

7-Мавзу: ВАБО

Вабо - ўта хавфли юқумли касалликлардан ҳисобланади, ўткир гастроэнтерит, дегидратация аломатлари билан кечадиган ва кенг тарқалишга мойил хасталик ҳисобланади.

Вабо одамзодга қадим замонлардан маълум. Ҳиндистон ва Бангладеш вабонинг эндемик ўчоғи ҳисобланади. Вақти-вақти билан касаллик кўшни давлатларга, хатто турли қитъаларга тарқалиб, катта эпидемия ва пандемиялар беради. 1817 йилдан 1925 йилгача бўлган даврда Ер юзиде вабонинг 6 та пандемияси қайд этилган.

1961 йилдан бошлаб вабонинг янги - VII пандемияси бошланди. Ҳозирги тез юрар транспорт воситалари орқали вабо (енгил турда касалланган беморлар ва вибрион ташувчилардан) қисқа муддатда жуда узок мамлакатларга тарқалиши мумкин. Жумладан, 1965 йилда Қорақалпоғистон ва Хоразмда ҳам вабо эпидемияси кузатилган.

90 йиллардан буён вабо Америка, Европа, Осиё, Африка қитъасидаги 100 дан ортиқ мамлакатларга кириб боргани қайд этилган. Ўзбекистонга ҳам сайёҳ-тижоратчилар воситасида вабонинг Ҳиндистон ва Покистондан кириб келиш ҳоллари учраб туради.

Этиологияси. Вабонинг кўзгатувчиси вабо вибриони ҳисобланади. Илгари уни фақат классик вибрион кўзгатади деб ҳисобланар эди. 1906 йилда Синай ярим оролида Готшлих вабо вибрионининг иккинчи биотипини аниқлади. Уни топилган жой номи билан Эль-Тор вибриони деб аталади. Вабонинг VII пандемияси у билан боғлиқ. Кейинги 4-5 йил ичида вибрионнинг 0139 биотипи ҳам вабо касаллиги кўзгатувчиси деб ҳисобланмоқда. У жуда тез тарқалиш ва кўпинча оғир касаллик кўзгатиши билан ифодаланади. Вабо вибрионлари О-антигенининг хусусиятларига қараб 3 хил зардоб гуруҳи мавжуд. Улар ихтиро қилган олимлар шарафига Огава, Инаба ва Гикошима деб аталади. Биринчи 2 варианты кўпроқ учрайди.

Вабо вибриони микроскоп остида бироз эгилган грамманфий майда таёқчалар-вергул шаклида кўринади. Спора ва капсулалар ҳосил қилмайди. Бир учиде хивчини бор. Унинг ёрдамида тез ҳаракат қилади. Ишқорий муҳитли озукаларда тез ўсади. рН 7.6-9.0 бўлган муҳит вабо вибрионлари учун қулай ҳисобланади. Кислотали муҳитда вабо вибрионлари тез нобуд бўлади. Шу туфайли хлорид кислотанинг 3% ли эритмасини вабода дезинфекцияловчи восита сифатида қўллаш мумкин. Вабо вибрионларининг экзо- ва эндотоксини мавжуд.

Ташқи муҳитда вабо вибрионларининг турғунлиги атрофидаги муҳитга боғлиқ. Қуёш нурлари таъсирида ва қуритилганида вабо вибрионлари тез

