

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

Мавзу: ШАРТЛИ ПАТОГЕН ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

Бажарди: Нишонов Ф.

Самарқанд 2017 йил

ШАРТЛИ ПАТОГЕН ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

Шартли патоген ичак инфекциялари болалар инфекцион патологиясининг асосий муаммоларидан бири булиб, огир кечиши, улим ҳолатлари билан кечиши мумкин. Шартли патоген кузгатувчиларга энтеробактериялар оиласига кирувчи эшерехиялар, цитробактериялар, протейлар, энтеробактериялар, клебсиелларлар, гафниялар, серрациялар, кук йиринг таёкчалари, кампилобактериялар, стафилококк, кластридиялар, провденция, плезиомоназ ва бошқалар киради. Улар организм учун патоген таъсир қиладиган бир неча хусусиятга эга. Эндо- ва экзотоксинлар гемолизин ишлаб чиқаради. Қасаллик икки хил йул билан юкади: эндоген (20-30%) ва экзоген.

Эндоген инфирланганда шартли патоген флора ичкала активланади. Бунинг сабабалари олдин утказган уткир ичак инфекциялари, вирусли респиратор ва бактериал инфекциялар, антибактериал препаратларни нораціонал қуллаш, иммунодефицит ҳолатлар, ичак дисбактериози, сунъий овқатланиш, экологик ҳолатлар, иммуносупрессив ҳолатларда қуллаш қабиларда қузатилади.

Шартли патоген ичак инфекцияларининг классификацияси (Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф. 1990 й.)

І Тарқалиши буйича:

1. Локал
2. Тарқалган (септик)

ІІ Формасига қура:

1. Типик: гастроэнтерит, гастрит, энтерит, энтероколит
2. Атипик: билинар-билинемас, симптомсиз, гипертоник

ІІІ Жараён огирлигига қура:

1. Енгил
2. Урта огир
3. Огир

ІV Қасаллиқнинг кечишига қура:

1. Уткир
2. Қузилган.
3. Сурункали

V Асоратининг характериға қура:

1. Ичак дисбактериози, пневмония, отит ва х.к.

VI Микс инфекция

Тахминий таххис : протеаз, энтероколит, оигр форма, қузилган кечиши.

Асорати: сийдик чиқариш йуллари инфекцияси

ПРОТЕАЗ

Протеаз ёки протей инфекцияси инфекцион қасаллиқлар гурухи шартли патоген микроблар қақиради. *Proteus* асосан ошқозон-ичак трактини зарарлаши ва сепсиси ривожланиши билан кечади.

Протеаз этиологияси:

Протеаз қузгатувчиси *Enterobacteriaceae* оиласига қиради. Бу таёкчасимон перитрихиял, аспороген, граммманфий хемиорганотроп факультатив, анаэроб, ҳаракатчан бактериялар булиб, улчами 0,5-2 мкмдир. Озик мухитларни танламайди, ҳаммасида усади. Узида Н ва О антигенни саклайди. Бу эса қатта микдорда сероварга булинади. Авлодига 5 та тур қиради: *P. vulgaris*, *P. merovebelis*, *P. morgani*, *P. retrati*, *P. incnstantans*

(*provedencia*) О соматик антиген липополисахарид ҳисобланиб, химиявий структурасига қура эндотоксин ва биологик хусусиятлардан иборат. Н –антиген хивчинларда жойлашган булиб, юкори активликка эга. Патоген активлик даражаси адгезиянинг юкори босқичи билан боглиқ булиб, у эндотоксин (липополисахарид) термолабил, термостабил энтеротоксин. Патоген ферментлар махсулоти: протеаза, фосфатаза, лецитиназа, гиалуронидаза, гемолизин хусусиятларига боглиқ. *Proteus* нинг ҳамма авлодлари учун антибактериал препаратларга, ультрабинафша нурларга, дезинфектдан ва физико-химик омилларга қидамли ҳисобланади.

