

## **6-Мавзу: ШАРТЛИ ПАТОГЕН МИКРОБЛАР ЧАҚИРУВЧИ ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ.**

Охириги йилларда ичбуруғ, ич терлама, сальмонеллёлэрнинг пасайиши бопқа ичак касалликларининг ўсишига, грамм манфий шартли патоген бактерияларга шароит яратилди. Бу касалликлар сабаби антибиотиклардан кенг фойдаланиш натижасида ичак биоценозидаги ўзгаришлар, яъни шартли патоген бактерияларни колонияларини ҳосил булишига олиб келади. Бу касалликларни клиникаси тўла ўрганилмаган.

### **ПРОТЕЙ ЭТИОЛОГИЯЛИ ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ.**

*Proteus* бактериялари чақирувчи бу инфекция гастроэнтерит ёки энтероколит типидаги ошқозон-ичак тракти зарарланиши билан характерланади.

**ЭТИОЛОГИЯСИ.** Қўзғатувчиси грамм манфий ҳаракатчан полиморф таёкчалар, факультатив анаэроб, спора ва капсула ҳосил қилмайдиган, *Enterobac-tericac* оиласига кирувчи *Proteus* лардир.

Кўпинча ошқозон-ичак тракти *P.mirabilis*, *P.morgani*, *P.vulgaris* лар зарарлайди.

Протей микробларининг 2 та антигени бор: соматик О-антиген (термостабил) ва хивчинли Н-антиген (термолабил), энтеротоксин ҳосил қилади, гемолизин, лейкоцидин, гиалуронидаза, фибринолизин, ташқи муҳитга чидамли баъзи дезинфекцияловчи эритмаларга кам таъсирчан (фенол, риванол, фурациллин) ва кўп антибиотикларга таъсири йўқ (полимиксин, эритромицин, олеандомицин ва бошқалар).

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.** *Proteus* микроби ташқи муҳитда кенг тарқалган бўлиб, ҳайвон чиқиндилари ва гўштлири орқали тарқалади. Касаллик манбаи протей инфекцияси бор бемор ҳисобланади. Баъзида соғлом ташувчилар ҳам бўлади.

Касалланиш ҳайвон орқали юқади. Озиқ-овқат маҳсулотлари орқали (гўшт, балиқ, товук, колбасалар), ифлос қўллар орқали, сув ва тупроқдан зарарланиш бўлади. Протей микроблари организмга тушгандан сўнг, эндотоксин ишлаб чиқарилади. Бу билан органларда ўзгаришлар келиб чиқмайди. Касаллик ёз ойларида кўп учрайди. Зарарланган овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш натижасида келиб чиқади.

Протей инфекцияси илк ёшдаги болаларда, фон касалликлари бор беморларда, антибактериал препаратлар билан узок даволаниши натижасида ривожланади.

**ПАТОГЕНЕЗИ.** Экзоген зарарланиш туфайли ёки дисбактериоз асосида, антибактериал препаратлар ишлатиш ва иммун системасини пасайиши натижасида келиб чиқади. Овқат токсикоинфекцияси асосида массив зарарланиш эндотоксин ҳисобига ривожланади, бу протей микробларининг кўп миқдордаги халокати туфайли ошқозон хазм трактида ажралади. Эндотоксин ошқозон хазм тракти шиллиқ қаватини зарарлаб

интоксикациянинг симптомларини келтириб чиқаради. Контакт йўл билан зарарланганда ёки эндоген инфекция таъсирида патологик жараён секин-аста ингичка ва йўғон ичакда энтерит, энтероколит шаклида ривожланади. Юқори инвазивлик натижасида ичак деворига бактерияларни бир қисми кириб олиб сақланади. Бир неча кун бу ерда кўпайиши ҳам мумкин, асосан буйрак ва лимфа тугунларида. Иммунитетнинг ўта суст бўлганида иккиламчи ўчоқлар ривожланади, бунда пневмония, пиелонефрит, йирингли менингит кўринишида бўлиши ёки тарқалган септик ҳолатда бўлиши мумкин. Гастроэнтеритик формасида ингичка ичакда ва ошқозонда морфологик ўзгаришлар бўлади. Яллиғланиш инфильтрацияси, юзаки дистрофия ва юзаки шиллик пардасида катта миқдордаги шилимшиқлар бўлиши мумкин.

Энтероколитда йўғон ичакнинг шиллик пардасида аналогик ўзгаришлар бўлади, илк ёшдаги болаларда ярали-эрозив проктосигмоидит бўлиши мумкин.

