari yaqqol ko‘rinib turgan shakllarda kuzatiladi, lekin yengil, aniq belgilarsiz va yashirin shakllar, vibriontashuvchilar epidemik xavfliroq hisoblanadi, chunki ular kamroq aniqlanadi.

Epidemik tumanlarda vabo ko‘proq yashash sharoiti yaxshi emas, shaxsiy gigiena qoidalarga rioya qilmaydigan ijtimoyi-iqtisodiy guruhlarni zarardaydi. Bu tumanlarda ko‘proq bolalar kasallanadi, chunki kattalarda tabiy ortirilgan immunitet bor.

PATOGENEZ VA PATOLOGIK ANATOMIYa,

Vabo vibrioni oziqa mahsulotlari, suv yoki ifloslangan qo‘llar orqali og‘izdan kiradi. Oshqozondan o‘tishi oshqozon kislotalari past bo‘lganda, noravon sekretsiyasida yoki tezlangan ichak peristaltikasida yengillashadi. Ko‘proq va

og‘irroq vabo bila alkagol ist’mol qiluvchilar va oshqozon rezeksiyasi qilinganlar kasallanadilar.

Asosan vibrion ko‘payadigan joy – ingichka ichak hisoblanadi. Vabo vibrionlari epiteliotsitlari yuzasida ko‘payadi., epiteliy xujayrasi ichiga kirmaydi, ularda invazivlik xususiti yo‘qdir. Vibrionni ingichka ichakda kolonizatsiyalashishi epiteliyni zararlamasdan va yallig‘lanish jarayonisiz kechadi. Morfologik – bu hamma tur enterotsitlarini sekretor granulalardan merokrin ajralish, vibrionlar yopishgan mikrovorsinkalarniko‘chishi bilan o‘tadi va bu epiteliy yuzasini qo‘zg‘atuvchi tozalanishiga yordam beradi, klinikada bu «guruch qaynatmasi» ko‘rinishdagi ahlat ajralishi bilan xarakterlanadi.

Vaboda degidlratatsiya kasallik patogenezida asosiy o‘rin tutadi. Boshqa meanizmlar (intoksikatsiya, o‘tkir buyrak yetishmovchiligi, shok holatlari va boshqalar) ikkinchi darajali hisoblanadi, ya’ni ular dekompensatsiyalangan suvsizlanish natijasidir. O‘tkir xujayra izotonik degidratatsiya rivojlanadi, bu umumiy qon sirkulyatsiyasi (OTSK) pasayishi bilan boradi, shu bilan birga zardob kamayishi, gemokonsentrsiya va qon aylanish markazlashuvi)qonni ichki a’zolarda , yirik tomirlarda taksimlanishi va periferik tomiilar spazm bilan boradi. A’zolarda qon oqish va mikrotsirkulyatsiyani buzilishi natijasida to‘qimalar gipoksiya kuchayadi, qon ivish jarrayoni buziladi, metabolik atsidoz va boshqa o‘zgarishlar kelib chiqadi. Agarda gipokalemiya vaqtida tuldirilmasa, u kuchli mushak kuchlsizlanishiga, ichak atoniyasiga, yurak aritmiyasiga, buyrakkanalchalarini zararlanishiga va oxiri yurak faoliyati to‘xtashishiga olib keladi.

3 darajali suvsizlanish qayd etilgan:

1 daraja – suyuqlik yo‘qotilish xajmi tana vazni 3-5% tashkil qiladi

2 daraja - suyuqlik yo‘qotilish xajmi tana vazni 6-9% tashkil qiladi

3 daraja - suyuqlik yo‘qotilish xajmi tana vazni 10%dan yuqori tashkil qiladi

Patoanatomik o‘zgarishlar vabo klinik shaklliga bog‘liq. Algid shakldan o‘lganlarda «gipokrat yuzi», «jangovor» yoki «boksyor» holati kuriladi. Teri ajin bosgan. Teri, teri osti yog‘ qavati, mushaklar zichlashgan. qon quyuq.

KLINIKASI. Inkubatsion davri bir necha soatdan 5 sutkagacha bo‘ladi. Turli klinik ko‘rinishlarda kechadi – belgisiz vibrion tashuvchilikdan to kuchli suvsizlanish bilan kechuvi og‘ir holatlargacha.

Vaboda bemor holatini og‘irligi degidratatsiya darajasi bilan belgilanadi. Yengil shaklda vabo 1 darajali suvsizlanish bilan xarakterlanadi. Kasallik ko‘pincha sekin boshlanadi, najas bo‘tqasimon, oz miqdorda, sutkasiga 3-5 marta. qusish har doim emas, sutkasiga 2-3 martadan oshmaydi. Suvsizlanish va gemodinamik buzilish belgilari ko‘rinmaydi. Teri doimiy namlikda qoladi, biroq og‘iz qurishi, ozroq tashnalik beovta qiladi, til karash bilan qoplangan. Tana harorati ko‘pincha normada yoki subfebril bo‘ladi, gipotermiya kuzatilmaydi.

O‘rta og‘ir shakli P darajali eksikoz rivojlanishi bilan boradi (15-20% kasallarda). Kasallik boshlanishi aniq «vabo» najasi paylo bo‘lishi bilan xarakterlanadi, keyin qusish qo‘shiladi. qusish soni suvsizlanish darajasini

ko‘rsatmaydi. Vaboda P darajali suvsizlanish asosiy belgilari deb kusizlanish, bosh aylanish, og‘iz qurishi, tashnalik hisoblanadi, ayrim vaqtda xushdan ketish hollari kuzatiladi. Bunda teri oqargan, yuz ter bilan qoplangan, lab va burunlab uchburchagida ko‘ko‘rish, akrotsianoz kuzatiladi. qisqa vaqtli (2-3 soat) mushak tirishishlari ko‘rilib, adekvat regidratatsion terapiya o‘tkazgandan keyin o‘tib ketadi. Og‘iz bo‘shligi, haqum va yutuq shilliq qavati qurishi kuzatiladi – ovoz bug‘ishishi, yutush qiyinlashadi. Bolalarda xorgin yuz tus oladi, yuz mimikasi yo‘qoladi, puls tezlashgan, gipotoniya ko‘rinmaydi, yurak tonlari bug‘iq. Buyrak faoliyati uncha buzilmaydi (qisqa vaqtli oligl- yoki anuriya). To‘g‘ri o‘tkazilgan terapiyada suvsizlanish boshlangich belgilari qayta rivojlanishi oson bo‘ladi.

Vaboni og‘ir shakllariga Sh darajali toksikoz-eksikoz belgilarini rivojlanishi xarakterli, tana vazni yetishmovchiligi 8-10% va undlan yuqori bo‘ladi. Kasallik o‘tqir, tez boshlanadi, ko‘p (yoki tez) «guruch qaynatmasi» tipidagi najas va beto‘xtov qusish, kuchli tashnalik, boldir va chaynov mushaklarini kuchli og‘rig‘i va tirishlari bilan kechadi. Es-xushi saqlangan, bolalarda qo‘zg‘aluvchanlik, injilik oshgan, juda tez (4-8 soatdan keyin) suvsizlanishni klinik belgilari ko‘rinadi: kuchli adinamiya, yuz kiyofasi suvsizlik hisobiga o‘tkirlashadi, ko‘z soqqasi ichiga tushib ketgan, og‘iz bo‘shligi shilliq qavati qurigan, so‘lak ajralish yo‘qolgan, lablar urib ketgan. Eksikoz kuchayishi hisobiga kon’yuktivit, skleralar, halqum (afoniya holatigacha boradi), qizil o‘ngach (yutsh akti buziladi) shilliq qavtlari qurishi kuzatiladi. Gemodinamik buzilishlaridan taxikardiya, gipotoniya, teri qoplami ko‘karishi chegaralangan, oligouriya, anuriya, kuchli xansirashlar kuzatiladi. Tana harorati normadan pasayadi, bu suvsizlanish darajasi oshishdan, elektrolitlar yetishmovchiligidan va kasallik algid shakliga o‘tishdan dalolat beradi.

Vaboda algid holat tana vazni 10-12% yetishmovchiligida yuz beradi. Sh daraja xos eksikoz belgilari kuzatiladi, lekin hayotiy muhim a’zolarr faoliyati ikkilamchi darajali o‘zgarishi alohida o‘rin tutadi (ya’ni gipotermiya, to‘xtamaydigan qaltirash sindromi, teri umumiy ko‘karishi, suvsizlanishini aniq belgilari, toksik nafas, anuriya, AB tushishi, sopr va koma holati). Oxirgi vaqtgacha vaboga asta sekin, bosqichli rivojlanish xos deb hisoblanadi, lekin oxirgi yillar kuzatuvlari ko‘satishicha eksikozni dekompensator shakllari ayrim bemorlarda birinchi 2-3 soat ichida, ko‘p hollarda esa kasallikni dastlabki 12 soat ichida rivojlanadi. Periferik qonda o‘zgarishlardan leykotsitoz(yoki leykopeniya), neytrofillyoz, tayoqchayadroli siljish va monotsitopeniya, aneozinofeliya, tezlashgan EChT, gipokalemiya 2,5 mmolg‘l gacha, metabolik atsidoz kuzatiladi.

Vaboni noaniq shakllariga gipertoksik , «quruq vabo», shuningdek belgilari bilinar-bilinmas namoyon bo‘ladigan va subklinik shakllari kiradi.

Bir yoshgacha bo‘lgan bolalarda vabo og‘irroq va tezroq o‘tadi. Og‘ir suvsizlanish va uning oqibatlari ularda yaqqol rivojlanadi.Elektrolit balansi buzilishi va atsidoz kattalarda kam kuzatilgan asoratlarni chaqiradi – gipokalemiya, talvasa miya shishi ichakparalitik tutilishi. Erta yoshli bolalarda

suvsizlanish va MNS zararlanishi hisobiga adinamiya klonik tirishishlar konvulsiya es-xushini buzilishini koma holatlari bo‘lishi mumkin.

TAShXISOT. Tashxis klinik ko‘rinishiga epidemiologik ma’lumotlarga bakteriologik va serologik tekshirishlarga asoslanib qo‘yiladi. Vaboni birinchi hollari infeksionist epidemiolog va bakteriolog tomonidan birgalikda tashxislanadi.

Bakteriologik tashxis ma’lum usullar yordamida qo‘yiladi 36 soatdan keyin javob olinadi hamda tezlashtirilgan usullar yordamida – 1,5-5 soatdan keyin aniqlanadi va tashxis qo‘yiladi.

Immobilizatsiya usuli va fazokontrastmikroskop ostida O-zardob bilan vibrion mikroagglyutinatsiyasi, javobi bir necha daqiqadan so‘ng tayyor bo‘ladi; pepton suvida nativ materialni o‘stirib O-zardob bilan mikroagglyutinatsiyalash, javob 3-4 soatdan keyin chiqadi; immunoflyuoressensiya usuli, javob 1,5-2 soatdan keyin olinadi.

Taqqoslash tashxis. Ovqat toksikoinfeksiyalaridan, esherixiozlardan, salmonellyozdan, og‘ir metall tuzlari bilan zaxarlanishdan, ayrim qo‘zikorinlardan zaxarlanish kasalliklari bilan o‘tkaziladi.

DAVOLASh. Patogenezda asosiy o‘rinni suvsizlanish eganlaganligi uchun, davolash birinchi suv-tuz balansini tiklashga qaratilgan. Davolanishni qisqa vaqt ichida boshlash kerak, vaqtni cho‘zish kasal uchun xavf tug‘diradi. Terapevtik yondoshuv bemorni holati bilan belgilanadi eng birinchi o‘rinda suvsizlanish darajasini aniqlash bilan. Oxirgi yillarda 95% bemorlarda davo og‘iz orqali suyuqlik yuborish bilan 5% bemorlar esa infuzion regidratatsion terapiya o‘tkazish bilan amalga oshirilmoqda.