нобуд бўлади. Қайнатилганида ўша захоти ўлади. Хлорли охак, хлорамин, лизол каби дезинфекция воситалари таъсирида тез ўлади. Нам шароитда, айниқса, сувда вабо вибрионлари жуда узоқ сақланади. Паст хароратга чидамли, хатто музлаган сувда сақланиб қолиши мумкин. Ташқи муҳитда Эль-Тор вибрионлари классик вибрионга нисбатан тургун ҳисобланади. **Эпидемиологияси.** Вабо антропоноз хасталик ҳисобланади Инфекция манбаи бемор ва вибрион ташувчидир. Вибрион оғиз орқали тушиб, нажас билан ажралади. Вибрионнинг тарқалишида сув жуда катта аҳамиятга эга. Айниқса, очиқ сув ҳавзалари вабо вибрионлари билан ифлосланганда, аҳоли ундан кундалик мақсадларда фойдаланганида эпидемиялар келиб чиқади. Вабо эндемик ўчоғидан бошқа мамлакатларга олиб кирилган ҳолда, унинг янги жойда тарқалиш даражаси ижтимоий шароит: аҳолининг ичимлик сув ва канализация билан таъминланиш даражаси, турар жой ва озиқ-овқат объектларининг санитария ҳолати, аҳолининг санитария маданияти ва бошқаларга боғлиқ. Шу сабабли Америка, Япония, кўпгина Европа давлатларига кириб қолган вабо тарқалиши учун шароит бўлмайди ва касаллик 1-2 одам билан чекланади. Аксинча ривожланаётган мамлакатларда четдан кириб келган вабо тез тарқалиб, эпидемиялар рўй беради.

Ўзбекистонлик олимларнинг илмий изланишлари натижасида гидробионтлар: бақа, қисқичбақа, балиқ, чиғаноқлар организмида вабо вибриони узоқ вақт сақланиши аниқланди. Сув хашаротларини хомлигича истеъмол қиладиган элатлар орасида вабо кенг тарқалиши кўпинча шу омил билан боғлиқ.

Касаллик асосан ёз ойларида тез тарқалади. Вибрионларни тарқалишида пашшалар ҳам муҳим ўрин тутаяди. Хасталикдан сўнг унчалик турғун бўлмаган иммунитет юзага келади.

Клиникаси. Вабо вибриони одам организмига оғиз орқали тушгач, меъданинг кислотали муҳити унга асосий тўсиқ ҳисобланади. Шу сабабли вабо меъдасида сурункали яллиғланиши бўлган, спиртли ичимликларни кўп истеъмол қиладиган, яхши овқатланмайдиган одамларда осон келиб чиқади. Меъдадан ўтиб олган вибрионлар ингичка ичакда қулай шароит топади ва тез кўпаяди.

Касалликнинг яширин даври беш кунгача. У турли оғирликда намоён бўлиши мумкин.

Вабо касаллигини кўпинча ичак гуруҳи микроблари кўзғотган ичкетар касаллигидан фарқлаш қийин. Хасталик кўп ҳолларда енгил ва ўртача оғирликда кечади. Баъзан оғир кечадиган, зудлик билан теэ ёрдам кўрсатилмаган ҳолларда биринчи куннинг ўзидаёқ гиповолемик шок оқибатида ўлим билан тугайдиган ҳоллари ҳам учраб туради.

Одатда касаллик тўсатдан, дарак берувчи аломатларсиз бошланади. Лекин Эль-Тор вабосида 20-30% беморларда касалликка хос белгилар намоён бўлишидан олдин, бир неча соатдан бир кеча-кундузгача хасталикнинг продромал даври белгилари: тана гоҳ совиб (увишиб), гоҳ қизиши рўй бериб, тана ҳарорати 37-38°C га кўтарилади. Бундай ҳолларни беморлар оёқ устида ўтказадилар.

Хасталикнинг бу турда бошланиши эътиборни жалб қилмайди, лекин эпидемиологик жихатдан ўта хавфлидир, айниқса касалликнинг бу турда бошланиши савдо ва озиқ-овқат муассасаларида хизмат қилувчи шахслар ўртасида бўлганида аҳвол янада мушкуллашади.

Одатда, вабо касаллиги бемор ҳожатга бориб, "сабабсиз" ичи суриб, оёқ-қўлларидаи дармон камайиши билан бошланади. Қисқа вақт ўтар-ўтмас (2-4 соатда) ҳожатга қатнаш 4-5 марта ва ундан хам кўп бўлиб, ичакдан чиқариладиган ахлат ипир-ипир, оқ лойка сув каби бўлади.