**КЛИНИКАСИ.** Ошқозон-ичак формаси гастроэнтерит (овқат токсикоинфекцияси), энтерит ва энтероколит кўринишида бўлиши мумкин. Гастрит ва гастроэнтерит катта ёшдаги болаларда учрайди. Яширин даври 2-5 соат. Касаллик ўткир, бош оғриши, беҳоллик, қалтираш, кўнгил айниш ва қайта-қайта қайт қилиш билан бошланади. Тана ҳарорати паст ёки нормада бўлиши мумкин, баъзида 38-39°C гача 1-2 кун кўтарилиши мумкин. Интоксикация симптомлари билан биргаликда қоринда қаттиқ оғриқ, эпигастрал соҳада, баъзида елка, қорин соҳасида. Ичи сувсимон, суюқ, патологик ажралмаларсиз бўлиши мумкин. Баъзида нажасда шилимшиқ ва қон томчилари бўлиши кузатилади. Қорин ўта дам, юмшоқ, оғриқли, жигар ва талоқ катталашмаган. Тили нам, карашланган. Оғир ҳолларда артериал босимни тушиши натижасида коллапс ривожланади.

Бемор ранги оқарган, оёқ-қўллари совуқ, совуқ тер босади, талвасалар кузатилади. Ўлим ҳолатлари бўлиши мумкин. Жуда кўп ҳолларда касаллик ўрта оғирликда ёки енгил формасида 2-6 кундан сўнг тўла тугалиш билан тугаши мумкин.

Энтерит ва энтероколит чақалоқларда ва касалликга мойил болаларда кузатилади. Яширин даври 2-5 кун. Касаллик ўткир ёки аста-секин бошланади. Касаллик қисқа муддатли иситмани кўтарилиши, интоксикация симптомлари (бўшашишлик, адинамия, қайт қилиш ва бошқалар.) ичининг бузилиши билан кечади. Беморнинг безовталиги қориндаги оғриқ билан бўлади. Нажас кўп, суюқ, кўпикли, зангори-шилимшиқ ва қон аралаш, ўткир ҳидли бўлади. Териси оқиш рангда, қорни ўта дам, ингичка ва йўғон ичак соҳасида чуриллашлар ва оғриқ бўлади. Анус атрофи қизарган. Оғирлигига қараб енгил, ўрта оғир ва оғир бўлиши мумкин.

Ўткир кечиши (1 ойгача), чўзилган (1-3 ой) ва сурункали (3 ойдан ортиқ) бўлиши мумкин.

Ташҳис қўйиш намунаси: «Протей ичак инфекцияси» (энтероколит), ўрта оғирликдаги формаси, чўзилган кечиши.

**ТАШҲИСЛАШ.** Протей ичак инфекцияси нажасининг суюқ, сувсимон, ўткир ҳидли, кўпикли шилимшиқ, қон, зангори аралашмалар

билан бўлишига асосланади. Сигмасимон ичакдаги, қориндаги қаттиқ оғрик характерлидир. Интоксикация симптомлари кучли ривожланган бўлади.

Периферик қонда лейкопения ёки нормоцитоз, нейтропения чапга силжиши билан, лимфоцитоз, ЭЧТ 15-25 мм/с.

Ректоромоноскопияда катарал ёки катарал-геморрагик, баъзида эрозив проктосигмоидит кўринишида бўлади.

Асосий ташҳис учун бактериологик ва серологик текширув аҳамиятга эга. Бактериологик текширув учун нажас, қусуқ моддаси, ошқозон ювинди суви, шубҳа қилинган овқат қолдиғи, онасининг иккала кўкраги сути олинади. Ташқи муҳитда шартли патоген бактериялар чакирувчи протей инфекциясини диагностикаси учун жуда кўп миқдорда экмалар тайёрлаш керак. Протей штамми аниқланган беморлардан РА ёки РИГА текширилади. Махсус антителаларнинг 4 ва ундан ортиқ; титрини ошиши протей инфекцияси ташҳисини тасдиқлайди.

**ДАВОЛАШ.** Енгил формасида даволаш уй шароитида олиб борилса ҳам бўлади. Оғир ҳолларда, гастроэнтерит формасида, овқат токсикоинфекциясида биринчи соатларда ошқозон ювилади. Антибиотиклар ўрта оғир ва оғир формаларида протей штамлари сезгирлигига қараб тавсия қилинади. Кўпроқ; канамицин, левомецитин, гентамицин, невидграмон, цепорин ва бошқалар тавсия қилинади. Колипротей бактериофаг ва лактоглобулин ҳам ишлатилади.

**ПРОФИЛАКТИКАСИ.** Туғруқ уйларида, болалар бўлимларида, болалар уйларида ва умумий овқатланиш муассасаларида санитар-гигиеник қоидаларга қатъий риоя қилиш катта аҳамиятга эга. Эрта диагностика беморларни изоляция қилиш, макроорганизмга қарши ҳимоя кучини кучайтириш аҳамият касб этади.

### **КАМПИЛОБАКТЕР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ**

Кампилобактер ичак инфекцияси - ўткир ошқозон ичак тракти касаллиги бўлиб, *campylobacter* чакирувчи, гастроэнтерит ёки энтероколит типиди, камдан-кам ҳолларда тарқалган формада кечиши мумкин.

**ЭТИОЛОГИЯСИ.** *Campylobacter* туркумига кирувчи *spirillaceae* оиласига мансуб майда харакатчан грамманфий вибрионлар киради. 3 та тури бор: *S. jejuni*, *S. coli*, *S. fetus*. Касалликни кўпроқ *S. jejuni* тури чакиради.