Vaboning og‘ir shaklini davolash 2 bosqichda o‘tkaziladi:

1 bosqich – birlamchi regidratatsiya – vena ichiga

P bosqich - qo‘llab turuvchi regidratatsiya – oral yil bilan o‘tkaziladi. Erta yoshli bolalarda regidratatsion davolash miqdoriga ovqatlantirish ham kiradi.Oral regidratatsion davolash uchun glyukozo-tuzli eritmalar ishlatiladi. Agar oral regidratatsiya samarasiz bo‘lsa yoki uni o‘tkazish ilojisi bo‘lmasa suyuqlik vena ichiga yuboriladi. Bunla birinchi 5-7 litr suyuqlik, 36-38^{0}S gacha isimtilgan holda, 1-1,5 soat ichida ... yuboriladi. Yo‘qotilgan suyuqlik va elektrolitlar miqdorini tiklashda gemostaz buzilishini korreksiya qilishda adekvat deb kvartasol, xlosol, atsesol kabi tuzli eritmalarni buyurish hisoblanadi. Vena ichiga eritmalar yuborish puls yaxshilanib, qon bosim asliga kelguncha, pasaygan harorat normallashib, gipovolemiya alomatlari yo‘qolg‘uncha davom etiriladi va keyin esa tomchilab yuborishga o‘tiladi.

Qo‘llab turuvchi regidratatsiya og‘ir hollarda bir necha sutka davomida olib boriladi. Yuboriladigan suyuqlik xajmi yo‘qotilgan, ya’ni najas va qusuq moddalari orqali chiqqan suyuqlik xajmiga teng bo‘lishi kerak, bu ko‘rsatkich har 4-6 soat oralig‘ida o‘lchanadi.

Etiotrop davo maqsadida tetratsiklin, nevigramon, furazalidon, lidaprim yoshiga xos miqdorda 5 kunlik muddat bilan beriladi. Yangi preparatlardan

ersefuril (nifurokksazid) nitrofuran guruhidan, yeng samarali deb hisoblanadi (vibrionlarni 100% sezuchanligi(.

Rekonvalessentlar klinik tuzalgandan keyin va 3 marta najasni bakteriologik tekshiruvi manfiy chiqqandan keyin uyga jo‘natiladi.

PROFILAKTIKA VA EPIDEMIYaGA QARShI TADBIRLAR.

O‘zbekiston Respublikasi territoriyasida profilaktika eng avval sanitar holatni himoyalash va ichak infeksiyalari uchun umumiy bo‘lgan sanitar-gigienik choralar majmuasini qo‘llash bilapn amalga oshiriladi.

Epidemiyaga qarshi tadbirlar vabo o‘choqlari aniqlanganda o‘tkaziladi. O‘choq bo‘lib vabo bilan kasallanganlar yoki vibriontashuvchilar aniqlangan alohida uylar yoki ko‘proq aholi turgan joylar hisoblanadi. Bu choralar kasal va vibriontashuvchilarni kasalxonaga yotqizish, bemor bmlan muloqatda bo‘lganlarni aniqlash, alohidlash va davolash, oshqozon-ichak tizimi tomonida faoliyati buzilishi bor hamma bemorlarni aniqlash va vaboga tekshirish, dezinfeksion tadbirlar, atrof muhit tadbirlarni o‘tkazish ko‘zda tutiladi.

Bemorlar bilan muloqatda bo‘lgan 5 kunga alohidlanadi va ularni 3 marotaba bakteriologik tekshiruvdan o‘tkaziladi. Ularga tezkor profilaktika maqsadida 4 kun mobaynida quyidagi preparatlardan biri buyuriladi: doksatsillin 0,2 – 1 marta, tetratsiklin ; rifampitsin 0,3; sulfaton 0,7; levomitsitin 0,5 – kuniga 2 mahaldan.

Mavzuga oid test

1. Vaboning qo‘zg‘atuvchisini aniqlang

A.Vibrion V.Rikketsiya S.Shigella D.Klostiridiy

2. Vaboning yuqish yo‘lini aniqlang

A.Fekal-oral V.Havo-tomchi S.Parenteral D.Transmissiv

3.Vaboga xos najasni ko‘rsating

A.Jigar rang, shakllangan najas

V.Yashil rangli badbo‘y hidli mo‘l-ko‘l najas

S." Rektal tupuk" ko‘rinishidagi najas

D.Guruch qaynatmasiga o‘xshash, suvsimon najas.

4.Vaboda infeksiya manbaini aniqlang

A.Bemor va hayvonlar

V.hayvon va hashoratlar

S.Bemor va tashuvchi odam

D.Bemor va hashoratlar

5.Notanish it tishlaganda jaroxatlangan joyni birlamchi tozalash:

A.bog‘lab qo‘yiladi

V.oqava suvda kirsovun bilan yuviladi

S.eritilgan antibiotik bilan ishlov beriladi

D.qaynatilgan suv bilan yuvib, so‘ng aseptik bog‘lamlar

6.Quturish kasalligining profilaktikasi nimaga asoslangan:

A.bolalarni rejali emlash

V.shaharda daydi itlarni tutish

S.antirabik immunoglobulin qo‘llash
D.itlarni emlash

7.O‘ta xavfli infeksiyalarga qaysi kasallik misol bo‘la olmaydi

A.vabo V.o‘lat S.chinchechak D.esherixioz

8.Kuydurgi kasalligining eng ko‘p uchraydigan klinik shakli?

A.Teri shakli
V.O‘pka shakli
S.Ichak shakli
D.To‘g‘ri javob yo‘q

Interfaol o‘yin: “Kim tezroq topadi”

O‘yin qoidasi

1. Tinglovchilar 2–3 guruhga bo‘linadi.
2. O‘qituvchi kasallik belgilarini yoki epidemiologik ma’lumotni aytadi.
3. Tinglovchilar qaysi kasallik ekanini tez topadi.
4. Har to‘g‘ri javob uchun 1 ball beriladi.
5. Eng ko‘p ball olgan guruh g‘olib bo‘ladi.

Savollar namunasi

1-savol

Kemiruvchilar va burgalar orqali tarqaladigan kasallik.

Javob: O‘lat

2-savol

Kuchli ich ketish va suvsizlanish bilan kechadigan kasallik.

Javob: Vabo

3-savol

Qaysi kasallikning qo‘zg‘atuvchisi Yersinia pestis?

Javob: O‘lat

4-savol

Qaysi kasallik suv orqali tez tarqaladi?

Javob: Vabo

5-savol

Qaysi kasallikda bubonlar (limfa tugunlari kattalashishi) kuzatiladi?

Javob: O‘lat

Venn diagramma mazmuni

O‘lat

- Qo‘zg‘atuvchisi: Yersinia pestis
- Kemiruvchilar infeksiya manbai
- Burgalar orqali yuqadi
- Bubonik, o‘pka, septik shakllari bor
- Limfa tugunlari kattalashadi (bubon)

O‘xshash tomonlari

- Yuqumli kasalliklar
- Epidemiya chaqirishi mumkin
- O‘tkir boshlanadi

- Kuchli intoksikatsiya bilan kechadi
- Sanitariya va profilaktika muhim

Vabo

- Qo‘zg‘atuvchisi: Vibrio cholerae
- Infeksiya manbai: kasal odam yoki tashuvchi
- Suv va oziq-ovqat orqali yuqadi
- Kuchli ich ketish
- Organizmning tez suvsizlanishi

2.8.O’quv moduliga ajratilgan soat 2	**O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida tushuncha**

Ma’ruza mashg’ulotini O’qitish texnologik modeli.

Vaqt: 80 daqiqa	**Tinglovchilar soni:15-20 ta**
O’quv mashg’ulotining shakli va turi	Nazariy mashg’ulot
Ma’ruza mashg’uloting rejasi	1.O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida umumiy tushuncha va ularning ahamiyati 2.Asosiy o‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar va ularning qo‘zg‘atuvchilari 3.Kasalliklarning epidemiologiyasi va yuqish yo‘llari 4.Klinik belgilari va kasallikning kechish xususiyatlari 5.Oldini olish va profilaktik chora-tadbirlar

O’quv mashg’uloti maqsadi:

1.Ta’limiy:

- Tinglovchilarga nazariy bilimlarni olish va ularni mustahkamlash
- Amaliy ko‘nikmalarni egallash
- Egallangan bilim va ko‘nikmalarni amaliyotda qo‘llash
- Deontologik tarbiyaning shakllanishi
- Amaliyotda ahloqiy javobgarlik hissi va aloqalarni tarbiyalash

2.Tarbiyaviy maqsadi:

- Mutaxasislikka javobgarlik hissini shakllantirish
- Insonparvarlik va rahmdillik hissini shakllantirish
- O‘z bilimlarni kengaytirishga qiziqishni tarbiyalash
- Amaliyotda extiyotkorlik va e’tiborlilik xissini shakllantirish

Ish bosqichlari va	**Faoliyat mazmuni**

vaqti	Ta’lim beruvchi	Ta’lim oluvchi
1-bosqich O’quv mashg’ulotiga kirish 10 daqiqa	**Tashkiliy qism** 1.1 O’qituvchi guruhga kirib tinglovchilarning O’quv bo’limi tomonidan berilgan ro’yxat asosida tinglovchilar davomatini, darsga tayyorligini tekshiradi, ichki tartib qoidalariga rioya qiladi, yangiliklar eshitiladi va aytiladi. 1.2 O’quv mashg’ulotining mavzusi, maqsadi, rejalashtirilgan natijasi va uni o’tkazish rejasini aytadi. 1.3 Dars davomida tinglovchilarni faollashtirish uchun qo’llaniladigan usullarni aytib, qoidalarini tushuntiradi.	Javob beradilar Tinglaydilar,Yozib oladilar.
2-bosqich. Asosiy qism 65 daqiqa 1.O’tgan mavzu bo’yicha tinglovchilar bilimini tekshirish va baxolash 20-25 d 2.Yangi mavzuni to’liq bayon etish 30-40. 3.O’qitishning innavotsion va interaktiv usullarini qo’llagan xolda tinglovchilar bilimini mustaxkamlash	1.Tinglovchilarning bazaviy bilimlarini tekshirish maqsadida ulardan kirish testini olish. 2.Yangi mavzu mazmunini O’qituvchi tomonidan “Ma’ruza O’qish” usulida tushuntiriladi. 3.Xar bir mavzu tushuntirilganda “aqliy hujum” usuli orqali mustaxkamlanib boriladi.	Tinglovchilar bilimlarini eslab,test savollariga javob beradilar.Savollarga aktiv javob beradilar. Yangi mavzu bayonini yozib oladilar. Tushunmagan joylarini savol tariqasida yo’llab javob oladilar.
3-bosqich Yakuniy 5 daqiqa	Dars xulosalanib, aktiv qatnashgan tinglovchilar rag’batlantirilib, baxolar e’lon qilinadi . Uyga vazifa**:** O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida tushuncha mavzuni o’qib kelish. Tavsiya etiladigan adabiyotlar: 1.A.Zakirxodjayev “Yuqumli kasalliklar” Toshkent 2011y	Tinglaydilar, uyga vazifalarni belgilab oladilar.

	2.S.Temirova Yuqumli kasalliklar 2014y 3. Giyasova R.E, Dadamuhamedova X.E. “Yuqumli kasalliklar va infeksion nazorat” o‘quv qo‘llanma “turon nashriyot” Toshkent – 2022 4. O. B. Raxmatov “Bolalar yuqumli kasalliklari” Toshkent — 2008 5. WWW Ziyo uz com kut.	