Булар касалхона ичи инфекцияси булиши мумкин. *Proteus* бактерияларининг асосий хусусиятлари одамда касаллик чакириши ва хар хил жойда жойланиши натижасида полиморф клиник куринишлар келтириб чикариши билан боглик.

Протей инфекцияларининг клиник вариантлари

Протей инфекциялари ошкозон ичак тракти, сийдик чикариш органлари, нафас органлари, ЛОР органлари, суяк тукумаси, мия пардалари ва терида йирингли яллигланиш жараёнларини келтириб чикариши мумкин. Касаллик купинча, уткир кечади. Айрим холларда сурункали рецидивланган кечиши мумкин. Болаларда касаллик асосан биринчи уринда ошкозон ичак трактидан, кейинчалик иккинчи уринда сийдик чикарув аъзоларида касаллик чакиради.

Протей этиологияли ошкозон ичак зарарланишига характерли белгилар

Касаллик уткир бошланиб, умумий инфекцион симптомлар билан кечади. Субфебрил ёки фебрил харорат 5-7 кун мобайнида сакланади. Кайта-кайта кусиш 2-3 кун мобайнида кузатилади. Беморларни кориндаги огрик, метеоризм безовта килади. Гепатомегалия ҳам кузатилиш мумкин. Бир ёшгача булган болаларда ошкозон ичак тракти зарарланиши билан кечиб, гастроэнтерит ва энтерит белгилари билан кам холларда гастроэнтероколит, энтероколит билан кечади. Касалликнинг давомийлиги 10-14 кун булади. 1 ёшгача булган болаларда касалликнинг ичак формаси токсикокз ва эксикоз биринчи ва иккинчи даражасининг ривожланиши билан кечади. Диарея инвазив характерга эга булади. Янги тугилган чакалокларда протеаз касаллиги яшин тезлигида ривожланиб тана харорати фебрил ёки субфебрил, кусиш ёки ахлатнинг инвазив хараектерда булиши, метеоризм, ичакларнинг гулдираши билан кечади. Инфекциянинг кириш дарвозаси киндик томирлари хисобланади.

Протеазалар лаборатор диагностик усуллари

Протеазаларга ташхис куйиш узига хос кийинчиликка эга. Чунки улар бошка микроорганизмлар билан ассосиацияда булади ва касалликнинг огир кечишига олиб келувчи агентлар хисобланади. Протей бактериялари йулдош асоратли касалликларни келтириб чикаради. Лекин узи этиологик агент хисобланади. Текшириш материаллари булиб патологик ажралмалар, биологик суюкликлар, кон, ахлат, биоптантилар, гистолитик материаллар хисобланади. Бактериологик метод асосий усул булиб, бактерияларни ажратиш ва турни аниклаш учун ишлатилади. Протей инфекциясининг ичак формасида антибактериал препаратларга сезувчанлигини аниклашда ишлатилади. Бу усул билан протеаз уткир ичак инфекциясини агентлигини аниклайди.

Серологик усул

Жойлашган жойига караб (урогенитал, ЛОР, нафас органлари, септик холатлар) ёки ёрдамчи ичак инфекцияни аниклайди. Протейнинг аутоштаммларига антителио касалликнинг 5-6 кунларида ишлаб чикарилади. Унинг титри 1:100, 1:200 энг юкори дозаси эса 10-14 кунларда (1:800, 1: 1600 ва ундан юкори титрда) булади.

Йирингли септик холларда анителио титри болаларда паст даражада(РА да 1: 80, 1:180 ва РНГА ларда 1: 10 га нисбатан) булади. Сийдик чикариш органлари касалланишида эса протей титри 1:160-1:640 булади.

Клебсиллёз инфекцияси тугрисида тушунча

Клебсиелла инфекцияси – бу чакалокларда ва ёш болалар орасида кенг таркалган касаллик булиб, шартли патоген бактериялар клебсиелларал томонидан чакирилади. Ошкозон ичак тракти бронхлар тизими, буйрак бош мия, ва унинг пардалари зарарланиши билан кечади.