Кўпроқ ҳолларда касаллик бошланганидан бироз кейин (4-6 соат, айрим ҳолларда 1-2 кундан сўнг), баъзан эса ич бузилиш билан бир вақтда қусиш бошланади. Қайд қилиш ҳам тез-тез такрорланиб туради. Афғонистон,

Қорақалпоғистонда рўй берган эпидемияларда 6% гача бўлган беморларда вабо белгилари ич кетмасдан, аввало фақат қусиш билан намоён бўлган. Бундай атипик, қусиш билан бошланган вабо, 2-4% беморларда бир неча соатлардан сўнг ич суриш белгилари кўшилиб, танада дармонсизлик, оёқ мушакларининг тиришиб қолиши билан ривожланади, бемор аҳволи оғирлаша боради. Қусиш ва ич бузилиши оқибатида қисқа муддат ичида бемор организмида дегидратация рўй беради. Хасталикнинг оғир ёки енгиллиги дегидратация даражасига боғлиқ. Шу сабабли даволашда бу аҳвол инобатга олинади.

Дегидратация 4 даражага бўлинади:

I даражали дегидратация қусиш ва ич суриши 4-5 мартадан ошмайди. Беморнинг умумий аҳволи 1-2 кун ёмонлашади. Бемор организми йўқотган суюқлик тана вазнининг 3 фоизидан ошмайди. Бундай ҳолдаги беморлар баъзан, хаттоки тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмайдилар. Улар эпидемиологик жихатдан ғоят хавфли ҳисобланадилар.

II даражали дегидратацияда ич суриши ва қусиш тез-тез такрорланиб, кунига 15-20 мартагача бориши мумкин. Организм сувсизланиши сезиларли даражага бориб, бемор оғиз қуриши, ташналик, ҳолсизлик, бош айланишидан шикоят қилади. Тери қуриша бошлайди Қон босими пасаяди, Сийдик ажралиши камайиб қуюқлашиб кетади. Баъзан болдир мускулларида тиришиш пайдо бўлади, Организм йўқотган суюқлик тана вазнининг 4-6 фоизига етади. Вақтида даволанмаса, бемор оғирлашиб қолиши мумкин.

Ш даражали дегидратация рўй бериши дастлабки соатларданок ич-нинг сурилиши ва қусиш жуда тез қайталаниб турганида кузатилади Бунда қисқа муддат ичида бемор организми жуда кўп электролитлар (Na, K, Cl) ва суюқлик йўқотади. Шу даврда организмдан чиқиб кетган суюқлик хажми тана вазнининг 7-9 фоизигача бориб қолади.



Беморнинг ташналик қийнайди, тери бурмалари узоқ вақт ёзилмайди, овози зўрға эшитилади. Қон босими сезиларли даражада пасаяди. Юз, қўл ва оёқ мускулларида кучли оғриқ берадиган тиришиш кузатилади. Сийдик ғоят кам ажралади. Қон қуюқлаша бошлайди, ундаги калий ва хлор миқдори камайиб кетади, натрий миқдори эса ортади.

IV даражали дегидратация организмда сув йўқотишнинг энг юқори даражаси ҳисобланиб, йўқотилган сув тана вазнининг 10 фоиздан ва ундан ортиғини ташкил этганида кузатилади. Баъзан касаллик дастлабки соат-ларданок шиддатли бошланади. Тўхтовсиз ич кетиши ва қусиш натижасида 8-10 соат давомидаёқ бемор ғоят сувсизланиб қолади.



IV даражали дегадратация ҳолатидаги беморлар ўз вақтида суюқлик юбориб даволанмаган ҳолларда ҳам, бундай оғир ҳолат юзага келиши мумкин. Бу даврда сувсизланиш оқибатида қон қуюқлашади, юрак-қон томирлари фаолияти кескин бузилади, қусиш ва ич суриши эса тўхтаб ҳам қолади Беморнинг қўл-оёқлари, сўнгра танаси совий бошлайди, тана ҳарорати 35°C гача тушиши мумкин, тери кўкимтир-тупроқ рангида бўлади, буришиб қолади. Томир уриши ва қон босимини аниқлаб бўлмайди. Юз, кўз, лаб атрофи кўкариб кетади. Тананинг деярли барча мускулларида узоқ давом этадиган тиришиш ва кучли оғриқ кузатилади. Нафас олиш сусайиб чуқурлашади (Чейн-Стокс). Сийдик ажралиши тўхтаб қолади. Қондаги эритроцит ва лейкоцитлар сони кўпаяди.