Pedagogik vazifalar	**O’quv faoliyatini natijalari**:
Karantin va o‘ta xavfli yuqumli kasalliklar haqida ma’lumot. Karantin infeksiyalar guruhi.Zamonaviy laborator tashxisot usullari: bakteriologik, bakterioskopik, serologik tekshiruvlar. Bemorlarni parvarish qilish xususiyatlari**.** Vabo etiologiyasi,epidemiologiyasi, asosiy klinik belgilari, klinik ko‘rinishlari, suvsizlanish darajalari. Tashxisoti.	O‘ta havfli infeksiyalarning umumiy profiliktikasi va infeksiya o‘chog‘ida olib boriladigan chora tadbirlarni tashkil etishda hamshiraning vazifalari. O‘ta xavfli yuqumli kasalliklar guruhi. O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida tushuncha.
O’qitish metodlari	“Interfaol o‘yin” “Test savollari” “Nazorat savollari”
O’quv faoliyatini tashkil yetish shakli	Jamoaviy,guruxlarda ishlash,yakka tartibli
O’qitish vositalari	Doska-stend, videofil’mlar, chizma, nazorat varag’i, matnlar.
O’qitish shart sharoiti	Fanga mos jihozlangan o’quv xona.
Qayta aloqaning usul va vositalari.	Og’zaki so’rov, tezkor so’rov,yozma so’rov, test, misol va mashqlar bajarilgan o’quv topshiriqlarini baxolash

Mavzu: O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida tushuncha.

Reja

1. O‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar haqida umumiy tushuncha va ularning ahamiyati
2. Asosiy o‘ta xavfli zooantroponoz kasalliklar va ularning qo‘zg‘atuvchilari
3. Kasalliklarning epidemiologiyasi va yuqish yo‘llari
4. Klinik belgilari va kasallikning kechish xususiyatlari
5. Oldini olish va profilaktik chora-tadbirlar

QORA OQSOQ (BRUTSELLYoZ) Qora oqsoq-brutsellalar chaqiradigan, asosan maishiy-muloqot va alimentar yuli bilan yuqadigan limfogemopoez, harakat-tayanch, asab va jinsiy a'zolar zararlanishi bilan kechadigan infeksion-allergik kasallikdir.

Etiologiyasi. Brutsellyoz kasalligini qo'zg'atuvchi mikroblar brutsellalar guruhini tashkil qiladi.1886-87 yillarda David Bryus birinchi bo'lib, «Malta isitmasi»ni keltirib chiqaruvchi mikrobni aniqladi. Ilmiy tadqiqotlar natijasiga ko'ra 1970 yilga kelib brutsellalar quyidagi tiplarga ajratildi. 1.Brutsella melitenzis-mayda shoxli hayvonlarda uchraydigan brutsellalar. 2.Brutsella abortus-yirik shoxli hayvonlarda uchraydigan brutsellalar. 3.Brutsella suis-cho'chqalarda uchraydigan brutsellalar. 4.Brutsella-ovis-erkak qo'ylarda, qo'chqorlarda. epididemit vujudga keltiradigan brutsellalar. (1970) 5.Brutsella neatoma-kallamushlarda uchraydigan brutsellalar. (1957 yil) 6.Brutsellakanis itlarda uchraydigan brutsellalar. Brutsellalar mayda: ko'pincha shar (yoki oval) shaklida yoki tayoqchasimon bo'ladi, harakatsiz, spora va kapsula hosil qilmaydi. Kulturasi va biokimyoviy xususiyatlari jihatidan olib qaraganda brutsellalar odatdagi ozuqa muhitlarida aerob sharoitida o'sa oladi. Buning uchun optimal harorat 37 S muhit esa RN 6,7-7,2 bo'lishi lozim.

Epidemiologiyasi. Brutsellyoz kasalligining tarqalishida mayda va yirik shoxli hayvonlar, hamda cho'chqalar infeksiya manbai sifatida muhim epidemiologik ahamiyatga ega. Brutsellyoz yuqishida kasal qo'y va echkilarning go'shtlari, sut va sut mahsulotlari (pishloq, brinza, xom qaymoq, yog' va boshqalar) asosiy infeksiya omili hisoblanadi. Ya'ni go'sht va sut mahsulotlarini odam iste'mol qilishi natijasida brutsellalar ovqat hazm qilish tizimi orqali organizmga tushadi, uni alimentar yo'l bilan yuqish deyiladi.

Shuningdek, kasal hayvonlarning chiqindilari bilan ifloslangan sabzavotlarda brutsellalar uzoq vaqt yashaydi. Brutsellyoz fakat qishloq aholisi o'rtasida tarqalib qolmay, balki, shahar sharoitida ham uchrab turadi, ya'ni kasal hayvon xom-ashyolari va mahsulotlarini sanoatda qayta ishlashda, sut mahsulotlarni iste'mol qilишда, epidemiologik xavf tug'diradi. Kasallangan hayvon chiqindilari (siydik, najasi, ifloslangan go'ng, tuproq, jun va boshqalar) quriganda brutsellalar chang bilan havoga ko'tarilib, nafas orqali ham odam organizmiga tushadi.

Brutsellalar organizmga muloqot, alimentar va aspiratsion yo'l bilan yuqadi. Brutsellyoz hayvonlar va ularning mahsulotlari bilan muloqotda bo'lgan kishilar veterinariya xodimlari, kushxona va sut kombinati xizmatchilari, chorvadorlar, qassoblar, teri va jun bilan ishlovchilar orasida ko'proq shu kasal bilan og'rish hollari uchrab turadi. Shuning uchun ham kasbga aloqador kasallik deb yuritiladi.

Brutsellyozning kelib chiqishida faslning ham ahamiyati bor, ya'ni qo'ychilik fermalarida qo'ylari urchitish va qo'zilatish aksariyat ko'klam fasliga tug'ri keladi. Shu davrda kishilar ko'proq qo'ylar bilan bevosita aloqada bo'lganligi sababli, sanitariya-gigiena qoidalariga rioya qilmagan holda kasallik yuqadi. Brutsellyoz etiopatogenezida 3 muhim asosiy omil, ya'ni kasallik qo'zg'atuvchi mikrob (brutsella), toksik allergik holat hamda mikroorganizning dinamik reaktiv holati muhim rol uynaydi.

Brutsellalar limfa tugunlarida birinchi to‘siqqa ya’ni bar’erga uchraydi. Bundan mikroorganizning himoya kuchlari ustun kelib kolsa, brutsellalar shu regionar limfa tugunlarida ushlanib qolib va shu bilan odam organizmida xech qanday kasallik belgilari vujudga keltirmay, uzoq muddat saqanib qolishi mumkin. Demak, makro va mikroorganizmlar o‘rtasidagi kurash natijasida ma’lum muvozanat holati vujudga keladi. Shu bilan birga retikuloendotelial tizimda ma’lum mikdorda brutselalarga qarshi spetsifik antitelolalar hosil bo‘ladi, xujayra va to‘qimalarda esa brutsellyoz antigeniga nisbatan o‘ta sezuvchan holat, ya’ni sensibilizatsiya holati vujudga keladi.

Yashirin davridan so‘ng brutsellalar limfa va qon oqimi bilan organizmga tarqaladi. Brutsellalar qonga o‘tishi (gematogen yul bilan tarqalishi) organizm himoya kuchlarining juda zaifligini ko‘rsatadi. Bunda brutsellalar qon oqimi bilan butun organizmga tarqalib, barcha qon tomirlar retseptorlariga ta’sir ko‘rsatadi. Buni 2- faza yoki birlamchi generalizatsiya deyiladi. Shundan so‘ng brutsellalar butun odam organizmdagi retikuloendoteliyga boy bo‘lgan organlarga (jigar, taloq, ko‘mik, limfa tugunlari, tomirlar, tanosil organlar va h.k) o‘rnashib oladi. Ma’lumki qonda to‘qimalarda, organlarda fagotsitlar va organizmning boshqa himoya omillari ta’sirida brutsellalar halok bo‘ladi. Ularning parchalanishi natijasida ajralgan endotoksinlar organizmga ta’sir etib bu ham kasallik holatlarini yuzaga chiqaradi.

Brutsellalar qon oqimi bilan tarqalib, o‘rnashib olgan organlarda mahalliy o‘zgarishlarni vujudga keltiradi. Mahalliy o‘zgarishlar asosan asab tizimi, tayanch-harakat, tanosil va boshqa organlarda ko‘proq uchraydi, bularni metastazlar deb atashadi. Retikuloendoteliyga boy bo‘lgan organlarga o‘rnashib olgan brutsellalar «septik o‘choq» hosil qiladi va yana ko‘payishda davom etib, vaqt-vaqti bilan o‘zlariga qulay sharoitda qonga ta’sir etib turadi (ikkilamchi generilizatsiya).

Brutsellalar va toksinlarnig qonga takror o‘tishi reaktiv xususiyati o‘zgargan bemor organizmida allergik holatni vujudga keltiradi va bu (turtinchi faza) surunkali sepsis tipiga o‘tishiga sababchi bo‘ladi. Bu fazada brutsellalar vaqt-vaqti bilan qonga tez-tez o‘tib turishi (takroriy generilizatsiya) kasallikning xronik shaklida organizmning allergiyasiga sabab bo‘ladi. Kasallik goh susayib, goh zo‘rayib turishi va bu holat bir yoki necha soat takrorlanib borishi mumkin. Kasallikning odatda klinik belgilari yo‘qolib, bemorlarning aksari sog‘ayib ketishi mumkin. Ba’zan esa bemorlarda kasallik davom etib organlarda turg‘un asoratlarga sabab bo‘ladi. Bu brutsellyozning beshinchi patogenetik fazasi hisoblanadi. Ma’lumki brutsellyoz bilan og‘rigan bemorning organizmi ma’lum vaktdan so‘ng kasallikdan (va brutsellalardan ham) batamom sog‘ayib, musaffo bo‘lib ketishi har tomonlama isbot etilgan. Brutsellyozda bemor organizmi brutsellalardan xolos bo‘lgandan so‘ng postinfeksion immunitet vujudga kela boshlaydi. Ammo bu immunitet aytarli barqaror bo‘lmaydi va 6-9 oy ichida yo‘qolib ketadi.

Klinikasi. Brutsellyoz odamlarga turli xil shakllarda kechadigan kasallik bo‘lib, uning yuqqandan so‘ng to birinchi belgilari paydo bo‘lish davri turg‘unlik davri deb ataladi. Bu davr ko‘pincha 2-4 hafta cho‘ziladi. Ba’zan shunday ham bo‘ladi: brutsellalar odam organizmiga yuqqanda limfa tugunlarida bir necha oylar

davomida saqlanib turadi, kasallikni vujudga keltirmaydi. Bu birlamchi latent davr hisoblanadi. Bu davr organizmning reaktiv holatiga qarab o‘zgarishi mumkin. Brutsellyoz kasalligining klinik belgilari bemorlarda ba’zan ro‘y-rost namoyon bo‘lsa, ba’zan bilinar-bilinmas yuzaga chiqadi. Isitma brutsellyoz kasalligida ko‘p uchraydigan, uzoq davom etadigan asosiy kardinal belgi hisoblanadi. Uni olimlarning kuzatishlariga qaraganda bir necha xil turlari bo‘lishi mumkin: to‘lqinsimon isitma, noto‘g‘ri intermittens isitma, doimiy isitma, tartibsiz, subfebril isitma va h.k.

Brutsellyoz isitmasi asosan bemor organizmining reaktiv holatga bog‘liq bo‘lib, ma’lum patogenetik qonuniyatga asoslangan. Ba’zan harorat yuqori bo‘lib, uzoq davom etsa ham bemorlarda zaharlanish kam seziladi. Umumiy ahvoli ham aytarli og‘irlashmaydi, ishtahadan qolmaydi. Ba’zan hatto ish qobiliyati ham birmuncha saqlanib qoladi. Brutsellyozda harorat ko‘tarilganda ko‘pincha bezgakdagidek xurujlar bo‘lib turadi. Xuruj bir sutkada bir necha marta, aksariyat kunning ikkinchi yarmida va tunda qaytariladi.

