

10-Мавзу: Ҳаво-томчи инфекциялари. Скарлатина. Қизамиқ. Қизилча. Сувчечак.

Скарлатина – ўткир юқумли касаллик бўлиб, β -гемолитик стрептококкнинг, А гуруҳи томонидан чақирилади, ҳаво-томчи йўли билан юқади. Клиникаси умумий интоксикация белгилари, ангина ва терида майда нуқтасимон тошмаларнинг тошуви билан намоён бўлади. Касаллик яхши даволанмаса йирингли – септик асоратлар бериши мумкин.

Скарлатина – италянча скарлатто сўзидан олинган бўлиб, кип–қизил ёки тўқ қизил мазмунини билдиради.

XX асрда скарлатинани ўрганишдаги асосий ютуқ бу касалликнинг оғир турларини кескин камайиб, ўлим сонининг йўқолишидир. Аср бошида бу касалликдаги ўлим сони, энг ёш болалар ўртасида 40% - ни ташкил қилган эди. Бундан ташқари антибиотикларни қўллаш натижасида касалликни оғир септик асоратлари – флегмона, нефрит, остеомиелит, зотилжам ҳозирда учрамаяпти. Аммо скарлатина билан касаллинишнинг кўрсаткичлари ҳозир ҳам юқори ҳисобланиб, Россияда, 100000 аҳолига 200- 250 га тўғри келади. Ўзбекистонда скарлатина бундан оз учрайди.

Скарлатина қадимдан аниқ бўлсада, уни бошқа тошмали касалликлар билан ўрганилган. 1554 йили врач Инграсиас скарлатинани қизамиқ касаллигидан фарқлаб, уни клиник белгиларини розания номи билан ёзиб қолдирди. Касалликни муфассалроқ ёритган инглиз врач Томас Сайденгем унга «қизил иситма» (красная лихорадка) деб ном берди. 1789 – 1824 йиллари Бретанно скарлатинани клиникасини, унинг дифференциал диагностикасини батафсил ёритиб берди.

Шундай қилиб қадимда оғир ўтиб, кўплаб ўлимга ва оғир асоратларга сабабчи бўлган скарлатина бугунги кунда ўта енгил, асоратсиз касалликка айланди.

Скарлатинанинг этиологияси.

Скарлатинани қўзғатувчиси А гуруҳига кирувчи β – гемолитик стрептококк ҳисобланади. Скарлатинанинг этиологиясидаги вирусли, дуалистик ва анафилактик назариялар стрептококкли назария тасдиқланганлиги учун ўз аҳамиятини йўқотдилар.

Скарлатинани қўзғовчи гемолитик стрептококкнинг асосий хусусиятларидан бири уни токсин ҳосил қилиш қобилиятидир. Кўплаб изланишлар натижасида А гуруҳига кирувчи стрептококкларнинг экзотоксин ажратиши аниқланган, аммо скарлатинани келиб чиқишида асосий ролни бола организмнинг антитоксик иммунитетини кўлами ўйнайди. Агар касаллик юқиш пайтида антитоксик иммунитет бўлмаса, стрептококкли

инфекция скарлатина шаклида ўтади. Антитоксин иммунитетни бўлганларда эса скарлатина эмас, балки ангина, фарингит, симптомсиз инфекция ривожланади.

Айрим стрептококкларнинг токсигенлигини геномида эритроген токсин генини микроб танасига олиб кирадиган бактериофаг (вирус) ларнинг фаоллиги билан боғласа бўлади.

Эпидемиологияси:

Скарлатина антропоноз юқумли касаллик ҳисобланиб, касаллик манбаи аниқ ва яширин турда скарлатина ўтказадиган бемор ва бошқа стрептококкли касалликни ўтказадиган беморлар ҳисобланади.

Скарлатина ер юзидан нотекис тарқалган. Совуқ ва ўртача хароратли минтақаларда касаллик кўп учрайди, иссиқ иқлимларда эса скарлатина кам учрайди. Россияда ўрта ҳисобда 100 000 аҳолига 200 – 250 та касаллик тўғри келиб, унинг шимолий районларида кўпроқ учрайди. Ўзбекистонда касаллик кўрсаткичлари унча юқори эмас.

Скарлатинада эпидемик жараён ҳар 2–3 йил мабойнида касалликнинг даврий кўтарилиши ва камайиши билан изоҳланиб, 20 – 30 йил давомида кўп йиллик ўзгаришларга дучор бўлади. Касаллик жуда аниқ мавсумийликка эга: куз – қиш ойлари касалликни кўпайиши кузатилади.

Асосан мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар касалланадилар. Бир ёшгача бўлган болалар трансплацентар иммунитет ва стрептококк токсинига физиологик ареактивлиги ҳисобига скарлатина билан кам оғрийдилар.

Касаллик асосан ҳаво–томчи йўли билан тарқалади. Касалликнинг тарқалишида хона ичида болаларнинг зичлиги катта роль ўйнайди. Бундан ташқари ҳар хил даражадаги антитоксин иммунитетни бор инсонларнинг ҳисобига қўзғатувчи штаммларининг алмашинуви ҳам катта аҳамиятга эга бўлади.

Касалликнинг юқумлилиқ даражаси (индекс контагиозности) **40% деб ҳисобланади:**

Скарлатина бемор касаллик бошланиши билан атрофдагилар учун хавfli ҳисобланади. Айниқса касалликнинг ўта енгил ўтказадиганлар ва бошқа стрептококкли касалликлар (айниқса, назофарингит) касалликни кенг тарқалишида катта роль ўйнайди.

Охириги ўн йилларда скарлатина билан касалликнинг кўрсаткичларини пасайиши кузатилмоқда, даврий кўтарилишларнинг кўлами сусайиб, клиник белгиларининг ҳам енгиллашуви қайд қилинапти. 80 % ҳолларда скарлатина енгил турда ўтаяпти.