Ташҳиси. Қандай кўринишда ўтишидан қатъий назар, вабо деб қўйиладиган дастлабки ташҳис бактериологик тасдиқланган бўлиши керак.

Ташҳис қўйиш мақсадида бемор қусуқ массаси, нажасидан олиб 1% ли пептонли сувга экилади. Ич кетиши ва қусиш тез такрорланиб турганда кетма-кет 3 та экма олинади. Экма олинганидан кейин беморга антибиотик бериш мумкин. Олинган экма 6 соат ичида лабораторияга етказилиши шарт. Вабо вибриони топилган ҳолларда лаборатория тахлили 24 соат ичида дастлабки натижани беради, Якуний хулоса 48 соатдан сўнг аниқланади.

Вабо касаллигига ташҳис қўйилаётганида эпиданамнезнинг аҳамияти катта. Айниқса меъда-ичак касалликлари билан оғриган бошқа беморлар билан, вабо тарқалган жойдан келиб қолган одамлар билан мулоқотда бўлгани ёки беморнинг ўзи кейинги 5 кун ичида шундай эпидемик хавфли жойларга бориб келганини аниқлаш зарур.

Диагностика мақсадида бемордан қон олиб, вибриоцид антителалар титри ҳам текширилади. У 2 марта ўтказилади. Касалликнинг 5-6 кунда ва орадан 10 кун оралатиб қон олинади.

Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки, айниқса ёз фаслида вабо касаллиги билан оғриган беморда бир вақтнинг ўзида ичбуруғ, салмонеллез ва бошқа меъда-ичак юқумли касалликлари авж олиши мумкин. Бундай беморларда вабо белгилари тана ҳароратининг 38-39°C га кўтарилиши, қорин бўшлиғида вақти-вақти билан оғрик бўлиши, ичак чиқиндиғида шиллик, қон борлиги билан давом этади. Шундай беморларнинг ичак чиқиндиларини вабо вибрионларига ҳамда ичак гурухи (дезинтерияга, салмонеллезга ва бошқа) микробларига текшириш зарур.

Даволаш. Вабо касаллиги билан оғриган беморни даволаш усуллари қуйидагилардан иборат:

1. Даволашни имкон борича эрта бошлаш керак. Бунинг учун хар бир шифокор ёз фаслида меъда-ичак касаллиги туфайли мурожаат қилган беморни қабул қилаётганида вабо касаллиги бўлиши мумкинлигини ёдда тутиш, унинг асосий аломатларини билиши керак. Касалликка бироз бўлса ҳам шубҳа туғилганида, беморни шифохонада алоҳида ётқизиш зарур. Вабодан ташқари энгил кечаётган ичкетар касаллигида беморга 4-6 соат давомида орал регидратация пунктларида оғиздан регидрон, цитроглюкосалан ва бошқа эритмалардан ичириб, аҳволи энгиллашса, уйига юбориш мумкин. Бундай бемордан бир марта вабога текшириш учун экма олиш керак. Махалла шифокори уйга қайтарилган бемор ҳолидан хабардор бўлиб туриши лозим.

2. Даволашнинг асоси-организм йўқотган туз ва сув ўрнини қоплаш. Касаллик энгил кечганида, баъзан ўртача оғирликда кечаётган ҳолларида ҳам оғиздан регидрон эритмаси ичириб туриш зарур. Уни хар 3-5 минутда ош қошиғида (болаларга чой қошиғида) ичирилади. Ичириладиган суюкликнинг

умумий ҳажми бемор йўқотган суюқлик миқдориға қараб белгиланади. Уни аниқлашнинг иложи бўлмаса, қўйидаги жадвалдан фойдаланилади (1-жадвал).

Бошқа ҳолларда беморнинг кг ҳисобида тахминий вазни 75 га кўпайтирилса, мл ҳисобида ичирилиши лозим бўлган суюқлик миқдори топилади.