Bemorning eti uvishishi, qaltarishi, oyoq qo‘llari, bo‘g‘imlari va mushaklari qaqshab og‘rishi 1-2 soat davom etadi. Harorat tushishi bilan bemor juda qattiq terlaydi va tun buyi 3-4 marta ichki kiyim va choyshablarini almashtirishga majbur bo‘ladi. Brutsellyozda qattiq terlash umuman kasallikning harorati me’yorida bo‘lsa ham kuzatiladi. Shuning uchun ham brutsellyozda ham bemor o‘z terlarida o‘zlari «cho‘miladilar» deyishadi. Brutsellyozda darmonsizlik boshqa infeksion kasalliklarga nisbatan kamroq bilinadi. Harorat baland bo‘lib, qattiq terlash bilan davom etganda ham bemorlarda sillasi qurib, ozib ketishlik ko‘rilmaydi.

Terida turli xil dermatitlar va pigmentatsiyalarni ko‘rish mumkin. Bemor ko‘p terlagani sababli terisi nam, hatto ho‘l bo‘ladi. Unda har xil toshmalarni uchratish mumkin: petexiya, rozeola, papula, vezikula, ba’zan gemorragik toshmalar kasallikning o‘tkir va ba’zan surunkali shakllarda uchraydi, ammo keyingi vaqtlarda toshmalar kamdan-kam uchraydigan bo‘lib qoldi. Shilliq pardalarga kelganda, ular ba’zan odatdagidan ko‘ra rangsizroq bo‘lib qoladi. Burundan, milklardan va boshqa yerlardan qon ketishi ham mumkin, fibrozit va sellyulitlar asosan biriktiruvchi to‘qimalarning yallig‘lanishi natijasida vujudga keladi. Fibrozit va sellyulitlar paydo bo‘lishi, ularning kattalashishi yoki kichrayishi kasallik fazalarining o‘ziga ham bog‘liq. Brutsellalar muloqot orqali yuqqan taqdirda infeksiya kirgan joyga qarab regionar limfa tugunchalari: masalan, qo‘ltiq osti, chov, son tugunlari va h.klar zararlanadi. (bu asosan professional guruhda, ya’ni hayvonlar yoki hayvonot mahsulotlari bilan muloqotda bo‘luvchi kishilarda uchraydi).

Bezlarning kattalashganligini paypaslab aniqlash mumkin. Bundan tashqari brutsellyozda qorin bo‘shlig‘ida mezenterial, ko‘krak qafasidagi bronxopulmonal va boshqa limfa tugunlari ham o‘zgaradi. Ularni aniqlash bir muncha qiyinroq. Shunday bo‘lsa ham qorin bushlig‘idagi limfa tugunlarini chuqur paypaslab bilsa bo‘ladi, ko‘krak qafasidagi tugunchalarini esa rentgen nurlari yordamida aniqlash mumkin. Brutsellyozda limfa tugunlari tulyaremiyadagidek juda kattalashib ketmaydi. Ular o‘zgarganda no‘xotdan tovuq tuxumigacha kattalashishi va har xil konsistensiyali holatda bo‘lishi mumkin. Ular terisida hech qanday o‘zgarishlar

bo‘lmasada bosib ko‘rilganda og‘riqli bo‘ladi. Limfoadenitlar kamdan-kam yiringlashi, yaraga aylanishi mumkin. Ko‘p hollarda ular so‘rilib tuzalib ketadi.

Yurak tomir tizimidagi o‘zgarishlar. Ko‘p yillik kuzatishlar natijasida G.P.Rudnev surunkali yoki yarim o‘tkir shaklli brutsellyozda yurak tomir tizimi zararlanmagan birorta bemor yo‘q degan qarorga keldi. Uning fikricha asosan qon-tomir tizimi so‘ngra yurak zararlanadi. Binobarin brutsellyozda yurak-tomir tizimi bir qator funksional va organik o‘zgarishlarga uchraydi, undan tashqari yurak mushaklarida toksik distrofik o‘choqli miokardit belgilari ko‘proq miokardiodistrofiya kuzatiladi.

Nafas a’zolarida bo‘ladigan o‘zgarishlar. Brutsellyozda nafas organlarinig zararlanishi boshqa organlarga nisbatan kam uchraydi, masalan bronxitlar ko‘pincha kasallikning harorat bilan o‘tadigai davrida uchrashi mumkin. Yuqorida aytganimizdek brutsellalar aspiratsion yo‘l bilan ya’ni nafas yo‘llari bilan yuqishi mumkin. Bunday hollarda kasallik boshlanganda dastlabki belgilar o‘pkada paydo bo‘ladi, ya’ni birlamchi brutsellyoz zotiljami vujudga keladi

Ovqat hazm qilish tizimida o‘zgarishlar. Bemorlarning ishtahasi bo‘g‘iladi, me’dasida funksional o‘zgarishlar bo‘ladi, me’da shirasi kamayadi, yoki butunlay ishlanib chiqmaydi, bemorning tili karash bog‘laydi, tomog‘i, tilchasi qizaradi, qon tomirlar kengayib birmuncha bo‘rtadi. Bemorlarda ro‘y beradigan dispeptik holatlar ya’ni enterit, kolit, enterkolit va boshqalar bu holatni kelib chiqish sabablarini aniqlashni talab etadi. Chunki bunday alomatlar brutsellyozga doimo xos emas. Brutsellyozda ba’an mezenterial limfa tugunlari shishgani va qorin og‘rishi kuzatiladi. Shuningdek jigar sirrozi, assit ham vujudga kelishi mumkin. Brutsellyozda gepatolienal sindrom ko‘p uchraydigan muhim belgilardan hisoblanadi. Kasallik og‘ir o‘tsa, jigarning shikastlanishi shunchalik ko‘proq bo‘ladi.

Siydik ajratish a’zolaridagi o‘zgarishlar. Buyrak va siydik ajratish organlari patologiyasi brutsellyozda kam o‘rganiladi. Mavjud adabiyotlardagi ma’lumotlarga qaraganda siydik chiqarish tizimida patologik o‘zgarishlar kam uchraydi. Buyraklarda patologik o‘zgarishlar ro‘y bergan taqdirda ham klinik belgilari aniq ko‘rinmaydi. Brutsellyozda ko‘proq albuminuriya, silindruriya, o‘choqli nefrit, diffuz glomerulonefrit, pielit, sistit va h.k uchraydi.

Tanosil a’zolarida bo‘ladigan o‘zgarishlar. Brutsellyoz kasalligida erkak va ayol jinsiy a’zolarining zararlanishi ko‘proq uchraydi. Bu mazkur kasallikka xos bo‘lib, hatto tashxisot ahamiyatga ham ega bo‘ladi. Masalan, erkaklarda uchraydigan orxit, moyakning shishishi va orxoepididimitlar (5-26 %), ayollar jinsiy organlarida bo‘ladigan turli o‘zgarishlar yallig‘lanish jarayoni, hayz siklining buzilishi va h.k shular jumlasidandir. Erkaklardagi ko‘pincha orxoepididimitlar bir tomonlama, kamdan- kam ikki tomonlama bo‘ladi. Bunda moyaklar va moyak ortig‘lari yallig‘lanib shishadi, qizaradi, qattiq og‘riq beradi, hatto yurishga ham imkon bermay qo‘yadi. Harorat ko‘tariladi, regionar limfa tugunchalari shishadi. Orxit va orxoepididimit asosan 1,5-2 oydan 5-6 oygacha, ba’zan undan ham ko‘pga cho‘ziladi. Bu ba’zan jinsiy zaiflikka - impotensiyaga olib keladi. Moyaklarda fibroz hosil bo‘lishi natijasida ular atrofiyaga uchraydi. Bemor ruhan o‘zgarib serzarda, tajang, tez achchiqlanuvchan bo‘lib qoladi. Ayollarda mastit,

ko‘krak bezining yallig‘lanishi, tuxumdon, tuxum yo‘llarinig yallig‘lanishi, endometrit -bachadon yallig‘lanishi, dismenoreya, naslsizlik, abort va boshqalar ko‘proq uchraydi. Dismenoreya, amenoreya ayniqsa ko‘p (90%) kuzatiladi.

Asab tizimidagi o‘zgarishlar. Brutsellyozda asab tizimining zararlanishi ham asosiy o‘rin tutadi, chunki bunda markaziy va periferik asab tizimining turli tuman uchastkalari va tarmoklari, endokrin tizimining faoliyati ancha buziladi. Shuning uchun ham sovet avtorlari (E.I.Trakanov) asab tizimi ko‘proq shikastlangan bemorlar kasalni «neyrobrutsellyoz» deb atadilar. Ma’lumki brutsellyozda bosh og‘rishi, uyqusizlik, tajanglik, kayfichog‘lik yoki ayniqsa sertashvishlik va boshqalar bo‘lib turadi. Bundan tashqari vegetativ asab tizimining faoliyatining buzilish alomatlari ham kuzatiladi. Brutsellyozda periferik asab tizimi markaziy asab tizimiga nisbatan ko‘proq shikastlanadi. Bular organizmlarning umumiy kasallik belgilari hisoblanib quyidagi kasalliklar: nevralgiyalar, nevritlar, asab chigallari yallig‘lanishi (pleksitlar), radikulitlar (ko‘proq bel radikuliti), radikulo-nevritlar, ishias va ishialgik polinevrit va boshqalar ko‘rinishida yuzaga chiqadi.

Markaziy asab tizimining kasalliklari meningit,ensefalit, mielit, meningo-ensefalomielitlar kamroq uchraydi. Orqa miyaning zararlanishi uzoq vakt davom etib, og‘ir kechadi va natijada ko‘pincha nogironlikka yoki o‘limga olib keladi. Lepto-meningitlar, araxnoiditlar kam uchrasada og‘ritadi. Brutsellyoz bilan og‘rigan bemor larning ruhiy holatida ham o‘zgarishlar bo‘lishi, ya’ni belgilarning yuzaga chiqishi, xayol surish, depressiya, umidsizlik va boshqa ruhiy o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin.

Brutsellyozda fibrozitlar va sellyulitlar bemor organizmining turli joylarda har xil kattaliklardagi tugunchalar shaklida uchraydi. Sellyulit va fibrozitlar teri osti kletchatkasida vujudga kelsa, bemorlarni unchalik bezovta qilmaydi. Ammo ular bo‘g‘imlar atrofida yoki asab yaqinida joylashgan bo‘lsa, qattiq ogriq bo‘lishi mumkin. Shuningdek miozitlar ham qattiq og‘riq bilan davom etadi. Brutsellyozda paylar ham zararlanib, ayniqsa pay qinlarining yallig‘lanishi (tendovaginitlar) ham qattiq og‘riq beradi. Yuqorida keltirilgan ma’lumotlardan ko‘rinib turibdiki, brutsellyozda tayanch-harakat apparati, ya’ni qattiq va yumshoq to‘qimalarning hammasida o‘zgarishlar bo‘lishi va bu o‘zgarishlar turli kombinatsiyalarda butun kasallik davomida asosiy belgi sifatida yuzaga chikar ekan. Bo‘g‘imlarning zararlanishi brutsellyozga ayniqsa xarakteridir. Brutsellyozda bo‘g‘imlar zararlanishi quyidagi 3 shaklda bo‘ladi: 1)sinovitlar bo‘g‘imning faqat sinovial pardasi zararlanadi; 2)peri- va paraartritlar-yallig‘lanish sinovial pardadan bo‘g‘im atrofidagi to‘qimalarga o‘tadi; 3)artrit va osteoartritlar-bo‘g‘imning hamma to‘qimasi, qisman suyak to‘qimasi ham yallig‘lanadi. 4)sakroileit-dumg‘aza yonbosh bo‘g‘imi yallig‘lanishi; 5)bursit-bo‘g‘im xaltasi yallig‘lanishi; 6)spondilit va spondiloartrit-umurtqa ustunining yallig‘lanishi.