Патоморфологияси. Морфологик ўзгаришлар:

Стрептококкнинг ва унинг токсинининг таъсири билан белгиланади. Стрептококк учун кириш дарвозаси бўлиб бодомча безларининг, халқумнинг шиллиқ қаватлари, камдан–кам ҳолларда жароҳат ва куйган юза ҳисобланади. Маҳаллий ўзгаришлар шиш, гиперемия, тўқималарда лейкоцитар инфильтрация билан намоён бўлади. Катарал, фибриноз ва некротик яллиғланиш кузатилади.

Қўзғатувчини тўқимага бошланғич ёпишуви ва бунда яллиғланиши ва лимфоаденит ривожланиши бирламчи скарлатиноз комплекси номини олган.

Бирламчи эффе́ктдан токсиннинг сўрилиши интоксикация белгилари ва майда нуктасимон тошмаларнинг тошуви билан намоён бўлади.

Тошмалар майда нуктасимон характерда бўлиб, терининг аниқ гиперемия фонида бўлади. Микроскопияда периваскуляр инфильтрация ва дерманинг ўртача шиш типига майда ўчоқлар сингари шикастланишлар учрайди. Эпидермис суюқлик билан тўлишиб, паракератоз ҳолати юзага келади, кейинча шохсимон қават йирик пластинка шаклида тўлади (бу кафт, товон соҳаларида яққол намоён бўлади).

Ички аъзоларда скарлатинага хос эозинофил миелоцитлар иштирокида интерстициал лимфогистиоцитар инфильтрация шаклидаги некротик ўзгаришлар кузатилади. Микроциркулятор бузилишлар, бош мия ва вегетатив қон айланишининг бузилиши, нейронларда дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Морфологик ўзгаришларнинг кўлами касалликнинг оғирлиги ва асоратларнинг турига мувофиқ бўлади.

Энг жиддий асорат бу стрептокли гломерулонефрит бўлиб, у нефросклерозга олиб келиши мумкин.

Септик асоратлар ривожда некротик жараён йирингли жараёндан устун туради. Бунда некротик ўрта отит, бўйининг қаттиқ флегмонаси ва бошқалар келиб чиқади.

Патогенез:

Скарлатинага хос клиник манзара билан касалликнинг ривожланиши стрептококкнинг организмга токсик, септик ва аллергия таъсири билан боғлиқ. (А.А. Колтипин)

Стрептококклар шиллиқ қаватлари ёки жароҳатланган терига тушгач кириш дарвозасида яллиғланиш жараёнини чақиради. Лимфа томирлари ва юзаки қон томирлари орқали қўзғатувчи лимфа тугунларига кириб боради, қонда эса стрептококкнинг токсик субстанциялари пайдо бўлиб, улар юрак қон томир, асаб ва эндокрин системаларига таъсир қилади.

Токсик синдром хароратнинг кўтарилиши, тошма тошиши, бош оғриши, қайт қилиш, томирларга симпатик таъсирнинг ортиши сингари

умумий интоксикация симптомлари билан намоён бўлади. Оғир ҳолатларда оғир гемодинамик бузилишлар келиб чиқади ва у буйрак усти безларини қобиғига қон қуйилиши, бош мия шишуви, миокардда дистрофик ўзгаришлар билан намоён бўлади.

Патогенезнинг септик таъсири организмга β гемолитик стрептококк микробининг таъсири билан изоҳланади. У кириш дарвозасида йирингли некротик ўзгаришлар ва асоратлар билан намоён бўлади. Септик ўзгаришлар касалликнинг турли даврларида намоён бўлмоғи мумкин. Айрим ҳолларда септик компонент касалликнинг дастлабки кунлариданоқ яққол намоён бўлади. Бу бурун атрофи суяк бўшлиқларини шикастланиши, йирингли отит, лимфоаденит ва аденофлегмона шаклида ривожланади. Септик йўқолиш клиникада лимфаденит, отит, артрит каби йирингли асоратлар билан намоён бўлиши мумкин. Некротик отитда инфекция суяк тўқимасини ҳам қамраб, миянинг қаттиқ пардаси ва веноз синдромларга ҳам ўтиш мумкин.

Патогенезнинг аллергик йўналиши. В гемолитик стрептококк ва жароҳатланган тўқималар антигенларига сенсibiliзация ҳисобига келиб чиқади. Аллергик ҳолат касалликнинг биринчи кунларида намоён бўлиши мумкин, аммо 2–3 ҳафтада яққолроқ намоён бўлади. Аллергик синдром клиникада турли тошмалар, ўткир лимфоаденит, гломерулонефрит, миокардит, синовит каби кўринишда бўлади. Бесабаб ҳарорат кўтарилиши, турли тошмалар билан намоён бўлувчи «аллергик тўқималар» ҳам аллергия натижасида келиб чиқади.

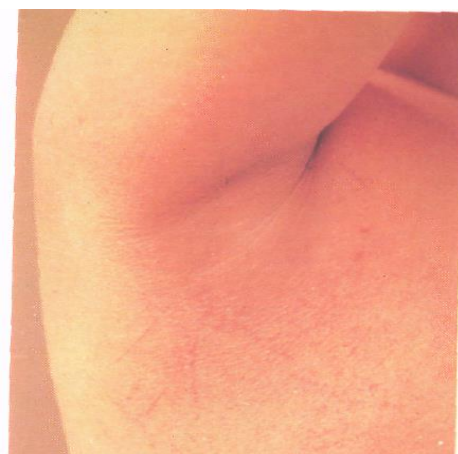
Скарлатина патогенезидаги бу 3 йўналиш белгилари бир–бири билан узвий боғлиқликда ривожланади.

Иммунитет :

Скарлатина ўтказганларда β гемолитик стрептококкнинг А группаси учун умумий бўлган, кучли антитоксин иммунитетни ривожланади. У бир умрга сақланиб қолади. Антимикроб иммунитет кучсиз бўлиб, касалликни чақирган серотипгагина қарши бўлади, яъни типоспецифик бўлади.