Бактериялар кенг тарқалган бўлиб, соғлом одамлар орасида 1-15% ташкил қилади. Бактерия ташувчанлик ҳолатлари ёки бошқа бир хил хасталикларни чакириши қобилиятига эга.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.** Касаллик манбаи ҳайвонлар. Бактерия ташувчилар чўчқалар, отлар, йирик шоҳли қорамол, итлар ва қушлар. Бактериялар сутдан, гўштдан, колбаса маҳсулотларидан ажралади. Касаллик зарарланган озиқ-овқат маҳсулотлари, контакт йўли билан, сув орқали юқади. Ҳайвонлар, одамлар, касаллар ва ташувчилар орқали тарқалади.

Кампилобактер инфекцияси 2 ёшгача бўлган болаларда (70%), сунъий овқатланишдаги, ҳамроҳ, касалликлар билан ва асосий касаллик билан биргаликда кузатилади. Ёз ва куз ойларида касаллик кўпроқ руйхатга

олинади. Спорадик касаллик микст-инфекция таркибида учрайди. Зарарланган сув ва озиқ-овқат маҳсулотлари истеъмол қилиши натижасида эпидемик портлашлар кузатилган. Туғруқ, уйларида, чала туғилган болалар бўлимларида эпидемига қарши тартибнинг бузилиши натижасида касалликни кўтарилиш эҳтимоли бор.

**ПАТОГЕНЕЗИ** ўрганилмаган. Кириш дарвозалари ошқозон ичак тракти. Ингичка ва йўғон ичак бўлимларида бактериялар кўпайиши содир бўлади, бунда маҳаллий ўчоқда яллиғланиш: энтерит, колит, энтероколит кўринишида бўлади. Кампилобактериялар юқори инвазивлик хусусиятига эгадир. Касаллик патогенезида эндотоксемия, бактеремия. Тарқалган септик формаларини ривожланишига боғлиқдир. Касаллик ўтказгандан сўнг қонда махсус антителалар топилади. Иммунитет 1 йилгача, турғун эмас.

Йўғон ва ингичка ичакнинг шиллик, пардаларида яллиғланиш ҳолатлари, нейтрофил инфильтрацияси, криптлардаги абцесс, эпителийларда митотик активлиги ошган.

**Крон касаллигини** эслатувчи ярали колит, некрозлардан қон кўйилишлар бўлиши мумкин.

**КЛИНИКАСИ.** яширин даври 2-5 сутка, баъзида 10 суткагача чўзилиши мумкин. Касаллик ўткир, иситмани 40° гача кўтарилиши, қайт қилиш, анорексия билан бошланади. Катта ёшдаги болалар бош оғриғи, беҳоллик, титраш, мушаклардаги оғриқ, бўғимлардаги оғриқ ва қориндаги оғриқдан шикоят қиладилар. Илк ёшдаги болалар беҳолликдан безовта бўлади. Касалликни биринчи кунлари суюқ сувсимон бадбўй ҳидли, 2-5-20 мартагача ич кетиши бўлади. 2- ва 3-суткаларда нажасда қон ва шилимшиқ пайдо бўлиши, баъзида мелена кўп миқдорда бўлиши мумкин.

Қоринда қаттиқ оғриқ безовта қилади, киндик атрофида кўпроқ ўнг томонда. Ич келишидан аввал оғриқ кучаяди. Ич келганда ичакдаги оғриқ камаяди. Копрологик текширувда нейтрофиллар, лейкоцитар ва эритроцитлар миқдори кўп бўлади, шилимшиқ ҳам бўлиши мумкин.

Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ 25-40 мм\соат, баъзан 60 мм\соатгача ошиши мумкин. Интоксикация белгиларини яққол намоён бўлиши касалликни енгил, ўрта оғир ва ўрта оғир кўринишида бўлади.

**КЕЧИШИ.** Ўткир, 2-3 кундан сўнг тана ҳарорати нормаллашади. Нажас 3-4- куни баъзида 2-3 ҳафтасида нормаллашади. Нажас нормаллашгандан сўнг кўп беморларда қориндаги оғриқ давом этади, баъзан оғриқ кучайиши мумкин. Касалликни 10-15 куни тузалиш бўлади. 2-3 ҳафтадан сўнг рецидив бўлиши мумкин.

**ТАШҲИС.** Ичак кампилобактер инфекцияси бемор болада иситма, нажасни суюқ қон ва шилимшиқ аралаш қон келиши қоринни пастки қисмидаги оғриқ, диарея синдромини ичи суткадан бир неча кунгача давом этувчи оғриқ нажас нормал ҳолда ошганида ҳам сақланади. Бу бошқа инфекцияларга хос бўлмаган симптомдир. Бактериологик ва серологик таҳлил якуний ташҳис кўйишда катта аҳамиятга эга, серологик диагностика учун РА, РИГА ва РСК, иммунофлюоресценция методи ҳам аҳамиятга эга.