Sezgi a’zolaridagi o‘zgarishlar. Brutsellyozda bemorning sezgi organlarida ham xususiy o‘zgarishlar ko‘riladi. Jumladan, bemorning ko‘rish organlarida irit, iridotsiklit, keratit, nevrit va ko‘zning tomir to‘r pardasining zararlanishi uchraydi. Bemorning eshitish organlarida yallig‘lanish jarayoni, ya’ni otit, mastoiditlar, eshitish nervining zararlanishi, vestibulyar apparatdagi o‘zgarishlar ko‘riladi. Bemorda xar xil tonlarni eshitish qobiliyati buziladi.

Endokrin tizimdagi o‘zgarishlar. Endokrin (ichki sekretsiya) bezlarida brutsellyozning, ayniqsa surunkali shakllarida qalqonsimon bez, qalqonsimon oldi bezi, me’da osti bezi va buyrak usti bezlarida stroma sklerozi va parenximasining atrofiyalari uchraydi. Mutaxasislar fikriga ko‘ra bu bezlardagi patalogoanatomik o‘zgarishlarga qaramay klinik belgilar kamdan-kam uchraydi.

Periferik qon ko‘rsatkichlardagi o‘zgarishlar. Brutsellyozda qonda gemoglobin foizining pasayishi, eritrotsitopeniya, rang ko‘rsatkich 1 dan past bo‘lib, EChTning oshishi, ya’ni 11-60 mm/soat bo‘lishi mumkin. Oq qon tanachalarida-leykopeniya, neytropeniya, nisbiy limfotsitoz, aneozinofiliya va trombotsitopeniya holatlari ro‘y beradi.

Kasallik oqibati. Ma’lumki brutsellyoz ilgari og‘ir o‘tib, uzoq davom etar edi, shuning uchun ham brutsellyoz o‘ta xavfli infeksiyalar guruhiga kiritilgan. Brutsellyoz boshqa kasalliklarga nisbatan uzoqroq-bir necha oydan bir necha yillargacha (2-3-5) yil davom etib, bemorlarga azob beradigan va xalq xujaligiga talaygina zarar yetkazadigan kasallikdir. So‘nggi yillarda brutsellyoz borasida talaygina ishlar amalga oshirilib davolash uslublari takomillashtirildi. Bemor o‘z vaqtida vrachga murojaat qilib samarali davolansa kasallikdan butunlay tuzalib ketadi.

Tashxisi. Brutsellyozning klinikasi ko‘p qirrali (polimorfizm) bo‘lib, turg‘un belgilarga ega bo‘lmasligi va politsiklik davom etishi kasallikni o‘z vaqtida aniqlash davolash uchun katta amaliy ahamiyatga egadir. Ma’lumki odatda kasallikni batafsil yig‘ilgan anamneziga, bemorning shikoyatiga, epidemiologik dalillarga va tekshirishdan olingan ob’ektiv natijalarga asoslanib tashxis qo‘yiladi va laboratoriyaviy tasdiqlanadi.

Davosi. Ko‘p vaqtlar mobaynida brutsellyozni davolash masalasi muammo bo‘lib keldi. «Brutsellyoz» tuzalmaydi, «Brutsellyoz davolab bo‘lmaydigan kasallik» degan gaplar shuning uchun tarqalgan bo‘lsa kerak. Xatto fransuz olimi Sharl Nikol «Brutsellyoz bemor uchun baxtsizlik, vrach uchun isnoddir» degan edi. Endilikda esa brutsellyozni davolash uchun bir kancha muvaffaqiyatlar qo‘lga kiritildi.

Antibiotiklar bilan davolash. Antibiotiklar kasallikning brutsellalarga bakteriostatik ta’sir ko‘rsatadi, ya’ni brutsellalarning rivojlanishi va ko‘payishini to‘xtatib qo‘yadi. Ularni odatda kasallikning shakliga qarab asosan 10 kunlik kurs buyicha buyuriladi. Agar yetarli naf bermasa 2 yoki 3 kursgacha 5-7 kun tanaffus bilan davolanish davom ettiriladi.

Brutsellyozda asosan keng ta’sir spektriga ega bo‘lgan antibiotiklar ishlatiladi. Antibiotiklarni kombinatsiya shaklida, ya’ni ikki xil antibiotikni bir paytda ishlatish maqsadga muvofiq, chunki shunday qilinganda ularning ta’sir kuchi oshadi. Hozir amalda siproflaksatsin, tetramitsin, tetratsiklin, biomitsin, gentamitsin, streptomitsin (analoglari bilan), rifampitsin, rondomitsin, levomitsetin va boshqa antibiotiklar qo‘llanilmokda. Bemorda qo‘llanilishida asosan streptomitsin (degidrostreptomitsin, streptodimetsin) boshqa antibiotiklar bilan birgalikda buyuriladi (gentomitsindan tashqari). Masalan: streptomitsin terramitsin bilan birgalikda ishlatiladi. Bunda streptomitsin 250000 XB dozada har 12 soatda bemorning mushak orasiga yuboriladi. Tetratsiklin, teramitsin, biomitsinlar 0,2-0,3

g (yoki 200000-300000 XB) dan har olti soatda ichiriladi. Gentamitsin bir sutkada 120 mgdan, 40 mg dan har 8 soatda mushak orasiga yuboriladi, rifampitsin - 0,6g dan 0,15 g dan har 6 soatda, rondomitsin 1,2 dan (0,3 g dan har 6 soatda), levomitsetin 0,5 g dan har 6 soatda ichiriladi. Antibiotiklar bemorni avvaliga kasallikning shakliga qarab asosan 10 kunlik kurs shaklida ishlatiladi. Agar davolash nafi yetarli bo‘lmasa ikki yoki uch kursgacha (7-10) kun oraliq tanaffusi bilan davolash mumkin. Davolashni boshlashdan oldin bemor ilgari antibiotiklar bilan davolanganmi-yo‘qmi, organizm reaksiyasini aniqlash muhim rol uynaydi.

Vaksina bilan davolash. Vaksina brutsellyozda spetsefik davolashga kiradi. Uni ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida tavsiya etiladi.

Brutsellyozda buyrak usti bezi po‘stlog‘ida birmuncha o‘zgarishlar ro‘y beradi. Kortikosteroid esa yallig‘lanishga, umumiy zaharlanishga, sensibilizatsiyaga qarshi ta’sir ko‘rsatib buyrak usti bezi pustlog‘ining ishini jonlantiradi. Bundan tashqari bu preparatlar brutsellyoz natijasida markaziy asab tizimi zararlanganda, ensefalitlarda, meningitlar, revmatoit poliartritlarda tavsiya etiladi. Gormonal preparatlar brutsellyozning yarim o‘tkir va qaytarilgan surunkali shakllarida juda samarali natijalar beradi. Ammo ularni gipertoniyada, me’da va ichak yaralarida, osteoporoz, qandli diabet, ruxiy kasalliklar va klimaks davrida qo‘llash man qilinadi. Gormonal preparatlar odatda bemorlarda berilganda kichik dozadan boshlab asta-sekin oshirib boriladi va qayta kamaytiriladi. Davo kursi bir oyga yaqin. Gormonal preparatni boshqa preparatlar bilan masalan: antibiotiklar bilan kompelks ravishda davolash samarali natija beradi. Brutsellyoz bilan og‘rigan bemor organizmining quvvatini oshirish uchun unga qon quyiladi. 40%li glyukozadan 20 ml dan venaga yuboriladi, bundan tashqari qon o‘rnini bosadigan aminopeptit, poliglyukin, aminasol, infezol quyiladi. Bular ayniqsa kasallikning surunkali shakllarida yaxshi natija beradi. Brutsellyozda vitaminoterapiyaning ham ahamiyati katta, chunki bu kasallikda vitamin S va V guruhiga kiruvchi V1, V6, V12 kabilar almashinuvi izdan chiqadi. Brutsellyozning hamma shakllarida va asoratlarida bemorlar ko‘p bezovta bo‘ladi, shuning uchun og‘riq qoldiradigan preparatlar (analgin, butadion, reopirin, dikloberl, fenatsetin, salitsilat) preparatlar buyuriladi. Ayniqsa bular ichida 0,25-0,5%li navokain eritmasi og‘riqni yaxshi qoldiradi. Uni bemorning og‘riqli nuqtalariga, asab chigallari va tarmoqlari atrofiga yoki venaga (har kuni yoki kun oralab 2 ml dan boshlab 10 ml gacha) yuboriladi. Buyrak oldi kletchatkasida 40-60 ml dan 2-3 marta yuborish samarali natija beradi.

Fizioterapiya. Brutsellyozning surunkali shakllarida, asoratlar berganda keng qo‘llaniladi. Bunga elektr bilan davolash, elektroperessiya, issiqlik bilan davolash, diatermiya, UVCh, ionogalvanoterapiya, parafin bilan davolash, ionofarez, ultratovush, balchiq bilan davolash, massaj, davolash fizkulturalari bilan davolash mumkin. Ammo bularni mutaxassis vrach buyuradi.

Profilaktikasi. Brutsellyoz odamga hayvonlardan (asosan chorva mollaridan) yuqishligini yuqorida aytib o‘tdik. Shunday ekan profilaktikani avvalo chorva mollari orasida amalga oshirish samarali natija beradi. Shu maqsadda barcha chorva mollarini muntazam ravishda brutsellyozga tekshirib borish va

brutsellyozga gumon qilingan va kasallangan mollarni ajratib tegishli choralar ko‘rish zarur.

KUYDIRGI KASALLIGI Kuydirgi-zoonoz guruxiga mansub o‘tkir yuqumli kasallik bo‘lib, isitma, umumiy zaharlanish belgilarini, hamda teri va limfa tugunlarining seroz gemarragik yalig‘lanish belgilari bilan tavsiflanadi.

Etiologiyasi. Bu kasallikning qo‘zg‘atuvchisi batsillalar oilasiga kiruvchi, tuzilishi tayoqchasimon holda uzunligi 6-10 mkm,eni 1-1,5 mkm dan iborat B.anthracis. Tayoqchalar juft-juft holda yoki kalta zanjirsimon shaklda uchraydi. Bu mikrob ikki xil formada uchraydi.

1.Vegetativ – ya’ni ko‘payish shakli ichki muhitda.

2.Sporali – ya’ni ximoyalanish shakli. Vegetativ formasida hayvonlarning yoki odamlarning organizmiga kirib olib ko‘payishni boshlaydi.Tashqi muhitga tushib qolgan batsilla mikroblari o‘zini himoyalash uchun o‘ziga spora–ya’ni himoya qobig‘i hosil qiladi. O‘ziga spora-ya’ni himoya qobig‘i hosil kilgan batsilla tashqi muhitga issiqdan, sovuqdan, namlikdan, xar xil zaharli ximikatlarga chidamli bo‘ladi. Tashqi muhitda, tuproqda tushib qolgan mikrob sporalari 10 yilgacha yashaydi. Qulay sharoitga tushgan batsilla mikrobi hayvon yoki odam organizmiga tushsa o‘zidan sporani tashlab kapsula shakliga o‘tadi. Ichki organizmga kirib olgan batsilla ayniqsa to‘yimli ozuqa bor joyda (PH 7,2–7,6) normal haroratda (30^0–37^0) da tez o‘sib ko‘payadi. Sovuq havoda+12^0 dan past, issiqlik +43^0 dan baland bo‘lgan havoda o‘sishdan to‘xtaydi. Mikroblarda yashash uchun yaxshi sharoit bo‘lganda juda ham tez ko‘payadi. Masalan: bitta mikrob to‘xtovsiz ikkiga bo‘linish yo‘li bilan bir sutkada 16 millionga yetishi mumkin.