Дастлабки 6 ойликгача бўлган болалар скарлатина билан оғриб ўтган оналаридан ўтган трансплацентар иммунитет ҳисобига скарлатина билан оғримайдилар. β гемолитик стрептококка қарши антитоксик иммунитет стрептококкли бошқа касалликларни ўтказиш оқибатида ҳам бўлиши мумкин («пассив иммунизация»). Бола қонида антитоксик иммунитетнинг йўқлиги стрептококкнинг ҳоҳлаган типи скарлатинани чақиритиш имконини беради. Бир пайтнинг ўзида антитоксик иммунитет борлиги болани скарлатинадан сақлайди, аммо стрептококкли инфекциянинг бошқа турлари келиб чиқиши мумкин. (ангина, ёлин ва бошқалар).

Антибиотиклар, шу жумладан пенциллинни эрта қўлланиши стрептококкнинг организмда тездан йўқолишига ва бунинг натижасида антитоксик иммунитет шаклланиши сусайишига олиб келади, оқибатда касалликнинг такрорланиш ҳоллари учраб туради. **Клиник манзараси:** Скарлатинада яширин давр ўртача 2-7 кунни ташкил қилади. Бу давр бир неча соатгача қисқариши ёки 12 кунгача чўзилиши мумкин. Касаллик хароратнинг кўтарилиши билан ўткир бошланади. Бола томоқ оғриғи, бош оғриғидан шикоят қилади, одатда бир марта қайт қилади. Касаллик бошланганидан бир неча соат ўтгач беморнинг юзи, танаси, оёқ-қўлларида майда қизил нуқтасимон тошмалар тошади. Болани юзида тошмалар ёноқ соҳаларига тошиб, оғиз-бурун учбурчаги бундан мустасно бўлади. Беморнинг ташқи кўриниши ўзига хос: кўзлари ялтираган, озгина шишган, ёноқлари кип-қизил, бир пайтда оғиз-бурун учбурчаги оқарган ва тошмасиз (Н.Ф.Филатов симптоми). Терининг табиий бурмачаларида, тананинг 2 ёнбошидан, айниқса қориннинг пастки қисмларида, қўл ва оёқларининг букилувчан сатхларида, қўлтик остида, чап соҳасида тошмалар кўпроқ тошади. Бу соҳаларда тошмаларнинг зичлиги ва гемorragик тўлишиши хисобига тўқ қизил (қора) чизикчалар ҳосил бўлади. (Пастиа симптоми). Майда нуқтасимон тошмалардан сероз ёки хира суюқлик сақловчи пуфакчаларни ҳам кузатиш мумкин. Оғир ҳолатларда тошмалар цианотик тус олиб, дермографизм суст бўлади. Скарлатина учун капиллярларнинг ўтказувчанлиги ортиши хос бўлиб, буни жгут қўйиб аниқласа бўлади. Тошмалар 3 – 7 кун тургач ҳеч қандай доғсиз йўқолиб кетади. Тошмалар йўқолгач, 1 ҳафтаохири – 2 ҳафта бошларида тери тулай бошлайди. Танада, қулоқ супрасида, бўйнида тулаш кепаксимон бўлади. Милиар тошмалардан сўнг тулаш кўпроқ бўлади. Скарлатина учун товон ва кафтда пластинкасимон тулаш жуда хос бўлиб хисобланади. Ҳозирги замонда тулаш унча аниқ ривожланмаяпти.



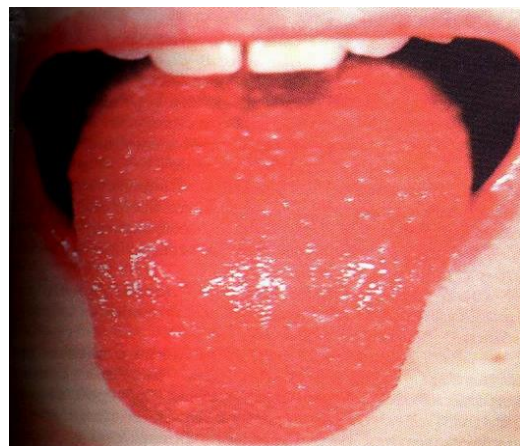
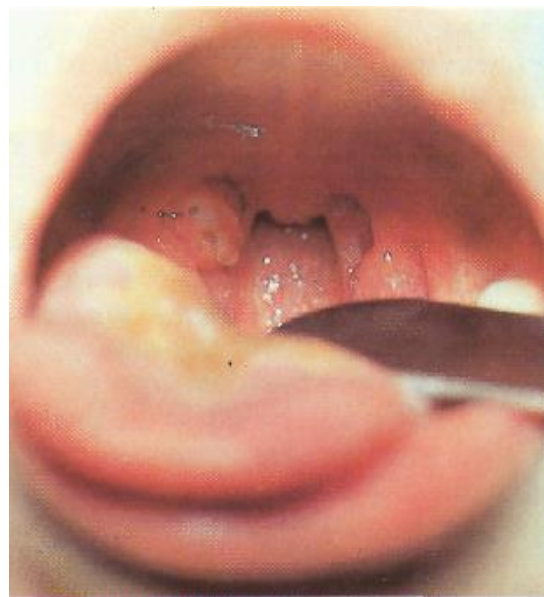
Скарлатина учун оғиз бўшлиғи, томоқдаги ўзгаришлар жуда характерлидир. Бодомча безлари, унинг равоқлари ва кичик тилда қаттиқ танглайгача

ўтмайдиған, чегараланған ёркин гиперемия жуда хос. Касалликнинг биринчи кунлари, айрим беморларда тамоқда нуқтасимон энантемани кўриш мумкин. У геморрагик тус олиши мумкин. Ҳалқумдаги ўзгаришлар шу қадар ўзига хоски, улар ҳозирги кунда ҳам Н.Ф.Филатов иборалари билан «томоқдаги ёнғин», «оловли ангина» деб юритилади.