**ДАВОЛАШ** бошқа ичак инфекцияларидаги каби патогенетик терапия. Антибиотиклар ўрта оғир ва оғир формаларида ишлатилади. Витаминотерапия, эритромицин, нитрофуранлар тавсия қилинади. Бактерияга қарши препаратлар.

**ПРОФИЛАКТИКАСИ** Бошқа ичак касалликлари кабидир. Актив профилактика ҳали ишланмаган.

### **КЛЕБСИЕЛЛЁЗ ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ.**

Болалар ўртасида гастрит, энтероколит ва энтерит кўринишида кечувчи ичак инфекцияси - кўп учровчи клебсиллёз ичак инфекциясидир.

**ЭТИОЛОГИЯСИ.** Клебсиеллалар - грамм манфий, Enterobacteriaceae оиласига кирувчи, ҳаракатсиз, капсулани таёкчалардир. Капсулани К-антигенини 80 дан ортиқ сероварлари бор, соматик О-антигенини 11 та гуруҳи бор.

Одамда кўпроқ *K.pneumoniae*, *K.rhinoscleromatic*, *K.ozaenae*, *K.oxytoca* кўпроқ касаллик чақиради. Клебсиеллалар эндотоксин ҳосил қилади, *K.pneumoniae* термостабил экзотоксин ишлаб чиқаради. Ташқи муҳитга жуда чидамли, дезинфекцияловчи эритмаларга ҳамда кўп антибиотикларга ҳам чидамли. Музлатгичда кўпайиш хусусиятга ҳам эгадир. Санитар-гигиеник қоидаларга риоя қилмаслик натижасида медицина персоналини қўлидан, сувдан, сут маҳсулотларидан, гўшдан, балиқдан ва сабзавотлардан топилиши мумкин.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.** Касаллик манбаи одамлар ва ҳайвонлар, ташувчилар ва беморлар. Чақалоқлар онаси орқали туғруқ вақтида зарарланадилар. Болалар эса туғилганидан сўнг парвариш материаллари орқали юқиши мумкин. Кам ҳолларда зарарланиш озиқ-овқат маҳсулотлари орқали юқиши мумкин, бунда эндо- ва экзотоксинлар юқори латент равишда озиқ-овқат маҳсулотларида тўпланади. Бу маҳсулотларни ташиш вақтида, тарқатиш вақтида, сақланишига боғлиқ. Ҳаво-томчи йўли орқали ҳам юқиши мумкин.

Ичак клебсиеллёз инфекциясига чақалоқлар, чала туғилганлар ва касалликка мойил болалар чалинувчан бўладилар. Бундай болалар туғруқхонада, уйларида, болалар бўлимларида, инфекция касалликлар шифохонасида юқтирган бўладилар. Бу касаллик мавсумий эмас.

**ПАТОГЕНЕЗ.** Инфекциянинг кириш дарвозаси ошқозон-ҳазм йўллари. Касаллик экзоген ва эндоген зарарланиш билан ривожланади. Асосий патогенетик жараён токсемия бўлиб, клебсиеллаларнинг ошқозон ва ингичка ичакда жуда кўп миқдордаги халокати туфайли бўлади. Эндо- ва экзотоксинларни ажралиши натижасида Клебсиеллалар инвазивлик хусусиятига эга бўлади, бу массив бактеремия ичаклардан ташқарида инфекция ўчоқлари ривожланади (менингит, пиелонефрит, пневмония, сепсис).

Ичак клебсиллёз инфекциясининг тарқалган формаси кам учрайди. Бу чуқур чала туғилган, касалликка мойил, иммунодефицит ҳолатдаги

болаларда учрайди. Бундай зарарланиш фақат клебсиеллаларнинг госпитал штамми орқали бўлади.

Ингичка ва йўғон ичакнинг шиллиқ пардалари шишган, қизарган, майда қон қуйилишлар ва микроэрозиялар бўлиши мумкин. Ичак бўшлиғида тўқ-зангори суюқлик, шилимшиқ ва қон аралаш бўлади. Оғир ҳолларда катта қон қуйилишлар, яралар, йирингли-фиброз қопламалар бўлади. Некроз ўчоқлари бўлиши ҳам мумкин, стафилококк ва йирингли-яшил таёкча кўшилганда перитонит ҳолатлари кузатилади. Тарқалган формасида барча органларда инфилтратлар ўпканинг, бош миянинг жигарнинг абцессигача бўлиши мумкин. Кўп ҳолатларда ДВС синдроми кузатилади.

**КЛИНИКАСИ.** Яширин даври 3-5 соатгача. Ёппасига зарарланиш бўлганда, контакт йўл билан зарарланганда 3-6 суткагача бўлиши мумкин. Касаллик ўткир юқори ҳароратини 38-39°C гача ёки 40°C гача кўтарилиши, қайт қилиш, ичнинг суюқ келиши билан бошланади. Биринчи сутканинг охирига келиб боланинг аҳволи оғир бўлиши мумкин. Токсикоз ва эксикознинг симптомлари яққол бўлиши: тери рангининг оқиш-кулранг бўлиши, тургорлигининг пасайиши, қорнининг дам бўлиши, ичининг суюқ, сувсимон, зангори рангда, энтерит ва энтероколит характердаги 5-10, баъзида 15-25 мартагача/суткасига, шилимшиқ аралаш, баъзида қон аралаш бўлиши мумкин.