3. Бемор организмнинг сувсизланиши яққол ифодаланган (айниқса III-IV даражали дегидратацияда) регидратация томир орқали суюқлик юбориш йули билан бошланади. Бунинг учун трисоль, ацесоль, квартасоль, хлосоль, реомакродекс каби завод шароитида тайёрланган эритмалар заҳираси олдиндан тайёрланиб қўйилиши керак. Бу эритмалар илитилган ҳолда томир орқали тезлик билан (1-2 соат ичида) жилдиратиб юборилиши зарур. Бунда дастлабки соатларда юбориладиган суюқлик миқдори 5-6 литргача боради. Шунинг учун оғир ҳолдаги беморни даволашда инфекционист билан ёнма-ён реаниматолог ҳам иштирок этиб, ўмров ости соҳасида венесекция қилиб, улар орқали ҳам суюқлик юборилади. Беморнинг томир уриши пайдо бўлиши, цон босими аниқлана бошлаши, нафас олиши равонлашиши аҳволи яхшилана бошлаганидан дарак беради. Шу вақтдан бошлаб қўшимча равишда оғиз орқали ҳам суюқлик бера бошланади. Даволашнинг иккинчи босқичида томир орқали юбориладиган суюқликлар миқдори камайтирилиб, бемор йўқотаётган суюқлик ҳажмига монанд равишда олиб борилади.

1-жадвал Оғиздан 4-6 соат ичида ичириладиган сув-тузли эритманинг тахминий ҳажми.

Беморнинг ёши	4 ойгача	4-11 ойлик	12- 23 ойлик	2-4 ёш	5-14 ёш	15 ва ундан юқори
Беморнинг вазни	5 кг гача	5-7.9 кг	8-10.9 кг	11-15.9 кг	16-29.9 кг	30кг.ва ундан ортиқ
Ичириладиган суюқлик миқдори(мл)	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000

4. Антибиотиклар билан даволаш бемордан топилган вабо вибрионларининг қайси антибиотикка сезгир эканлигани эътиборга олиб белгиланади. Илгаридан республикамызда ахёнда учраб турадиган вибрионлар тетрациклинга сезгирлигини сақлаб қолган. Бундай ҳолда тетрациклин 300000 ТБ дан кунига 4 маҳал 5 кун давомида берилади. Кейинги йилларда тарқала бошлаган вабо вибрионлари тетрациклин ва

левомицетинга сезгир эмас. Бундай штаммлар қўзғотган касалликларни даволашда уларга таъсир этадиган, хинолон гуруҳига мансуб антибиотиклар яхши наф баради. Улар флоксацинлар: ципофлоксацин-сифлокс, офлоксацин-таривид, пефлоксацин-абактал препаратлари. Бу антибиотиклар катта ёшдагиларга 2 та таблетка (500 мг) дан кунига 2 марта 5 кун давомида берилади. Бу препаратлар бўлмай қолганида ампициллин 2 таблетка (0.5 г) дан кунига 4 марта 5 кун давомида ичирилади.

5. Бемор тузала бошлаган даврда тўйимли, осон хазм бўладиган овқатлар берилади. Бу даврда қондаги калий миқдорини бир маромда ушлаб туриш мақсадида калий оротат ёки панангин таблеткаларидан 4-5 кун бериб туриш лозим.

Даволаш тўғри ташкил этилса, 2-3 кундаёқ бемор аҳволи яхшиланади. Унга шифохонадан тўла соғайганидан сўнг рухсат берилади. Бу орада антибиотик ичишни тугатганидан кейин бир кун оралатиб, икки кун кетма-кет олинган экмада вабо вибрионлари бўлмаслиги керак.