Ангина скарлатинада катарал, лакунар, фолликуляр бўлиши мумкин, аммо энг характерлиси некротик ангина бўлиши мумкин. Оғирлик даражасига қараб юзаки оролчасимон, ёки чуқур кетиб бодомча безларини тўла қоплаган бўлиши мумкин. Некрозлар бодомчабезларидан ташқари олдинги овоқларга, тилчага, бурун ва ҳалқум шиллиқ қаватларига тарқалиши мумкин. Некрозлар хира кулранг ёки зангорисимон рангларда бўлиши мумкин. Улар секинлик билан 7-10 кун мобайнида йўқоладилар. Катарал ёки фолликуляр ангина 4-5 кун мобайнида ўтиб кетади.

Ҳалқумни шикастланишига мутаносиб равишда бўйин лимфа тугунлари жараёнига қўшиладилар. Улар қаттиқлашиб, оғриқчан бўлиб қоладилар. Даставвал бўйин олди тонзилляр лимфа тугунлари шикастланади. Некрозлар билан ўтадиган ҳолларда лимфа тугунлари атрофидаги бутун клетчаткаси ҳам қўшилиб периаденит ва хаттоки аденофлегмона белгилари келиб чиқади.

Тилда характерли ўзгаришлар юзага келади. Касаллик бошланишда қуруқ, кулранг караш билан тўла қопланган бўлади, 2-3 кундан бошлаб тил тозалана бошлайди ва сўрғичлар шишган қип-қизил ҳолатга келади ва яхши етилган малина мевасини эслатади («малинасимон», «сўрғичли», «скарлатиноз» тил). Бу симптом 3-5 кунлари яққол намоён бўлиб туради. 2-3 ҳафта мобайнида қизиллиги камайсада, сўрғичлари бўртиб туради. Скарлатинада умумий интоксикация белгиларининг кўлами касалликнинг оғирлигига мос бўлади. Асосан у хароратнинг кўтарилиши, ҳолсизлик, бош оғриғи, қайтнинг такрорланиши билан намоён бўлади. Оғир ҳолларда ҳарорат 40°C га етади, кучли бош оғриғи, кўп марта қайт



қилиш, бўшашиш, бошқа ҳолларда қўзғалиш, алжираш, тутқаноқ тутиш менингиал симптомлар билан ўтади. Замонавий скарлатина кўп ҳолларда интоксикация белгиларисиз, нормал харорат билан ўтади.

Касалликни бошланишида қон томирлар системасидаги ўзгаришлар симптоматик иннервация тонусининг ошуви билан изоҳланади. У тахикардия, қон босимининг ошуви билан ўтиб, симпатикус фаза деб баҳоланади. 4-5 кун ўтгач парасимпатик асаб системасини тонуси оша боради ва брадикардия, қон босимининг пасайиши, юрак тонларининг буғиқлиги билан намоён бўлади. (парасимпатикус фаза). Бу даврда юрак нисбий чегараларининг бир оз катталашуви, 1-тон бўғилиши, систолик шум кузатилиши мумкин. ЭКГда синус аритмияси ва брадикардияси кузатилади. Ушбу ўзгаришлар «инфекцион юрак» деб ибораланади, уларнинг негизида асосан экстракардиал таъсирлар ётади (А.А.Колтипин, Д. Лебедев).

Юрак қон томири томонидан ўзгаришлар 2-4 ҳафта сақланиб, асоратсиз йўқолиб кетади.

Скарлатина учун оқ дермогрофизм ҳос бўлиб, касаллик бошида чўзилган- яширин (10 – 12) ва қисқа (1- 1,5) аниқ даври кўрилади. Кейинча яширин давр қисқариб, аниқ давр яққолланади.

Периферик қонда нейтрофил лейкоцитоз ва ЭЧТ ни ортуви кузатилади.

Классификацияси:

Скарлатина А.А.Колтипин бўйича классификация қилинади. Касалликни типи, оғирлиги ва кечиши бўйича ажратилади. Типи бўйича типик ва атипик скарлатина қайд қилинади.

Типик турларига скарлатинага ҳос характерли симптомлари: интоксикация, ангина ва ўзига ҳос тошмалар билан ўтадиган тури киради.

Атипик турларига ўта енгил (клиник белгилар жуда суст ривожланган) ва экстрафаренгиал (эски номи экстрабуккал) турлари киради. Экстрафаренгеал скарлатинада тошмалар кириш дарвозаси атрофида зичланган, интоксикация белгилари - харорат кўтарилиши, қайт қилиш мавжуд. Одатда ангина бўлмайди, лекин томоқ шиллиқ қаватларида енгил гиперемия бўлиши мумкин. Регионар лимфоаденит ҳам асосан кириш дарвозаси атрофида бўлади, аммо унинг кўлами типик турига нисбатан енгилроқ бўлади.

Атипик турларига касалликнинг энг оғир турлари – геморрагик ва гипертоксик турлари киритилади. Бу ҳолларда асосий симптомлар ривожлангунча бемор халок бўлади. Йиринг учун бу турларини аггравирланган (ниқобланган, алдовчи) турлари деб ҳам юритилади. Бу беморлар одатда шифохонага менингоэнцефалит диагнози билан тушадилар.

Асаб, юрак қон томир, эндокрин системаларида кучли ўзгаришлар ҳисобига ўлим келиб чиқади. Ҳозирда ушбу турлар учрамайди.

Касалликнинг типик турлари оғирлик бўйича: енгил, ўрта оғир ва оғир турларга бўлинади. Касалликнинг оғирлик мезонлари интоксикация ва халқумдаги яллиғланиш жараёнларини кўлами билан ўлчанади.

Енгил турлари ҳам скарлатинага хос барча симптомлар билан намоён бўлади. Ушбу тур ҳозирда 80 – 90% ҳолларда учрайди. Касаллик тана ҳароратини 38 – 38,5⁰ гача кўтарилиши билан ўткир бошланади, аммо айрим ҳолларда ҳарорат субфебрил ёки нормал бўлиши ҳам мумкин. Интоксикация белгилари ҳолсизлик, бош оғриғи, бир маротаба қайт қилиш билан намоён бўлади. Одатда катарал ангина ривожланиб, бўйин лимфа тугунларда ўзгариш кам бўлади. Тошмалар типик бўлиб, кўп миқдорда бўлиши мумкин. Енгил турда симптомлар тездан йўқолиб, биринчи ҳафта охирида беморлар тузаладилар.