Касалликнинг енгил формасида ҳарорат нормал ёки субфебрил бўлади. Интоксикация симптомлари кам бўлади. Ичининг 5-8 мартагача кўпайиши, патологик ажралмаларсиз, нажас ўз кўринишини ўзгартирмайди. Тана вазнига вазн кўшилмайди. Касаллик 3-5 кун давом этади. Катта ёшдаги болаларда касаллик енгил овқат токсико инфекцияси типиде кечади.

**ДИАГНОСТИКАСИ.** Клебсиеллалар нажас ва қусуқ массаларининг бир неча бор экилганда топилади. РА ва РСК (комплемент боғловчи реакция) ёрдамида махсус антителалар титрини ортиши катта аҳамиятга эгадир.

**ДАВОЛАШ.** Ичак инфекцияларида қабул қилинган патогенетик терапия қўлланилади. Антибиотиклар аниқланган штаммлар сезгирлигига қараб тавсия қилинади. Кўпроқ гентамицин, левомецитин, нитрофуронлар яхши таъсир кўрсатади. Резистентликни кўтарувчи пентоксил, метилурацил иммуноглобулин препаратлари ва бактерияга қарши бифидибактерин, лактобактерин, бификол препаратлари катта аҳамият касб этади.

**ПРОФИЛАКТИКАСИ.** Туғруқ уйларида, соматик ва юкумли касалликлар шифохоналарида, чала туғилган болалар бўлимларида санитар-эпидемиологик тартибга қатъий риоя қилиш катта аҳамиятга эга. Эпидемиологик тартиб бузилиши натижасида клебсиеллалар медицина ходимлари қўллари орқали, она кўкраги сўрғичлари орқали, медицина асбоблари, плёнкалар, донор сути орқали катта миқдорда ўсиши мумкин. Бемор болаларни ичак диссоциацияси билан изоляция (ажратиш) қилиш, касаллик тарқалишига қарши чора-тадбирлар ўтказиш катта аҳамиятга эгадир.

## ЦИТРОБАКТЕР ИЧАК ИНФЕКЦИЯСИ

Цитробактер ичак инфекцияси-бу ўткир юқумли касаллик бўлиб *citrobakter* туркумидаги шартли патоген бактериялар чақирувчи ошқозон ичак трактини зарарловчи энтероколит ва овқат токсикоинфекцияси кўринишида бўладиган касалликдир.

**ЭТИОЛОГИЯСИ.** Enterobacteriaceae оиласига кирувчи, *citrobakter* туркумидаги, грамм манфий таёқчалардир. Таёқчаларнинг 2 ҳил тури ва бир неча 10 серовар аниқланган. Бактерия эндотоксин хосил қилади.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.** Касаллик манбаи бемор ва касаллик ташиб юрувчилардир. Уй ҳайвонлари орқали зарарланиш мумкин. Инфекция озик-овқат маҳсулотлари орқали юқиши мумкин (гўшт, сут, товук гўшти). Илк ёшдаги болаларга касаллик контакт йўли билан юқиши мумкин. Зарарланиш ўйинчоқлар, сўрғичлар, йўрғаклар орқали юқиши мумкин.

**ПАТОГЕНЕЗИ** ўрганилмаган.

**КЛИНИКАСИ.** Касаллик овқат токсикоинфекцияси, энтероколит ва тарқалган септик формасида кечиши мумкин. Цитробактер этиологияли овқат токсикоинфекциясида касаллик зарарланган овқатни истеъмол қилгандан сўнг эпигастрал соҳадаги оғриқ, кўнгил айниши, умумий беҳоллик, қайт ва ич келишини суткасига 2-5 марта суюқ келиши билан бошланади. Тана харорати субфебрил бўлиши мумкин, тили оқ; караш билан қопланган. Ичакларда чулдираш бўлади. Нажас патологик ажралмаларсиз бўлади. Хасталик кечиши қисқа вақт бўлади. 3-5 кундан сўнг соғайиш бўлади. Касалликка мойил болаларда касаллик энтероколит ҳолида кечади. Асосий симптомлар иситма, токсикоз симптомлари, ичакдаги бузилишлар яққол намоён бўлади. Нажас энтеритик шилимшиқ аралаш ва жуда кам ҳолларда қон аралаш бўлиши мумкин.

**ТАШХИС.** Ичак цитробактер инфекцияси фақат бактериологик ва серологик текширувларнинг натижаларига асосланади.

**ДАВОЛАШ.** Бошқа ичак инфекциялари каби бўлади.

**ПРОФИЛАКТИКАСИ.** Ишлаб чиқилмаган.

## ЯШИЛ ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯСИ

ШПМ чақирувчи касалликларнинг клиник формаларидан бири бўлиб яшил йирингни таёқчалар чақиради ва овқат токсикоинфекцияси, йирингли некротик энтероколит кўринишида бўлади.