Клебсиллёз инфекцияси этиологияси

Клебсиллёз инфекцияси- Enterobacteriaceae оиласига кирувчи *Klebsiella* авлоди хисобланади. Бу таёкчасимон, харакатсиз, аспороген, грамманфий, хеморганотроп, факультатив анаэроб бактериядир. Купчилиги чидамли капсулага эга. Клебсиелла антибактериал препаратларга, ультрабинафша нурларга, паст ва юкори хароратга, физико-химик омилларга чидамли хисобланади. Касалхона ичи инфекцияси була олади. Узида О ва К антигенни саклайди. К антигеннинг 86 та, О антигенининг 12 та тури бор. Биологик белгилфраг кура: *K. pneumoniae*, *K. ozaenae*, *K. rhinoscleromatis* турларга ажратилади. О соматик антиген химик структурасига кура, липополисахарид комплексидан иборат.

Биологик активлиги эса эндотоксин хисобланади. К антиген полисахарид табиатли булиб, улар узаро глюкурон ксилотаси билан боғланган. Клебсиеллаларнинг ҳамма тури антители хосил килади. Клебсилёз сурункали ва уткир сурункалига булинади. Сурункалига Кожаенае(бурун шиллик кавати тотал атрофияси, бурун халқум ва суяк чиганок атрофияси) К. Rhinoscleromatis (склерома, юкори нафас йуллари касалликлари) киради. Уткир сурункалисига К. Pneumoniae киради. Бу формаси таркалган сепсис, септикопиемия, локал куринишида бронхит, пневмония, отит, сийдик йуллари инфекцияси, ут йуллари уткир ичак инфекцияларин чакиради. К. Pneumoniae билан бир ёшга тулмаган болалар 72,3 % касаланади. Ёш болаларни эса 35,2% дан то 56,5% и касалланиши мумкин. К. Pneumoniae юкори патоген активлигининг адгезия функциясини бажаради. Бу эса I-II тип фибрияларга боғлиқ. Эндотоксин (липополисахарид) ва капсулли полисахарид адгезия функциясини бажаради. Диарея синдромининг ривожланишида протеаза, фосфатаза, лецитиназа, гиалуронидаза, нейраминадаза, ДНК аза катта ахамиятга эга. Улар шилликли экстрацеллюляр капсула хосил килади.

Клебсиеллёз инфекция ичак формасининг асосий хусусиятлари

Клебсиеллёз ичак формасида кечиш инфицирланишига ва бола ёшига боғлиқ. Ёш болалар купинча эндоген механизм билан инфицирланади. Нафас органлари, ЛОР аъзолар (отит), киндик яраси (омфалит) оркали юкади. Касаллик дисбактериоз, гипотрофия, кайталанган ОРВИ бор болаларда тез ривожланади. Касалликнинг огир формалари токсикоз ва эксикознинг 2-3 даражалари билан кечади. Купинча йугон ичак зарарланиши ва энтероколит ва гемоколит асоратлари балн кечади. Клиник симптомлар узок сакланади: Кусиш 3-4 кун, иситма 5-6 кун, токсикоз ва эксикоз 4-5 кун мобайнида сакланади. 10-14 кунга келиб ахлати нормаллашади.

Ошкозон ичак клебсиеллёзининг экзоген инфицирланиши ва клиник куриниши касалнинг ёшига боғлиқ. Бир ёшгача булган чакалокларда касаллик купинча энтероколит формада, баъзан эса гемоколит ривожланиши билан кечади. Ахлат тезлиги кунига 6-10 марта, диарея синдроми эса 9-10 кунгача сакланади. Касалликка берилувчан булган одамларда касаллик токсикоз ва эксикознинг 1-2 даражалари билан кечади. Токсикознинг клиник куриниши 2-4 кун, эксикозники 2-5 кун сакланади. Касалларнинг ярмида метеоризм, 1/3 кismiда гепатомегалия кузатилади. Бир ёшдан катта болаларда касаллик ингичка ичак зарарланиш билан кечади. 1/3 кism болаларда энтероколитик формаси аникланади. Касаллик уткир бошланиб, тана харорати субфебрил ва фебрил даражагача кутарилади. Иситманинг 5-6 кунларида эса диарея ривожланади. Токсикоз ва эксикознинг I,II даражалари кам учрайди. Янги тугилган чакалокларда ҳам эндоген (омфалит), ҳам экзоген (чакалокларни парвариш килувчи ходимдлар оомнидан) инфицирланади. Чакалокларда уткир, яшин тезлигида ривожланиб, диарея купинча инвазив характерда булади. Суткасига ахлат тезлиги 10-20 марта, кайта кусиш ёки кекириш кузатилади. Токсикоз ва эксикоз тез ривожланиб, тана массасининг йукотилиши билан кечади. (400-500 гармм) Болалар жуда холсиз, тормозланган, реакцияси паст, териси рангпар, шунингдек периорал ва периорбитал цианозлар ривожланиб, некротик характерга эга булади. Кейинчалик ичак перфорациясига олиб келиши мумкин.