Касалликнинг ўрта оғирликдаги тури 10 – 20 % ҳолларда учраб, тана ҳароратининг 39-40⁰ га кўтарилиши, такрорий қайт қилиш, безовталиқ, уйқунинг бузилиши ва айрим ҳолларда алахсираш билан, фолликуляр ёки йирингли-некротик ангина, регионар лимфа безларининг ишуви билан намоён бўлади. Касалликнинг ўткир даври белгилари 5-7 кундан сўнг йўқола боради, тузалиш 2-3 ҳафта мобайнида бўлади.

Касалликнинг оғир турлари токсик, септик, токсико – септик турларда ўтиши мумкин. Бу тур ҳозирда 0,5% - дан кўп учрамайди.

Оғир токсик турларида тана ҳароратининг доимий 40⁰ дан юқори бўлиши, такрорий ва кўп маротаба қайт қилиш, қаттиқ бош оғриғи, хушини йўқолиши, тиришиши, алжираш, менингиал белгилар кўзга ташланади. Симпатикопарез симптомлари бўлмиш қон босимининг пастлашиши, цианоз, терлаш кузатилиб коллапс ҳолати келиб чиқади. Тошмалар бу ҳолда цианотик тусда ва ҳатто геморрагик бўлиши ҳам мумкин, ангина эса катарал ёки бир оз некротик юза бўлиши мумкин.

Оғир септик турларида касалликнинг оғирлиги асосан маҳаллий ўзгаришларга боғлиқ бўлади. Бодомча безларида, олдинги ровоқлар ва тилчада тарқалган, чуқур некрозлар кузатилади. Регионар лимфа тугунлари жуда катталашган, қаттиқлашган ва уларда кучли оғриқ кузатилади. Периаденит ва аденофлегмона(бўйин лимфа тугунларини атрофида тўқималар некрози) келиб чиқиши мумкин.

Оғир токсико –септик турларида касаллик оғирлигини ҳам умумий, ҳам маҳаллий белгилар ҳисобига бўлади.

Охирги йиллари скарлатина кўп ҳолларда енгил, камроқ ҳолларда ўртача оғирликда ўтаяпти. Оғир турлари эса қарийб учрамаяпти.

Касалликнинг кечиши:

Скарлатина текис асоратсиз ёки аллергик, септик асоратлар билан ўтиши мумкин.

Касаллик текис кечганида патологик жараён 2 – 3 ҳафта давом этади.

Скарлатина 2-3 ҳафталарда қайталаниши (рецидив) мумкин ва бу асосан реинфекция ва суперинфекция билан боғлиқ бўлади.

Асоратлари:

Скарлатина асосан лимфааденит, отит, синусит, нефрит, синовит, йирингли артрит, мастоидит сингари асоратлар беради. Улар касалликнинг бошланиши ёки кейинроқ пайдо бўлиши мумкин. Уларнинг негизида аллергия, реинфекция ва суперинфекция омиллари ётади.

Инфекцион-аллергик асоратлар (нефрит, синовит, оддий лимфоаденит) касалликнинг иккинчи даври, яъни 2-3 ҳафтада кузатилади. Йирингли асоратлар эса касаллик боши ва кейинги даврда учраши мумкин. Бу асоратлар асосан нимжон ва энг ёш болаларда учраши мумкин.

Ҳозирги пайтда пенцилиннинг қўлланиши, ва реинфекцияни олдини олувчи шифохонага ётқизиш қоидалари организмнинг тезроқ санацияланиб, юқоридаги асоратларни кескин қисқаришига сабабчи бўляпти.

Энг ёш болаларда скарлатинанинг ўтиши хусусиятлари:

Бир ёшгача бўлган болалар скарлатина билан камдан-кам оғрийдилар. Улар ўзига хос кечади. Трансплацентар иммунитет бор болаларда скарлатина рудиментар, ўта энгил ўтиши мумкин. Бунда бошланғич симптомлар ўта энгил бўлиб интоксикация кузатилмайди. Тошмалар жуда энгил, тездан йўқолиб кетади. Терининг тулаши суст ёки бутунлай бўлмаслиги ҳам мумкин. Диагноз қўйишда қийинчиликлар бўлиши мумкин.

Скарлатина иммунитетини йўқ энг ёш болаларда скарлатина септик турда ўтиб, оғир некротик ангина, фарингит ва кўплаб йирингли септик асоратлар билан намоён бўлади.

Энг ёш болаларда инфекцион-аллергик асоратлар (нефрит, синовит) камдан – кам учрайди.

Диагноз:

Типик ҳолларда касалликка диагноз қўйиш қийинчилик туғдирмайди.

Фақат касалликнинг ўта энгил турларида ёки бемор шифохонага кеч тушганида диагностик қийинчиликлар бўлиши мумкин.

Лаборатория диагнози учун халқумдан суртма олиб, β – гемолитик стрептококкни топиш, антистрептолизин О нинг титрини аниқлаш мумкин. Шунингдек бошқа ферментларни, стрептококк антитоксинини аниқлаш ҳам ишлатилиши мумкин.

Скарлатинага берилувчиликни аниқлаш учун ДИК синамасидан фойдаланилади. Бунда билак териси орасига (в/к) стандартлашган эритроген токсиндан 0,1 мл юборилади. 24 соат мобайинда инъекция ўрнида инфилтрат ёки диаметри 10 мм дан ортиқ гиперемия юзага келса синама мусбат ҳисобланиб, болада антитоксин иммунитет йўқлиги ва у скарлатина билан касалланиши мумкинлидан далолат беради. Ҳозирда диагностикада бу синама қўлланилмайди, чунки унинг натижаси секинлашган юқори сезгирлик типдаги феноменга ҳам боғлиқ бўлади.