Yuqumli kasallikni qo‘zg‘atuvchi mikroblar faqat organik moddalar bilan oziqlanadi.Ular hayvon va odam organizmidagi shiralar bilan oziqlanadi va ular xisobiga yashaydi. Mikroblar odam organizmida yashash davrida o‘zidan zaharli modda ajratadi. Bu moddalar toksin deyiladi. Toksinlar organizmni turli qismlariga ta’sir qilib ularni normal ishlashini buzadi. Natijada odamlar kasallikka duchor bo‘ladilar. Bac antnracis vegetativ shaklida 55^0 haroratda 40 minutda, 60^0 haroratda 15 minutda, qaynatilganda o‘sha zahoti o‘ladi. Past haroratda ular yaxshi yashaydi

–10^0 da 24 kun,-24^0 da 12 kun, -180^0 da batsilla 3-15 minut yashaydi.

Epidemiologiyasi. Kuydirgi ko‘plab uy va yovvoyi hayvonlar beriluvchan bo‘ladi. Hozirgi vaqtda bu kasallik otlarda kam uchrayapti, cho‘chqalar esa ko‘proq kasallanyapti. Bu kasallikka odamlar ham beriluvchan bo‘ladi, lekin hayvonlardan farqi shundaki atrof muhitga tarkatmaydi. Batsilla ko‘pincha qora mollarga og‘iz orqali organizmga kiradi. Ya’ni o‘lgan hayvonlar ko‘milgan joylardan oziqlanganda, suv ichganda kasallanadi, chaquvchi chivinlar, pashshalar kamroq hollarda kasallik uchraydi. Hayvonlarda ko‘proq bu kasallik ichaklarning o‘tkir yallig‘lanishi formasida uchraydi.

Kasal hayvonlar qo‘zg‘atuvchilarni biologik suyuqliklar (siydik, najas, balg‘am, so‘lak, sut) orqali tashqariga chiqariladi. Kasallikdan o‘lgan hayvonning barcha o‘lgan hayvoning barcha a’zo va to‘qimalari, ayniqsa terisi, juni, go‘shti, qoni, ichak saqlanmasi, suyagi havfli xisoblanadi. Kasallik odamga turli hayvonlarni parvarishlaganda, terisini shilganda, go‘shtini maydalaganda, termik

ishlov berilmagan go‘sht va go‘sht mahsulotlari, sutni iste’mol qilish ham kasallikni yuqtirishi mumkin.Teri va juniga ishlov berilganda kasallik aerogen yo‘l bilan yuqadi. Qo‘zg‘atuvchi sporasi saqlangan tuproq va hayvonlar o‘g‘iti kasallanish uchun havf tug‘diradi.

Kuydirgi kasallik epidemiologiyasi uchta turga bo‘linadi.

1) Kasbiy kasallik, kishloq xo‘jaligi sohasi.
2) Kasbiy sanoat sohasi.
3) Tasodifiy maishiy.

Aynan kuydirgi kasalligi bilan ko‘pincha chorvachilik bilan shug‘ullanuvchi ishchilar, mol boqarlar, cho‘ponlar zooveterinariya ishchilari, go‘sht kombinatida ishlovchilar kasallanadi.

Tasodifiy maishiy kasalligi bilan kasal molni egalari oilasi bilan, qassoblar, kasal molning go‘shtini, terisini, yungini sotuvchilar kasallanadi.

Immunitet. Kuydirgi bilan kasallangan odamlar mikrob tarqatuvchi bo‘ladi. Odam organizmida immunitet hosil bo‘lgandan keyin bir xil hollarda 1-3 yilda, 8-20 yillarda kasallik takrorlanishi mumkin. Kuydirgiga qarshi globulin immuniteti sekin davomsiz holda organizmda o‘tadi. Immunizatsiya o‘tkazilgandan keyin kuydirgi kasalligi aniqlangach immunitetning samarasiga qarab kuydirgi kasaliga qarshi tayyorlangan tirik vaksina (STI) qo‘llaniladi.

Klinikasi. Kuydirgi kasalligining yashirin davri 2-14 kunga cho‘ziladi. O‘tkir shakliida 2-3 kunga cho‘ziladi.

Kuydirgi odamlarda 2 xil shaklda o‘tadi: 1) mahaliy 2) tarqalgan.

Teri kuydirgi mikrobining yashirin davri o‘tgandan keyin terining ochiq joyida 2-4 mm li kattiq tugun hosil qiladi. 12-24 soatdan keyin yaradagi tugunni yuza tomonida suvli pufaklar paydo bo‘ladi. Bir necha vaqtdan keyin suvli pufaklar yorilib joyida qoramtir, qizil rangdagi yara hosil qiladi. Bu yaralar 5-6 kun davom etib keyin yara quriydi. Yara joyida qo‘ng‘ir rangli dog‘lar hosil qiladi. Bu yaralar ko‘payib 2-3 ta halqachalar hosil qiladi. Bu yaralar shishchalar hosil kilib, yorilib ichidan qora-jigar rang suyuqlik oqadi. Ular 8-10 sm kuydirgi karbunkulini hosil qiladi.(6-rasm) Bu yaralar kasal bo‘lmagan chegarlarda ukol kilinganda ham uchrashi, hosil bo‘lishi mumkin. Kuydirgining asosiy belgisi shish bo‘lib, bu shishlar ko‘pincha yuzda va bo‘yinda uchrab yuzni va bo‘yinni butunlay egallab oladi. Bu shishlar ko‘pincha yuz to‘qimalarini egallab oladi. Kuydirgi bilan zararlangan labdagi shish yuqori nafas yo‘llarini egallab oladi, natijada kasalni bo‘g‘ib o‘limga olib boradi. To‘qimadagi shishlarda oq quyuq suyuqlik

bo‘lib, shishni perkussion bolg‘acha bilan urib ko‘rganda g‘ijirlagan ovoz chiqaradi (simptom Stefanskiy).

Kuydirgi kasalligining teri shakliini ko‘p davom etishi limfadenitlarga bog‘liq bo‘ladi. Kasallikning qaytadan sekinlik bilan qo‘zg‘alishi uning og‘riq bermasligidan kelib chiqadi.

Limfa bezlari kasallik tuzalgandan 2-4 haftadan keyin normaga tushadi.

Tarqalgan shakli kam uchraydi. Klinika septik formada kuydirgi mikroblari nafas yo‘llari orqali organizmga kirib borib o‘pka va ichaklarni zaharlab og‘ir holda kechadi.

O‘pka shakliida kuydirgi kasal ishchilarning kasbiga qarab ko‘pincha junlarni sortlarga ajratishda, terilarga qayta ishlov berganda kuydirgi bilan kasallangan hayvonlar terisi va junlardan yuqadi. Xozir bu kasallik kam holda uchraydi. Kuydirgi kasalligi og‘iz orqali ham yuqadi. Qachonki kasal mollarni yuqumsizlantirilmaganda go‘sht va go‘sht mahsulotlarini iste’mol qilganda kelib chiqadi.

Davosi. Kuydirgi bilan kasallangan hamma kasallar kaysi shaklda bo‘lmasin, shu kasallikka gumon qilinganlar hammasi tezlik bilan yuqumli kasalliklar kasalxonalariga yotqiziladi. Ular alohida xonalarda yotqiziladi va davolanadi. Bular uchun alohida davolovchi vrach va hamshiralar ajratiladi. Vrachlar kasallarni qattiq nazoratda bo‘lib, shu kasallikni davolash bilan shug‘ullanadi. Kasalga qaraydigan hamshira og‘ziga marlidan niqob, ko‘ziga atrofi yopiq ko‘zoynak bo‘lishi kerak.

Kuydirgi kasalligini qo‘zg‘atuvchisiga qarshi spetsifik dorilaridan foydalaniladi. Bu dorilardan antibiotiklar va kuydirgiga qarshi immunoglobulindan keng foydalanilmoqda. Antibiotiklardan eng yaxshi foyda beradigan penitsillin xisoblanadi. Penitsillinni bir martalik dozada 5000000–1000000 TBdan mushak orasiga bir kunda har 4 soatda 6 marotaba o‘tkaziladi. Kasallik septik shaklda bo‘lsa og‘ir kechadi. Penitsillinni dozasi ko‘tariladi 4-5 baravargacha. (bir sutkada 12-24 mln TB.) dozada o‘tkaziladi.

Kasallikning septik shaklida sefalosporinlar, levomitsitin, gentamitsin buyuriladi. Kasalni davolashni davom ettirish uchun uning og‘ir yoki yengil shakliga e’tibor berish kerak.

Antibiotiklar bilan 7-9 kun davolanadi. Spetsifik kuydirgiga qarshi immunoglobulin yengil shaklida 20 ml, kasallik o‘ta og‘ir shaklida 40 50 ml o‘rta og‘ir shaklida 75-100 ml.dan mushak orasiga yuboriladi. Kasallikning yengil va o‘rta og‘ir holatiga karab 1 urs davomida 300-400 ml doza yuborish mumkin.

Umumiy zaharlanishga qarshi turli eritmalardan toza qon, plazma, past molekulali (gemodez, polidez), yoki baland molekulali (poliglyukin) dekstron tavsiya etiladi. Yuboriladigan suyuqliklar normasi bir kunda 50-70 *ml* 1 *kg* tana og‘irligiga qarab foydalaniladi. Parentral oziqlantirish maqsadida aminokislotalar aralashmalari(infezol, aminasol, aminatsin)buyuriladi. Kuydirgi kasalligining og‘ir generalizatsiyalashgan shaklida oksigenoterapiya o‘tkaziladi. Kasallik yurak normal ishlamaganda kardiamin, kamfora, kofein, strofantin yoki korglikonlar tavsiya etiladi. Teridagi kuydirgi kasalligi tuzalganda teridagi yaralar tushgandan keyin statsionardan chiqariladi.

Septik shaklida kasallar sog‘lom bo‘lgandagina chiqariladi. Teridagi kuydirgi kasalligini davolash yaxshi natija bermoqda. Kasallik o‘z vaqtida davolanganda 100 foiz tuzalib ketadi. Generalizatsiyalashgan shaklida kasal juda past darajada o‘z vaqtida davolanganda ham yaxshi natija bermaydi. Birinchi va ikkinchi septik formasida o‘pka va ichaklar zararlanganda, minengo ensefalit rivojlanganda toksiko-infeksion shokka tushgnada 2-3 kun orasida o‘ladi. Lekin generalizatsiyalashgan shakli juda kam uchraydi. Kasalikka qarshi kurashish va uning oldini olish choralari veterinar-sanitar xodimlari va meditsina-sanitar xodimlari oldiga qo‘yilgan maqsadlardan iborat. Veterinar-sanitar xodimlar kasal hayvonlarni o‘z vaqtida karantinda saqlab davolash kerak.

Sog‘lom xo‘jaliklarda o‘z vaqtida rejali immunizatsiya o‘tkazish zarur. Sog‘lom bo‘lmagan tumanlarda hamma vaqt nazorat olib borilib kuzatuv ishlarini tashkil etish kerak. Suv havzalari va mollar sug‘oriladigan joylar qattiq nazorat qilinishi kerak. Mollar ko‘miladigan joylar uzviy nazorat qilinadi.

Veterinar-sanitar xodimlari tomonidan o‘lik mollarni tashishni to‘g‘ri yo‘lga qo‘yish, hayvonlar mahsulotlarini kayta ishlashda extiyot bo‘lish, import-eksportni qattiq nazorat qilish kerak. O‘lgan hayvonlarni kuydirish, kasal hayvonlarni go‘shtini hech qachon iste’molqilmaslik va sotishga ruxsat bermaslik, ularning terisini shilish va yorib ko‘rish ta’qiqlanadi.

Veterinar-sanitar xodimlari tomonidan doimiy dezenfeksiyalar o‘tkazib turilishi kerak. Davomli va oxirgi dizenfeksiya o‘tkazilishi shart. Meditsina-sanitar xodimlari tomonidan epidemilogik kuzatishlar olib borilib kuydirgi kasalligi asosan kanday kelib chiqqanligi aniqlanib va kasal odam qanday qilib zararlanganligi aniqlanadi.

Odamlarni vaksinatsiya qilishda quruq tirik sporali kapsulasiz aksina STI qo‘llaniladi. Birinchi davolanish muddati 2 marta 21 kundan keyin o‘tkaziladi Emlash vaqtida vaksina terini tashqi tomoni skarifitsirlangan bo‘lishi kerak.