Яшил йирингли таёқча ҳозирги даврда энг кўп тарқалган шифохона ичи инфекцияларининг кўзгатувчиларидан бири ҳисобланади. Кўп учровчи клиник формаларидан пневмония йирингли менингит сепсис касалликлари ҳисобланади. Ошқозон ичак формаси фақат чақалоқларда чала туғилганларда катта ёшдаги болаларнинг бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолатларида учрайди.

**ЭТИОЛОГИЯСИ:** Яшил йирингли таёқча *pseudomonas aeruginosa* туркумига кириб, *pseudomonadaceae* оиласига мансубдир. Бу граммманфий ҳаракатчан таёқча бўлиб аэроб яшил ва кўк пигмент ажратиб чиқаради,

юқори токсигенлик хусусиятига эга бўлган А, В, С экзотоксинлар ажратади, гемолин, энтеротоксин, лейкоцидин, поллагеназа, эластаза ва бошқа протеиназалар ҳам ажратади.

Соматик О-антигени 13 та серо группаси, хивчинли Н-антиген 60 та сероварлари бор. Яшил йирингли таёқчанинг кўп антибиотикларга сезгирли йўқ, антисептикларга эса сезгирлиги кам.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ** табиатда кенг тарқалган бўлиб яшил йирингли таёқча тупроқда, сувда, ҳайвонларда ва одам организмидаги ошқозон ва ичакларда топилади. Шифохоналардан хирургия бўлимларидан, туғруқхоналардан, реанимация ва интенсив терапиядан, медицина асбобларидан медицина ходимларнинг қўлларидан суртма олинганда аниқланади. Касаллик манбаи бемор. Очiq жароҳатли одамлар пневмония, ичак дисфункцияси билан атрофдагиларга хавфлидир. Касаллик манбаи яшил йирингли бактерияларни соғлом ташувчилари бўлиши мумкин. Касаллик контакт, озиқ-овқат маҳсулотлари орқали юқиши мумкин. Зарарланиш асосан туғруқхоналарда чала туғилган болалар бўлимларда санитария гигиена тартибига риоя қилмаслик натижасида бўлади. Чақалоқлардан ташқари 1 ёшгача бўлган болалар касалликка мойил бўладилар. Катта ёшдаги болалар эса куйиш жароҳатлари, хирургик операциялардан сўнг шифохонада узок даволанган гармонал препаратлар ва имунодепрессантлар олганликлари учун касал бўладилар.

**ПАТОГЕНЕЗИ** яшил йирингли ичак инфекциясининг бирламчи экзоген характерли, икиламчи ичак дисбактерози фарқланади. Бошқа инфекция ўчоғларидан яшил йирингли ичак таёқчаси тушиб ошқозон ичак трактини иккиламчи зарарлайди. Масалан: сепсис пневмония ва бошқалар. Йирингли яшил инфекция патогенезида экзотоксинлар катта рол ўйнади. Бунда (А,В,С гемолизин, энтеротоксин ва бошқалар) умумий ва маҳаллий экзоген зарарланиши рўй беради. Касалликка мойил туғилган болалар ҳаётининг биринчи ойида дисбактериоз бўлади. Бунинг натижасида юқори инвазивлик катта аҳамиятга эга. Бу эса бактеремиа натижасида касалликнинг тарқалган септик формаси ривожланишига сабаб бўлади. Яшил йирингли инфекция кўп ҳолатларда бошқа шартли патоген бактериялар, сальмонеллэзлар, клебсиллэзлар, стафилакокк инфекцияси билан биргаликда ривожланади. Яшил йирингли таёқча токсини ичакларда енгил катарал яллиғланишдан фибриноз некротик ва аралаш некротик яллиғланишгача бўлиши мумкин. Патолого-анатомик текширувда ичак тутқичларининг кенгайганлиги яшил шилимшиқ ёки қонли суюқлик борлиги шиллик каватларда диффуз, жойларда фибриноз ва геморрагик ажралмалар кўзга ташланади: лимфаларнинг катталашуви, юзаки некроз ва яралар, крипталар, йирингли ажралмалар, лейкоцитар инфильтрация яққол намоён бўлади.

Яшил йирингли таёқчалар билан стафилакокк, сальмонеллалар ва бошқа шартли патоген микроблар билан ассоциация ривожланиши натижасида чуқур ўзгаришлар пайдо бўлади. Бунинг натижасида некротик ўчоғлар эрозив ва яралар ҳосил бўлади.

**КЛИНИКАСИ:** касаллик энтероколит, баъзида гастроэнтерит типида ривожланади.

Энтероколит формасида яширин давр 2-5 кунга чўзилади. Касаллик секин аста умумий ҳолатининг ёмонлашуви, тана хароратини субфебриллиги қайт қилиш, нажаснинг ўзгариши кузатилади. Токсикоз ва эксикознинг ривожланиши асосий симптом хисобланади. Нажас суткасига 5-20 мартагача суюқ ёмон ҳидли, катта миқдордаги шилимшиқ, зангори баъзида қон аралаш келиши мумкин. Баъзида ичакдан қон келиши ҳоллари бўлади. Касаллик узоқ давом этади, тўлқинсимон субфебрил ёки ўта юқори харорат, анорексия, тана вазнининг тушиб кетиши, кориннинг дамлиги, ичак чуриллаши, анус ва думба соҳасидаги қизаришлар бўлади. Сигмасимон ичакдаги оғриқ ва спазм кузатилмайди. Токсикоз 7-10 кун давом этади. 2-3 ҳафтада соғайиш кузатилади.