Дифференциал диагноз:

Скарлатина псевдотуберкулёз, иерсиниоз, стафилококкли инфекция, токсик-аллергик ҳолат, қизамиқ, менингококкцемия, энтеровирусли экзантема касалликлари билан дифференциал диагноз қилинади.

Скарлатинани даволаш:

Скарлатинага чалинган беморлар клиник-эпидемиологик кўрсатмаларига биноан шифохонага ётқизилади. Енгил ва ўртача оғирликда скарлатина ўтказётганларни уй шароитида даволаса бўлади. Оғир беморлар ёки уй шароитида алоҳидалаб даволаш имкони бўлмаган беморлар шифохонага ётқизиб даволанади. Скарлатина беморлар боксларга 1 ёки 2 – 4 кишилиқ палаталарга қўйиладилар. Палаталарга беморлар бир пайтнинг ўзида жойланадилар оғриб тузалаётган беморлар билан янги тушаётган беморлар бир бир-бирлари билан мулоқотда бўлмасликлари лозим.

Беморлар шифохонадан пенциллин билан даволаш тугагач, касалликнинг 7-10 кун чикариладилар.

Уйда даволашни ташкил қилишда оиладаги бошқа болаларга касаллик юқмаслигини олдини олиш мақсадида беморни алоҳида хонага жойлаб, санитария – гигиена қоидаларига амал қилиши таъминлаш зарур (доимий дезинфекция, бемор, учун алоҳида идиш, парвариш анжомлари).

Касалликнинг ўткир даврида бемор ётоқ режимида бўлмоғи керак. Касаллик жараёнида пархез тўлақонли, витаминларга бой ва томоқни механик ҳимояловчи бўлиши шарт.

Скарлатина антибиотиклар билан даволанади. Қарши кўрсатмалар бўлмаса пенциллин буюриш мақсадга мувофиқдир. Антибиотиклар билан даволаш 5-7 кун бўлади. Уй шароитида даволанганда феноксиметил – пенциллин берилгани маъқул. У суткада боланинг ҳар кг вазинга 50 000 МЕ дан 4 га бўлиб берилади. Шифохонада суткасига 2 марта пенциллин мускул орасига юборилгани яхши. Одатда ҳар кг вазнга қараб суткасига 50 000 ЕД, оғир ҳолларда 100 000 пенциллин буюрилади.

Пенциллинга аллергия бўлган ҳолларда бошқа антибиотиклар – дерацеф, амосиклав, рулид, сулфопрепаратлар терапевтик дозаларда таклиф

қилинади. Интоксикация симптомлари яққол бўлган ҳолларда инфекцион эритмалар – реополиглюкин эритмаси, 10% ли глюкоза 2 – 3 кун мобайнида буюрилади. Беморга яна аскорбин кислотаси, сенсibiliзацияни камайтирувчи – супрастин, тавегил, томоқни чайқаш учун ромашка (мойчечак), фурацилин эритмалари тавсия қилинади.

Асоратларни ўзига ҳос хусусиятларига қараб даволанади. Йирингли асоратлар антибиотиклар билан даволанадилар. Бундан ташқари симптоматик даво, физиотерапия (УВЧ, УФО, қуруқ иссиқ) буюрилади.

Профилактика:

Скарлатинада махсус профилактика ишлаб чиқилмаган. Профилактик чора – тадбирлар скарлатина ва бошқа стрептококкли касалликларни эрта аниқлаш ва алоҳидалашдан иборат. Махсус кўрсатмалар бўйича скарлатина беморлар 7-10 кунга алоҳидаланиб, болалар муасасаларига ҳар хил асоратларни олдини олиш учун касаллик бошлаганидан 22 куни қўйилишига рухсат бурилади. Бу ҳолат бошқа стрептококкли касалликлар (ангина, фарингит, стрептодермия) ўтказганларга ҳам тааллуқлидир.

Аммо В.Ф. Учайкиннинг фикрича (1995) ҳозирда скарлатина енгил ўтиши, антибиотиклар билан даволаб бўлиши, асоратлар йўқлигини инобатга олиб юқоридаги муддатларни қайта кўриб чиқиш лозим, яъни беморлар касаллик бошлаганидан бошлаб, 10 – 12 кунлари болалар муассасаларига қўйилиши мумкин.

ҚИЗАМИҚ

Қизамиқ – асосан болаларнинг ўткир юқумли касаллиги бўлиб, вируслар томонидан чақирилади, ҳаво-томчи йули билан юққди, нафас йўли, оғиз, томоқ, кўз шиллиқ қаватларининг яллиғланиши, терида доғли-тугунчали тошмалар тошуви, умумий интоксикация ва асосан нафас аъзолари, асаб системаси ва овқат хазм қилиш аъзолари томонидан иккиламчи асоратлар бериши билан изоҳланади.

ТАРИХИ.

Қизамиқ инсоният тарихидаги энг қадимги касалликлардан бири бўлиб, эрамиздан бир неча асрлар аввал ҳам уни билишган, аммо алоҳида касаллик сифатида фақат XVII асрнинг II ярмида тан олинди. Касаллик биринчи бўлиб, IX асрда шарқнинг машҳур табиби Абу Бакр Ал-Розий (Ал-Разес) томонидан *haskbech* номи билан ёритилади. У чинчечак ва қизамиқ касалликлари ўртасида дифференциал диагноз ўтказди. Ҳозирда ушбу буюк олимнинг «касалликлар тарихи» рисоласи эълон иқлинди. XVII асрда қизамиқ ва скарлатина кичик касаллик – *morbilli* номи билан маълум эди.

XVII асрнинг II ярмида (1754 й) Сайденгем ва Мортон қизамиқнинг клиник манзарасини муфассал ёритиб бердилар.

1911 йили Андерсен ва Гольдбергер қизамиқнинг қўзғатувчиси – вирусни аниқладилар ва филтрланиш хусусияти борлигини топдилар.