Профилактикаси. Вабо ўта хавфли инфекциялар гуруҳига мансуб бўлгани учун халқаро ахднома (конвенция) га асосан хар бир давлат ўз сарҳадларини вабонинг четдан кириб келишидан асраш чораларини кўради. Халқаро аэропорт, темир йўл, дарё ва автойўл йўлларидаги чегара бекатларида санитария-назорат пунктлари (СНП) ташкил этилади. Унда тиббиёт ходимлари туну-кун навбатчилик қиладилар. Вабо доимо қайд этиладиган мамлакатлардан келаётган йўловчилардан шу касалликнинг аломатлари бор-йўклиги суриштирилади. Бемор ёки касалликка шубҳа қилинганлар топилса, СНП қошидаги алоҳидалаш хонасига ётқизиб (лозим бўлса тиббий ёрдам кўрсатиб) турилади, Кейин бемор махсус санитария (эпидташувчи) транспорти билан юқумли касалликлар шифохонасидаги алоҳида ажратилган бўлимга ётқизиблиб, 5 кун тиббий кузатувда бўлади. Бу даврда бемордан 3 марта вабо вибрионига ва ичак гуруҳи микробларига нажас экмаси олинади. Шундан сўнг 5 кун тетрациклин берилади. Касаллик аломатларига қараб бошқа дори-дармонлар ҳам қўлланади.

Касаллик аломатлари бўлмаган, лекин чет элда сафар вақтида вабо касаллиги юқиш эҳтимоли юқори бўлган (айниқса, тижоратчи-сайёх) лар СНП да рўйхатга олинади ва улар ҳақида СЭНМ га телефон орқали хабар қилинади. Бундай фуқаро турар жойидаги поликлиника хизматчилари томонидан 5 кунгача уйида тиббий кузатув остида бўлади.

СНП ларда ўрнатилган шундай назорат воситасида четдан кириб келган вабонинг мамлакат ичида тарқалишига йўл қўйилмайди.

Республикада хар бир вилоят, туман (шаҳар) вабонинг олдини олиш ва у қайд қилинган тақдирда ўтказиладиган тадбирлар мажмуасини олдиндан

белгилаб қўяди. У эпидемияга қарши Фавқулодда комиссия (ЭҚФК) йиғилишида муҳокама қилиниб, хокимиятлар томонидан тасдиқланади. Бу тадбирларда аҳолини ичимлик сув билан таъминлаш тузар жойларнинг санитария ҳолатини яхшилаш масалаларига катта эътибор берилади. Уларни амалга ошириш учун маҳаллий маъмурият масъул хисобланади. Шунингдек, тиббий тадбирлар, аниқланган бемор қаерга ётқизилиши, у билан мулоқотда бўлганлар қайси бўлимда тиббий кузатувга олиниши олдиндан белгиланади. Бу бўлимларда қайси тиббиёт ходимлари ишлаши ҳам аниқланган бўлади. Дори-дармон, лаборатория анжомлари, озуқа муҳитлари захираси тайёрлаб қўйилади.

Касаллик ёки вабога шубҳа қилинган бемор аниқланганида, у дарҳол алоҳидаланади. СЭНМ эпидемиологи бемор билан суҳбатлашиб, касаллик қайси йўсинда юққанлигини аниқлашга ҳаракат қилади. Чет элларга бориб келгани ҳам суриштирилади. Бемор билан хонадонда ва иш жойида бевосита мулоқотда бўлганлар рўйхати тузилади. Зарурат бўлса, улар ҳам алоҳидаланади. Бошқа ҳолларда 5 кун уйида тиббий назорат ўрнатиш мумкин. Бунда ҳар куни беморда касаллик аломатлари бор-йўқлиги аниқлаб борилади. Бир марта нажаси вабога текширилади. Уларга 5 кун тетрациклин берилади.

Бирор жойда вабо аниқланса, дарҳол ЭҚФК йиғилиши чақирилади. У вабо чиққан жойни касаллик ўчоғи деб эълон қилади. Ичи бузилган беморларни эрта аниқлаб, текшириш ва даволаш мақсадида ҳовлима-ҳовли юриб, бемор бор-йўқлиги суриштирилади. Аниқланган бемор дарҳол шифохонага юборилади.

Ёз ойларида ичкетар касаллиги билан шифохонага ётқизилган барча беморлар бир марта вабога ҳам текширилади.