QUTURISh

Quturish-o‘tkir kechadigan yuqumli kasallik bo‘lib, neyroorop virus qo‘zg‘atadi. Markaziy nerv sistemasining og‘ir shikastlanishi bilan o‘tadi. Iktisodiy zarar. Kasalikka chalingan odamlar o‘ladi, xayvonlar esa yo‘q qilinadi. Immunizatsiya qilish uchun ko‘p miqdorda vaksina zarur. Achinarli tomoni shundaki, xozirgi paytda kasallik ko‘p uchramoqda.

Qo‘zg‘atuvchisi. Quturishning qo‘zg‘atuvchisi neyrotrop filtrlanuvchi virus. U kasal xayvon organizmida bosh miyada eng ko‘p miqdorda to‘planadi. Orqa miya, so‘lak bezlari va so‘lak tarkibida ko‘p bo‘ladi. kasallikning boshlanishida qondan xam virus topilgan. Juda kam xollarda taloq, buyrak, sut bezlari, oshqozon osti bezi, ko‘z yoshi bezlarida xam virus uchraydi.

Bosh miya neyronlarida Babesh-Negri tanachasi paydo bulib, u faqat ko‘cha virusi bilan kasallangan xayvonlarda uchraydi. Tanacha tarkibida viruv oqsili, RNK bo‘ladi. shakllangan virionlar uchramaydi. Shuning uchun ayrim olimlar bu tanacha viruslar «mozori» deb xam faraz qilishadi. Tibbiyot ma’lumotlariga ko‘ra, majburiy emlangan odamlarning 8-9 foizini asosan it tishlaganlar tashkil etadi.

Kasallikning tarqalishida yovvoyi faunalar roli xam katta. Keyingi paytlarda kasallik ko‘prok qoramollar o‘rtasida uchramokda. Tabiatda tabiiy o‘choq mavjud

bo‘lib, viruslar kemiruvchi va kurshapalaklar organizmida saqlanadi. Qon suruvchi ko‘rshapalak (vampir) lar kasallik tarqatuvchi xavfli manba xisoblanadi.

Quturish xozirgi kunda O‘zbekistonning xamma viloyat va tumanlarida xayvonlar orasida tez-tez qayd etilmoqda. Kasallik juda tez tarqalib bormoqda. U odamlarda xam uchrab, o‘limga sabab bo‘lmoqda. Quturish chiqmagan tumanni topish qiyin bo‘lib qoldi.

Kechishi va klinik belgilari. Yashirin davr tishlangan joyga, jaroxatning xarakteriga, virusning soni va virulentligiga boglik. Eng kiska davri 7-10 kun bulib, 3-8 xaftaga chuzilishi mumkin. ba’zan 5-6-12 oy davom etishi xam mumkin. Lekin bu juda kam uchraydi. Kasallik ko‘pincha o‘tkir kechib, klinik belgilari har xil bo‘ladi. Itlarda aksariyat, tipik holatda o‘tadi.

Itlar quturishi. Ko‘pincha shiddatli va tinch (paralitik) shaklda, shuningdek, abortiv va atinik holatda namoyon bo‘ladi. Shiddatli shakli uch boskichda (prodromal, qo‘zg‘algan va falajlik) o‘tadi.

Prodromal boskichda kasal xayvonning hulqi o‘zgaradi. 12 soatdan 3 kungacha cho‘ziladi. It xomush ko‘rinadi, qorong‘iroq joyga o‘zini tortib, egasi chaqirsa xam kelmaydi. Ba’zan juda serxarakat bo‘lib, egasi bilan o‘ynashishni xush ko‘radi. Uning yuzi va qo‘llarini yalayveradi (bu paytda so‘lakda virus bo‘ladi, u juda xam xavfli). Bunday it keyinchalik juda notinch bo‘lib qoladi, u yoqdan bu yoqqa qarab chopadi, xar qanday shovqin-surondan hadiksirab qo‘rqib tushadi. Ishtaxa buzilib, odatdagi ovqatlarni yemasdan, ochko‘zlik bilan yerni tirnab, tuproqni tishlay boshlaydi, uz axlati, tushamasi, yog‘och yoki temir bo‘lakchalarini xam yeyishi mumkin. ba’zan qattiq kechishishi tufayli o‘sha joyini tishlab, uzib olishi mumkin.

Qo‘zg‘alish boskichi. Bezovtalanishdan tajovuz qilishga o‘tadi. Qo‘rqish alomatlari yo‘qoladi. It bog‘liqlik tiziichasi yoki zanjirini tishlab uzadi. Boylovini uzgach, juda uzoq masofaga (sutkasiga bir necha o‘n kilometr masofaga) chopib qochib ketadi. Odam va xayvonlarga tashlanadi. Bunda ularni xurmasdan, tinchgina kelib, kutilmaganda birdan tishlab oladi. Tomoq va til falaj bo‘lib qolganligi uchun og‘izdan juda ko‘p so‘lak oqadi. Shu tufayli tovush xirillab chiqadi. Pastki jag‘ tushib ketadi. Ko‘zlar chaqchayib, ko‘z qorachig‘ining biri kichraysa, ikkinchisi kattalashadi. Bezovtalanish 3-4 kun davom etib, keyin ikkinchi boskich boshlanadi.

Falajlik boskichi. It ozib ketadi, afoniya bo‘ladi (tovush yo‘qoladi). Tomoq, til, jag‘ falajiga orqa oyoq falaji qo‘shiladi. Bu holat qovuq va orqa ichakka xam tarqaladi. Keyin oldingi oyoqlar falajlanadi. It orqasini sudrab yuradi 8-10 kun o‘tgach, o‘ladi.

Tinch (falajlik) shakli 10-15 foiz itlarda uchrab, bezovtalanish xar doim tashlanavermaydi. Ko‘pincha pastki jag‘ falajlanishi oqibatida nafas olish qiyinlashadi. Juda ko‘p so‘lak oqadi. Xudi tomog‘iga suyak tiqilgandek xolni eslatadi. Falajlik kuchayib, 2-4 kundan keyin o‘ladi.

Anitik kechish. Kam uchrab, davomli bo‘ladi. Gemorragik gastroenterit ro‘y berib, kasal it juda ozib ketadi. Ba’zan abortiv kechishi mumkin. mushuklarda xam xudi itlardagidek klinik ko‘rinish namoyon bo‘lib, ular 3-4 kun ichida o‘ladi. It va odamlarga nisbatan o‘ta agressiv bo‘ladi.

Diagnoz. Quturish kasalligiga diagnoz qo‘yishda uning epizootologiyasi, klinik belgilari va patologoanatomiyasi inobatga olinadi. Laboratoriyaga o‘lgan xayvonning boshi yuboriladi. Bosh miyadan tayyorlangan surtmadan Babesh-Negri tanachasi izlab topiladi. Agar bu xol natija bermasa, biosinama qilinadi.

Immunitet. Kasallikning oldini olish uchun quruq antirabik fenol vaksina ishlatiladi. UzNIVI va VGNKI vaksinasi xam bor. Zotli va qimmatbaxo mollar majburiy emlanadi. Emlash oldidan vaksina maxsus sterillangan eritmada suyultiriladi. qaynatib suzilgan suvda xam eritish mumkin. Nosog‘lom va xavfli zonalarda itga 2 *ml*, mushuklarda 1 *ml* yuboriladi. 3 oylik itchalar, katta it va dekorativ zotlar uchun dozasi 1 *ml* dan qilib, 7 kun ichida ikki marta qo‘llaniladi. Itlarda 14-30 kundan keyin immunitet bo‘lib, 6 oygacha cho‘ziladi. Qaytadan emlangach, 2 yilga qadar immunitet saqlanadi. majburiy emlash esa zotlar va qimmatbaho qishloq xo‘jalik hayvonlari uchun qo‘llanilib, 3 kun ertalab va kechqurun o‘tkaziladi. 16-kuni esa yettinchi marta emlanadi. Yilqilar, qoramollar, tuyalarga 4 *ml*, qo‘y-echkilarga 2 *ml* yuboriladi. Kasal deb gumon qilingan mollar esa emlanmaydi. Majburiy emlangan mollarni issiq-sovuqdan saqlash zarur, ishchilarini ishlatish, uzoq masofaga xaydash mumkin emas.

Odamlarning quturishi. Yashirin davr 2 xaftadan bir necha oygacha davom etishi mumkin. Kasallikning bosqichi xuddi hayvonlarnikidek o‘tadi. Kasal oldiniga mayus ko‘rinadi, talvasalanib notinch bo‘ladi. tishlangan joyda og‘riq va kechishishi kuzatiladi. Yutinish qiyinlashadi, shovqin-suronga sezuvchanlik kuchayadi. Gidrofibiya paydo bo‘ladi. tomoq muskullari spazm bo‘lib, suvni qurishi bilanoq kuchayadi. Qo‘rqish va notinchlik avjiga chiqadi. Gallyutsinatsiya xolati namoyon bo‘ladi. Shiddatli xuruj boshlanadi. Juda ko‘p so‘lak oqadi. Yuz, ko‘z, til va oyoqlar falajlanib, bo‘shashib ketadi va 4-7 kun ichida o‘ladi. Bunday musibatning oldini olish uchun it tishlagan joyni 1:1000 nisbatdan sulema yoki $KMnO_4$ bilan yaxshilab yuvib, darhol tibbiy muassasaga murojat etish kerak.

Oqsil-yashur. O‘ta kontaginoz, o‘tkir kechadigan yuqumli kasallik bo‘lib, hamma tur hayvonlarda uchraydi. Kasallikni filtrlanuvchi virus qo‘zg‘atadi. Isitma ko‘tarilishi, og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardasi, yelin va tuyoqlar orasida aftalar paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Oqsil bilan odamlar ham kasallanadi, ayniqsa yosh bolalar o‘ta moyildir.

Qo‘zg‘atuvchisi. Kasallikning qo‘zg‘atuvchisi filtrlanuvchi virus bo‘lib, tovuq embrioni va kultura hujayralarida o‘sadi. Hayvon organizmida 24-28 soatdan keyin epiteliyadagi aftalarda, so‘lak, qon, siydik va axlatlarda virus paydo bo‘ladi. Uning bir necha: A, O, C, Sat-2, Sat-3, Aziya-1, Aziya-2 tiplari mavjud. Bu tiplarning variantlari bor. Bizning mamlakatda ko‘pincha A, O, S, tiplari uchraydi. Bu tip va variantlar bir-biridan immunologik tomondan farq qiladi. qarama-qarshi immunitet bo‘lmaydi. Bir tip bilan kasallangan hayvonlar ikkinchi tip bilan ham kasallanishi mumkin.

Epizootologiyasi. Oqsil bilan juft tuyoklilar kasallanadi. Moyillik darajasi bo‘yicha o‘rinlar quyidagicha: qoramollar, chuchqa, qo‘y-echki va bug‘ular. Kutos va tuyalar kam kasallanadi. Sut orqali it va mushuklar kasallanishi mumkin. Laboratoriya hayvonlaridan dengiz cho‘chqachalari, quyon va sichqonlar moyildir. Kasallik hamma yoshdagi hayvonlarda, aksariyat yosh hayvonlarda uchraydi.

Kasallik qo‘zg‘atuvchisining asosiy manbai kasal hayvon hisoblanadi. Virus organizmda rivojlanib, ko‘payadi. U asosan kasallikning boshida juda ko‘p miqdorda ajraladi, keyinchalik ajralib chiqish keskin susayib ketadi. Kasaldan tuzalgan mollar ham virus tashuvchi bo‘lib qoladi. Qoramollar qonida 158 kungacha, siydigida esa 146 kungacha virus tashvuchanlik kuzatiladi.