Ўша 1911 йили Никол ва Консейл мулоқотда бўлганларга оғриб ўтганларни қон зардобини юбориб, серопротифақтика усулини ишлаб чиқдилар. Кейинча бу мақсадлар учун иммуноглобулин ишлатиладиган бўлди.

Қизамиқ қадимда жуда кенг тарқалган, ўта оғир касаллик бўлиб, уни «болаларнинг ўлати» («детская чума») деб аташган.

Ўша пайтларда ҳар йили бутун дунёда 60 млн. қизамиққа дучор бўлиб, улардан 3 млн. халок бўлар эди. Ривожланаётган мамлакатларда ҳозир ҳам ўлим сони 10 – 32% га етади.

Собиқ СССРда эмлаш жорий қилингунича ҳар йили 1,5–2,0 млн болалар қизамиқ билан оғриб ўтарди.

1954 йили Д. Эндерс (АҚШ) биринчи бўлиб қизамиқ вирусини ҳужайрали муҳитда ривожлантириш Нулики ишлаб чиқди. Бу кашфиёт асосида тирик қизамиқ вакцинасини яратиш имкони туғилди. 1959 йили Д.Эндерс ўзи ишлаб чиққан усул асосида вирусларни атенуациясига эритиб, вакцина штаммларини яратди, улар негизида юқори иммуноген қизамиқ вакцинаси яратилди.

Академик А.А. Смородинцев раҳбарлигида Ленинграддаги Пастер номли илмий тадқиқот илмгоҳида вакцина штаммининг юқори сифатли Ленинград – 16 (Л- 16) ишлаб чиқилди.

Л – 16 ёрдамида аҳоли ўртасида оммавий эмлашни жорий қилиниши ва ўтказилиши қизамиқ билан касалланишни ва ундаги ўлим сони 1967 йилдан бошлаб кескин камайди. 1974 йилга келиб, собиқ СССР да касаллик 6-7 марта, Ўзбекистонда эса 30 марта камайди.

Ҳозирда Ўзбекистон Республикаси бутун дунё соғлиқни сақлаш жамияти (ВОЗ) ва унинг болалар учун бўлими ЮНИСЕФ таклифи билан айрим регионларда бир қатор юқумли касалликларни 2000 йилгача тугатиш харакатига қўшилиб, қизамиқ касаллигини ҳам тугатиш борасида катта ишларни олиб бормокда.

ЭТИОЛОГИЯСИ.

Қизамиқни филтрланувчи вирус чақиради. У касаллик юққан организмда ривожланиб узоқ муддат сақланмайди. Вирусни қондан, юқори нафас йўллариининг шиллиқ суюқлигидан, кўз ёшидан яширин давр, продромал давр ва тошмали даврнинг дастлабки кунлари ажратиши мумкин.

Бу қўзғатувчи таркибида РНК бўлиб, парамиксовируслар туркумига киради. Қизамиқ вирус организмда патоген хусусияти пасайиб аттенуацияланиш хоссасига эга. Худди шу хусусияти, тирик қизамиқни тирик вакцинани яратиш учун асос бўлиб хизмат қилди. Бу борада П.Г.Сергеев, Э.В.Смирнов, В.И.Иоффе, В.М.Жданов, М.П.Чумаков, Д.Эндерс ва С.С.Махсумовларнинг илмий изланишларини эслаш мумкин. Вирусли лейкоцитларда, ачитқида, уруғланган тухум, товук ҳомиласида сингари фақат тирик тўқималарда ўстириш мумкин.

КЛИНИКАСИ.

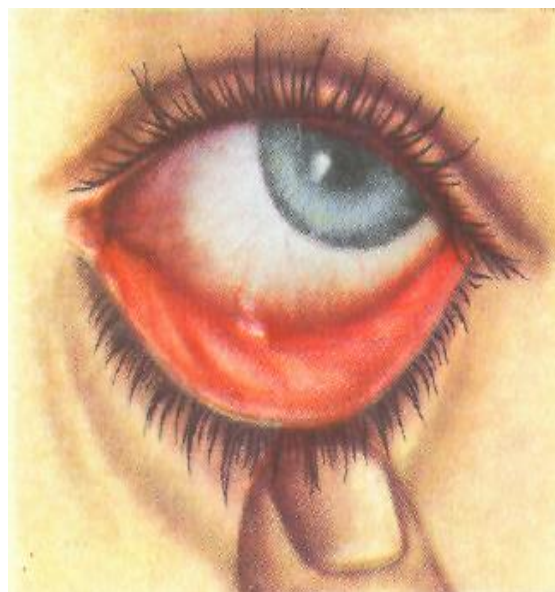
Қизамиқ клиникаси циклик, яъни даврий ўтиш билан ажралиб туради. Касалликнинг қуйидаги 5 та даври бор.

1. Яширин давр.
2. Бошланғич-катарал давр.
3. Тошма тошиш даври.
4. Тошмаларнинг қайтиш ёки пигментация даври.

5. Реконвалесценция-тузалиш даври.

1. Қизамиқнинг яширин-инкубацион даври 7-17 кун давом этиб, ўртача 9-11 кунни ташкил қилади. Қизамиқ бошқа бирор касаллик билан бирга ўтса яширин давр 17 кунга чўзилади. Мулоқотда бўлганлар гаммаглобулин олсалар ёки тезроқ вакцина билан эмланса, яширин давр 21 кунни ташкил қилади.
2. Продромал ёки катарал давр-касаллик белгилари бошланиб, то тошма тошгунгача бўлган давр 3-4 кун давом этади. Айрим ҳолларда бу давр 7 кунга чўзилиши мумкин. Катарал даврнинг чўзилиши кўпроқ нимжон, касалванд 1 ёшгача бўлган болаларда учрайди.