**Гастритик формасида** фақат катта ёшдаги болаларда учрайди. Бу эса озиқ-овқат маҳсулотларининг зарарланиши натижасида кузатилади. Яширин давр бир неча соат бўлади. Касаллик ўткир кўнгил айниши эпигастрал соҳадаги оғриқ ва овқатни қайт қилиш билан бошланади. Тана харорати нормал ёки субфебрил, нажаси суюқ ёки бўтқасимон, шилимшиқ зангори аралаш суткасига 5-8 мартагача келиши мумкин. Оғир формада кечиши мумкин касалликнинг оғирлиги умумий токсикоз симптомлари билан боғлиқ, ичакдаги ўзгаришлар кам бўлади. Интоксикация симптомларнинг яққол намоён бўлиши, ичакдаги бузилишларнинг, енгил, ўрта оғирликдаги ва оғир формаларида кечиши мумкин.

**ТАШҲИСЛАШ** клиника-эпидемиологик ва лаборатор текширувларига асосланади. Нажасда, қусиқ моддада ошқозон ювган сувда, қонда, йирингда, балғамда яшил йирингли таёқчанинг тоза культураси ўсиши кузатилади. Махсус антителалар касаллик динамикасида ортиши РА ва РПГА реакцияларида кузатилади.

**ДАВОЛАШ.** Антибиотикларга яшил йирингли таёқчанинг юқори резистентлиги сабабли даволаш бир мунча қийин кечади. Яшил йирингли таёқчанинг ҳозирги даврдаги сезгирлиги гентамицинга, карбеницилинга, полимиксин М сульфатга ва нитрофуран препаратларгадир. Даволаш умумий ситмуллолчи терапия (иммуноглобулинлар, пентаксифиллинлар метилурацил в.б) билан биргаликда олиб борилиши шарт. Бактерия препаратлари ва ферментлар ҳам кенг қўлланилади.

**ПРОФИЛАКТИКАСИ.** Шартли патоген бактериялар кўзғовчи ичак инфекциялари кабидир.

## **ВИРУСЛИ ДИАРЕЯЛАР**

Бу гуруҳ касалликлар интоксикация ва гастроэнтерит ёки энтерит белгилари билан таърифланади. Бундай касалликлар асримизнинг 20-йилларида врачлар эътиборини жалб қила бошлади. «эпидемик ичкетар», «холерага ўхшаш касаллик» каби атамалар пайдо бўлди. Ниҳоят бу

касалликларни вируслар кўзғатиши 50 йилларда маълум бўлди ва энтеровируслар деб атай бошладилар.

Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотиغا кўра ер юзида оғир ўтадиган ич кетар касалликларининг 20-40 % ини вируслар кўзғатади. Хар йили дунёда 1-2 млн. одамлар касалланадилар. Ҳозирда бу турдаги вирусларнинг бир нечта турлари бор: ротовируслар, энтеровируслар, (Коксаки ва ЕСНО) ва короновируслар.

**Ротовирус инфекцияси.** Ротовируснинг 4 ҳил серовари бор. Кўпинча 2 хил серовари касаллик чақиради. Ташқи муҳитда тез халок бўлмайди.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.** Инфекция манбаи бемор ёки вирус ташувчи хисобланади. Инфекция фекал-орал йул билан. Баъзида ҳаво-томчи йўли билан юқади. Кўпроқ 1-3 гача бўлган болаларда учрайди. Мавсуми қиш ва баҳор фасллари дидир.

**ПАТОГЕНЕЗИ ВА ПАТОЛОГОАНАТОМИЯСИ.** Ингичка ичак шиллиқ пардасини зарарлайди. Натижада ичакда овқат хазм бўлиши ва сўрилиш жараёни бузилади. Ичак перисталтикаси тезлашади ва ич кетишига сабаб бўлади. Ичак шиллиқ пардаси шишади, лимфоцитлар, эозинофиллар, плазматик хужайралар тўпланади. Капиллярлар атрофида инфилтратлар ривожланади.

**КЛИНИКАСИ.** Яширин даври 15 соатдан 3-5 кунгача чўзилади, Касаллик бирдан бошланади. Кўп беморлар бир марта, баъзан 2 марта кусадилар, кўп ўтмай ичи кетса ахлати жуда суюқ, яшил-сарғиш рангда ва сассиқ бўлади. Баъзи беморларда ахлати шилимшиқ аралашган бўлади. Касаллик оғир кечганда ахлат худди вабодагидек ёвфон хўрда каби бўлади. Кўпчилик беморларда қориннинг тўшдан пастки қисми бураб оғрийди, қорин қулдираши атрофдагиларга ҳам эшитилади. Интоксикация аломатлари кам аниқланади. Дармонсизлик, харорат субфебрил даражагача кўтарилиши кузатилади. Эт увишиш, қалтираш, бош айланиш холсизлик белгилари кузатилади. Тери ва шиллиқ қаватлар қуриган бўлади. Пальпацияда қоринда бироз оғриқ, чуқур пальпацияда ўнг томоннинг пастки қисмида қорин қулдирайди.