Kechishi va klinik belgilari. Tabiiy sharoitda oqsil xamma tur xayvonlarda o‘tkir kechadi. Qoramollarda yashirin davri 1-3 kun davom etib, ayrim xollarda 2-3 xaftagacha chuzilishi mumkin.

Yengil kechishi. Ishtaha pasayib, qarshi qaytarish susayadi. Ko‘p so‘lak oqadi. Tana harorati ko‘tarilib, 40,5-41,50S gacha chiqib ketadi. Kasal hayvon holsizlanib, pulsi tez ura boshlaydi, hech narsa yemay, kavsh qaytarmay qo‘yadi. Og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardasi qurib, giperemiya rivojlanadi va isitma ko‘tariladi. 2-3 kun o‘tgach, labning ichki qismi, pastki jag‘ning tishsiz qismi, pastki jag‘ning tishsiz qismi, til va jag‘ shilliq pardalarida juda ko‘p miqdorda aftalar paydo bo‘ladi. Ko‘p hayvonlarda ayni vaqtda tuyoq oralari va yelinida ham aftalar ko‘zga tashlanadi. Ko‘pincha to‘rttala oyoq, ayrim hollarda ikki oldingi yoki ikki keyingi oyoqlar zararlanishi mumkin. Dastlab aftalar tariqdek bo‘lib, keyin o‘zaro birlashib no‘xatdek ba’zan yong‘okdek kattalikni oladi. 12-24 soat o‘tgach, aftalar yorilib, ular o‘rnida yangi eroziyalar paydo bo‘ladi. Natijada juda ko‘p ko‘piksimon so‘lak ajralib, labining burchagidan oqadi va mol labini cho‘lpillataveradi. Ikkilamchi infeksiya tushmasa, eroziyalar bir hafta ichida tuzaladi. Agar ikkilamchi infeksiya qo‘zg‘atuvchilari tushsa sog‘ayish 2-3 haftaga cho‘zilib ketadi. Tuyoq orasida afta va eroziyalar paydo bo‘lishi natijasida kasal hayvon yotib-turishga juda qiynaladi, yotsa, tura olmaydi, tursa yota olmaydi. Ko‘pincha sog‘in sigirlarda yelini jarohatlanib, bu hol ularni yomon parvarish qilinganda og‘ir kechadi. Ba’zan kasal sigirlarda mastit, endometrit, bola tashlash kuzatiladi. Sog‘in sigirlar suti 70-75 foizgacha kamayib ketadi. U bir necho oydan keyingina tiklanadi.

Davolash. Kasal hayvonlarga yumshoq hashak beriladi. Zoogigiena talab qoidalariga to‘liq rioya qilinadi. Molxonalarning toza saqlanishi katta ahamiyatga ega. Og‘iz bo‘shlig‘ini toza suvdan tayyorlangan 2% li sirka kislotasi, 1:5000 nisbatdagi kaliy permanganat eritmasi 1:5000 nisbatdagi furatsillin eritmasi bilan tozalanadi. Og‘iz bo‘shlig‘ining shilliq pardasi kuchli jarohatlangandan quyidagi tarkibga ega bo‘lgan moddalar ishlatiladi: 2,5 anestezin, 2,5 novakain, 5,0 mis kuporasi, 20,0 baliq moyi, 70,0 vazelin. Bu moyli tarkib yaraning tuzilishini (eroziya) tezlashtirib, ogriqni qoldiradi. Tuyoqlar jarohatlanganda esa kasal mollar 5% li formalin eritmasi quyilgan vannadan kuniga bir marta kechtirib o‘tkaziladi, jarohatlangan tuyoqlar yaxshilab xirurgik tozalashdan o‘tkazilib, sovunli iliq suv bilan yuviladi. Keyinchalik baravar miqdorda olingan baliq moyi bilan katron aralashmasidan surtiladi. Oyoqdagi afta va eroziyalar 5% li yod nastoykasi bilan kuydiriladi. Tuyoq atrofii va tevaragidagi nekrozi uchragan to‘qimalar maxsus kirgichlar bilan qirib olib tashlanadi. O‘rni esa kaliy permanganatning streptotsid bilan aralashmasidan tayyorlangan tarkib bilan kuydiriladi. Yelinlar jarohati sintomitsin emulsiyasi bilan davolanadi. Agar mastit kuzatilsa, har 6 soatda penitsillin bilan ukol qilinadi. Bu holat 3 kun qaytarilib, 500-800 ming TB

qo‘llaniladi. Hayvonlarda sodir bo‘lgan gastroenteritni davolash uchun 500 *ml* kaliy permangantning 1:1000 nisbatdagi eritmasi ichiriladi Tipik kasallanib tuzalgan mollardan rekonvalessent qoni yoki zardobi tayyorlanadi. Bu ayniqsa yosh hayvonlar uchun qo‘llanilib, juda yaxshi natija beradi, sigirlarni esa bola tushishidan asraydi. Rekonvalessent qoni oqsil bilan kasallanib tuzalgan mollardan 12-20 kundan kechiktirmasdan olinadi. Immunolaktan yaxshi naf beradi.

Oldini olish. Oqsil qayd qilingach, quyidagi komileks tadbir amalga oshiriladi:

-karantin e’lon qilinadi;
-kasal mollar ajratiladi va davolanadi;
-aktiv va passiv immunizatsiya tashkil etiladi;
-joriy dezinfeksiya o‘tkaziladi.

Dezinfeksiya uchun 2-3% li ishqorli eritmalar ishlatiladi. Kiyim-kechaklar paraformalinli kameralarda zararsizlantiriladi (1m^3 kameraga 80,0 formalin). Karantin e’lon qilingan xo‘jalikka begona kishilarning kirib-chiqishi taqiqlanadi. mollar joyini o‘zlashtirish, olib kelish va olib chiqish man etiladi. Xo‘jalikning hamma yo‘llari to‘silib, kechasi-kunduzi navbatchilik tashkil etiladi. Go‘shtga mol topshirish mumkin emas, sut pasterizatsiya qilib chiqariladi. Karantin, mollar tuzalgach, 21 kundan keyin bekor qilinadi. Mollar 6 oygacha chiqarilmaydi. Tashqaridan esa oqsilga qarshi emlangandan 30 kun keyin kiritiladi. Xavfli zonaning mollari to‘liq emlanadi. Epizootiya davomida hududdagi bozor yopiladi. Oldi-sottiga ruxsat berilmaydi.

Odamlar oqsili. Odamlar juda kam hollarda kasallanib, ularga asosan kasal hayvonlar orqali yuqadi. Xom sut is’temol qilganda ham yuqishi mumkin. Klinik belgilari hayvonlarnikiga o‘xshaydi. Kasallikning yashirin davri 3-6 kun bo‘lib, virus tushgan joyda birinchi afta paydo bo‘ladi. Isitma ko‘tarilib, bosh og‘riydi, ich ketishi mumkin. Keyin ikkilamchi afta paydo bo‘ladi. Yosh bolalarda esa gastroenterit kuzatiladi. Davolash asosan simptomatik usulda olib boriladi.

Mavzuga oid test

1. Vaboning qo‘zg‘atuvchisini aniqlang

A.Vibrion V.Rikketsiya S.Shigella D.Klostiridiy

2. Vaboning yuqish yo‘lini aniqlang

A.Fekal-oral V.Havo-tomchi S.Parenteral D.Transmissiv

3.Vaboga xos najasni ko‘rsating

A.Jigar rang, shakllangan najas
V.Yashil rangli badbo‘y hidli mo‘l-ko‘l najas
S." Rektal tupuk" ko‘rinishidagi najas
D.Guruch qaynatmasiga o‘xshash, suvsimon najas.

4.Vaboda infeksiya manbaini aniqlang

A.Bemor va hayvonlar
V.hayvon va hashoratlar
S.Bemor va tashuvchi odam
D.Bemor va hashoratlar

5.Notanish it tishlaganda jaroxatlangan joyni birlamchi tozalash:

A.bog‘lab qo‘yiladi

V.oqava suvda kirsovun bilan yuviladi
S.eritilgan antibiotik bilan ishlov beriladi
D.qaynatilgan suv bilan yuvib, so‘ng aseptik bog‘lamlar

6.Quturish kasalligining profilaktikasi nimaga asoslangan:

A.bolalarni rejali emlash
V.shaharda daydi itlarni tutish
S.antirabik immunoglobulin qo‘llash
D.itlarni emlash

7.O‘ta xavfli infeksiyalarga qaysi kasallik misol bo‘la olmaydi

A.vabo V.o‘lat S.chinchechak D.esherixioz

8.Kuydurgi kasalligining eng ko‘p uchraydigan klinik shakli?

A.Teri shakli
V.O‘pka shakli
S.Ichak shakli
D.To‘g‘ri javob yo‘q

vaziyatli masala

1-vaziyatli masala

35 yoshli erkak chorvachilik bilan shug‘ullanadi. U kasal qoramolni so‘yish vaqtida qo‘lida yara bo‘lgan. Bir necha kundan so‘ng yarada qora rangli yara (karbunkul), shish va og‘riq paydo bo‘lgan, tana harorati ko‘tarilgan.

Savollar

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
3. Infeksiya qanday yo‘l bilan yuqgan?

2-vaziyatli masala

28 yoshli erkakni daydi it tishlab olgan. Bir necha haftadan keyin bemorda suvdan qo‘rqish, asabiylik, mushak tortishishi paydo bo‘ldi.

Savollar

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
3. Kasallik qanday yuqadi?

3-vaziyatli masala

25 yoshli bemorda yuqori isitma, kuchli holsizlik va qo‘ltiq osti limfa tugunlarining kattalashishi kuzatildi. Bemor yaqinda kemiruvchilar ko‘p bo‘lgan hududda ishlagan.

Savollar

1. Qaysi kasallikdan shubhalanish mumkin?
2. Kasallik qo‘zg‘atuvchisi nima?
3. Infeksiya qanday yuqishi mumkin?

Interfaol o‘yin jarayoni

1. Tinglovchilar 2 yoki 3 guruhga bo‘linadi.
2. O‘qituvchi kasallik belgilarini yoki epidemiologik ma’lumotni aytadi.
3. Tinglovchilar qaysi kasallik ekanini aniqlaydi.
4. To‘g‘ri javob uchun 1 ball beriladi.
5. Eng ko‘p ball to‘plagan guruh g‘olib bo‘ladi.

Savol
1-savol
Kemiruvchilar va burgalar orqali yuqadigan o‘ta xavfli infeksiya.
Javob: **O‘lat**
2-savol
Kasallik hayvon tishlaganda yuqadi va markaziy asab tizimini zararlaydi.
Javob: **Quturish**
3-savol
Hayvon mahsulotlari orqali yuqishi mumkin bo‘lgan bakterial kasallik.
Javob: **Kuydirgi**
4-savol
Yovvoyi kemiruvchilar orqali yuqadigan infeksiya.
Javob: **Tulyaremiya**

Asosiy adabiyotlar:
1. V.N.Turakulov.”Yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi”Toshkent 2019-yil
2. M.N.CHo‘liyeva “Yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi” o‘quv qo‘llanma 2024-yil
3. Z.Ismoilova “Parenteral yo’l orqali yuqadigon yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi” o‘quv uslubiy qo‘llanma 2024-yil
4. D.M.Jabbarova “Bolalar va kattalarda uchraydigon nafas yo’llari orqali yuqadigan yuqumli kasalliklarda hamshiralik parvarishi” o‘quv uslubiy qo‘llanma 2024-yil
5. Sh.Ganiyeva “Yuqumlik kasalliklar immunoprofilalaktikasi” bo’yicha qo’llanma 2024-yi Elektron adabiyot 1. M.D.Axmedova “Yuqumli kasalliklarda hamshiralik ishi” darslik Toshkent 2008- yil
Elektron ta’lim resurslari
- www.ziyonet.uz-
- http://www.ziyonet.uz
- http://www.edu.uz
- http://www.pedagog.uz
- www.tma.uz,
- www.lex.uz