Бу даврда тана харорати 38-39⁰ ўткир кўтарилиши кузатилади, аммо субфебрил бўлиши ҳам мумкин. Харорат бу даврнинг охирида 37с га тушади ва тошма тошуви яна кўтарилади. Бемор болалар инжиқ, безовта бўладилар. Кўз, бурун шиллик қаватларининг яллиғланиши ҳисобига беморнинг юзи димикқан бўлади. Юқори нафас йўлларида, ошқозон-ичак тракти шиллик қаватларида катарал яллиғланиш кузатилади. Бу белгилар борган сари кучайиб, катарал давр охирида маромига етади. Конъюнктивит кучли бўлади: ковоқлар шишган, қизарган, кўздан ёш оқиши, ёруғликдан кўрқиш, йирингли ажратмалар кузатилади. Бурундан шиллик-йирингли суюқлик оқади, йутал, акса уриш кузатилади, йўтал-дағал аккиловчи (ларингит, трахеит) бўлиши, ёки биғиллаган бўлади. Кўпинча бурун қонайди, оғиз бўшлиғи шиллик



каватлари қизарган, томоқда диффуз гиперемия бўлади. Бодомча безлар катталашган, қизарган, айрим ҳолларда қараш қоплайди.

Қизамиқнинг бу даврдаги эрта ва махсус симптом бу Бельский – Филатов-Коплик симптоми-дир. Бу қизил рангли, ўртасида оқ нуқтаси бор доғлар бўлиб, кепакни эслатади. Улар бир-бирлари билан қўшилиб кетмайдилар ва артганда кўчмайдилар. Шу хусусиятлари билан гўдак болалардаги молочница дан фарқ қиладилар. Бу доғлар эпителий десквамацияси натижасида келиб чиқади. Б.Ф.К. доғлари катарал даврнинг 2–3 кун пайдо бўлиб, тошмали даврнинг 2 чи кунгача сақланади. Бу симптом патогномоник диаг-ностика аҳамияти жуда катта.

Юмшоқ ва қаттиқ танглайда яна бир белги доғли энантемани кўриш мумкин. Бу симптом таянч симптом бўлиб, Б.Ф.К.симптоми билан бир пайтдо пайдо бўлади ва йўқолади. Бу даврда продромал тошмалар ҳам кузатилиши мумкин. Улар майда, папулёз характерда бўлиб, оч қизил рангда бўлади. Бу даврда ошқозон ичак тракти томонидан иштаҳанинг кескин пасайиши (хатто анорексия), қайт қилиш, қоринда оғриқ сингари симптомлар ҳам кузатилади. Переферик қонда лейкопенияни кўриш мумкин.

Тошма тошиш даври.

Бу давр 3–4 кун давом этади. Қизамиқда тошмалар босқичма–босқич тошади. Тошмалар даставвал юз соҳасида, кулоқ супраси ортида, бўйнида; иккинчи суткада танага ва қўлларга тошиб, 3 суткада остга ҳам тошади.

Тошмалар тошувидаги бу қонуният камдан–кам бузилади, яъни улар тезроқ ёки секинроқ тошади, тошмаларқориндан бошлаб тошиши мумкин.

Тошмалар даставвал майда доғчалардан иборат бўлиб, аста–секин катталашиб тери соҳасида бўртиб чиқа бошлайдилар, ва доғли тугунчали тошма бўлиб қолади.



Тошмалар турли ҳилда бўлиши мумкин:

1. Тошмалар кўп – озлиги бўйича сийрак, якка дукка элементлардан то бир–бири билан қўшилган, зич, катта миқдордаги тошмалардан иборат бўлиши мумкин.



2. Ранглари буйича оч пуштидан то кип–қизил цианотик ранггача бўлиши мумкин. Тошмалар геморрагик ҳам бўлиши мумкин.

3. Папулаларнинг хажмига қараб жуда енгил тери сатҳидан кўтарилишидан бошлаб то аниқ билинувчи папулаларгача.

Қизамиқ тошмаси терининг оддий оқ фонида тошади. Бир–бирига яқин турган макула–папулалар бир–бирларига қўшилиб, ҳар хил шаклдаги катта – катта доғларни ҳосил қилади. Айрим ҳолларда терининг нормал юзаси кўринмайдиган йирик эритмалар юзага келади.

Қизамиқ тошмалари кўпроқ қўл ва оёқларнинг ёзилувчан сатҳларида бўлади.

Тошмали даврнинг 2-4 кунлари тошмалар қандай таркибда тошган бўлсалар, шу тартибда қайта бошлайдилар. Тошмалар аста–секин оқариб, папулёз хусусияти йўқола боради ва қора доғли ҳолатга айланади. Пигментация 1-2 ҳафта, айрим ҳолларда 3 ҳафтагача туриши мумкин. Пигментация билан бир қаторда тангасимон тулаш ҳам бўлади.

Тошмали даврда тана харорати продромал даврга нисбатан юқори бўлади ва $39-40^{\circ}$ C га етади ва тошма тоша бошлайди, 3 кун мабайнида юқори даражада бўлади ва фақат 6-7 кунга бориб, туша бошлайди ва нормаллашади. Оғир ҳолларда харорат узокроқ давом этади ва фақатгина 8-9 кунлари меъёрлашади. Агар харорат тушмаса, асорат келиб чиқганлигини билдиради. Бу даврда беморнинг умумий аҳволи ниҳоятда оғир уйқучан, бўшашган бўлиб иштаҳаси мутлақо йўқ бўлади. Юзи шишиб, катарал белги кучаяди.

Периферик қонда бу даврда лейкопения кузатилади.

Бу даврда ўпка системасида катарал белгилар кучайиб, қуруқ ва ҳўл хириллашларни эшитиш мумкин. Юрак-қон томир, овқат ҳазм қилиш ва асаб системасида ҳар хил ўзгариш келиб чиқади.

Реконвалесценция даврида клиник тузалиш келиб чиқсада тикланиш жараёни узок давом этади. Болаларда ҳолсизлик, инжиқлик ва хотира пасайиши сингари белгилар учраб туради. Бу давр қизамиқ аллергияси холати билан ўтади.