Юқори нафас йўллари яллиғланиши белгилари ҳам кузатилади (ринит, фарингит, ринофарингит). Қонда деярли ўзгаришлар руй бермайди. Касаллик 2-3 кун камида 7 кун давом этади. Ўлим ҳоллари кам учрайди.

## ПАРАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ

Вирус Norvak ва SMA вируси баъзан гастроэнтеритга сабаб бўлади. 7 хил тури бор. Касаллик манбаи- бемор одам. Касаллик ҳаво-томчи ва фекал - орал йўл билан юқиши мумкин деб гумон қилишади. Йилнинг совук мавсумларида кўп учрайди.

**КЛИНИКАСИ.** Яширин даври 1-7 кун. Касаллик тўсатдан бошланади, баъзида бир оз харорат кўтарилади. Харорат кўтарилмаса ҳам беморлар эти увишиб қалтирайди, мушаклар қакшаб оғрийди. Касаллик оғир кечганда вабога ўхшаб шир-шир ич кечганда, сувсизланиш ҳолати ривожланади, гиповолемик шок ривожланиши мумкин. Баъзи беморларда қорни оғрийди.

Гемограммада нисбий лимфоцитоз, моноцитопения, баъзан эозинофилия кузатилади.

Касаллик 12-24 соатдан 2-3 кунгача давом этади. Беморлар доим соғайиб кетадилар.

### **ПИКАРНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ**

Бу гуруҳ вирусларига полиомиелит кўзғатадиган вирус. Коксаки ва ЕСНО энтеровируслари киради. Булардан Коксаки А (18, 20, 21, 22, 24). ЕСНО (11, 14, 18) ва Коксаки В (2, 3, 4) лар гастроэнтеритга сабаб бўлади.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.** Манба бемор ва вирус ташувчи одамдир. Вирус ташувчилар барча болалар орасида жуда кўп учрайди. Вирус ташқарига балғам ва ахлат орқали чиқади. Инфекция фекал-орал ва ҳаво-томчи йўллар орқали юқади. Касаллик кўшимча эпидемия тарзида тез тарқалиб кетади.

**КЛИНИКАСИ.** Касаллик бирдан бошланади, харорат 38-39<sup>0</sup>С гача кўтарилади, интоксикация синдроми ва гастроэнтерит белгилари пайдо бўлади. Кўнгил айниб қусади, қорни бир оз оғрийди, кунда 4-6 марта ичи кетади, ахлати суюқ, яшил ва сассиқ бўлади. Қорни озгина кўпчиган, беморларнинг баъзиларида жигар катталашади. Касаллик 1-2 кун давом этади. Соғайиш билан яқунланади. Кўпинча энтеровирус инфекцияси гастроэнтерит белгиларисиз-сероз менингит, энцефалит, миокардит, эпидемик миалгия белгилари билан ўтади.

**ТАШХИС.** Вирусологик ва серологик усуллар (вирусни нейтраллаш реакцияси, гемагглютинацияни тормозлаш реакцияси, КБР, НФР, Латекс агглютинация реакцияси) қўлланилади.

**ДАВОСИ.** Ферментлар аралаштирилган дорилар (абомин, фестал, панзинорм, панкреатин, мезим, дигестал) кенг қўлланилади. Сут дастлаб берилмайди кейин оз миқдорда берилади.

Дегидратация белгилари бўлса оралит ва глюкосолан ёрдамида регидратация ўтказилади. Оғир ҳолатларда регидратация парентерал йўл билан ўтказилади. Вена ичига 3-4 литр миқдорда полиионли эритмалар юборилади. Антибиотиклар берилмайди. Чунки улар вирусларга таъсир этмайди.

**ОЛДИНИ ОЛИШ.** Бактериялар кўзғатадиган диареялар онадан болага плацента орқали ўтмайди. Шунинг учун чақалоқлар ўткир ичак касалликларига мойил бўлади. Инфекциясидан химояланишни маҳаллий мукос иммунитет хал қилади. Гуморал антители онадан болага жуда кам концентрацияда ўтади. Бу ЎИК бактериал характерли бўлган диареялардан химоя қилмайди.

Касалликни олдини олишда беморни эрта аниқлаш ва ўз вақтида изоляция қилиш, оилада ва болалар муассасаларида санитар-гигиеник режимга риоя қилиш. Шифохона ичи инфекциясини олдини олиш асосий роль ўйнайди, респиратор маскалар тутишни, дезинфекцияловчи эритмаларни ишлатиш. Кўкрак билан боқиш учун кураш катта аҳамиятга эга.