Клебсиеллёзнинг лаборатор диагностик усуллари

Клебсиеллёзга ташхис куйишузига хос кийинчиликка эга, чунки улар бошка микроорганизмлар билан ассоциацияда булади. Булар бошка кушимча касаллик кечишини огирлаштирувчи антигенлар хисобланади. Текшириш учун материал касалликнинг жойлашган жойига караб, кон, ликвор, сийдик, ут ва биологик суюкликлар, ахлат, биоптантлар олинади.

Бактериологик усуллар клебсиелланинг идентификациясида асосий усул хисобланади. Клебсиеллёзнинг ичак формаларида антибактериал препатларга сезгирликни ва патогенликни аниклаш учун ишлатилади. Бу усул билан патогенлик потенциали дифференцияси хакикий антигенни аниклашга ёрдам беради.

Серологик метод. Касалликнинг жойлашган жойига караб урогенитал, ЛОР, нафас органлари зарарланиши, септик холатларни аниклашда ёрдамчи усул хисобланади. Клебсиелла аутоштаммларига антители касалликнинг 5-6 кунларида ишлаб чиқарилади.

Унинг титри 1:100- 1:200, юкори даражаси эса 10-14 кунларда (1:1800-1:1600 ва ундан юкори) булади. 7 ёшли болаларда касаллик йиринги септик холатларда антитело титри унча ката булмайди. (1:80,1: 160-180 ва ундан юкори). Сийдик чикариш аъзоларида клебсиеллэз тири 1:160-1:640 нисбатда булади. О антиген К. *Pneumoniae* термоллабил энтеротоксинларни аниклаш учун ИФА тест системалари ишлаб чикарилган.

Кук йирингли инфекция.

Кук йирингли инфекция-бу шартли патоген микроблар булиб, псевдомонас авлодига киради. Ошкозон ичак тракти, упалар, мия пардалари зарарланиши Билан кечиб, сепсисга олиб келиши мумкин.

Кук йирингли инфекция этиологияси.

Кук йирингли инфекция *Pseudomonasaeruginosa* псевдомонас авлоди хисобланиб, *Pseudomonaceae* оиласига киради. Бу харакатчан(кутбли жойлашган хивчинлар) аспороген, грамманфий, хемиорганотроп, аэроб бактериялар хисобланади. Улчамлари 0,5 мкм га тенг, оддий озик мухитларида усади. Флюоресценцияловчи пигментлар ишлаб чикариш хусусиятига эга: пиоцинин-кук, яшил рангда, пиорубин-кизил рангда; пиомеланин-кора рангда ва оксифенозин-сарик рангда булади.

Pseudomonasaeruginosa патогенлиги термоллабил цитотоксин ишлаб чикаришига асосланган. У оксил табиатли, термостабил экстрацеллюляр оксилли экзоэнзим ва нордон оксил булагли цитотоксиндан иборат; гемолизин ишлаб чикариши эса фосфолипаза С ва термостабил гемолизиндан иборат лецитиназа активилига эга термоллабил гемолизиндан тузилган, уэса ишкорий фофатаза ва гликолипиддан тузилган.

Энтеротоксин томир утказувчанлигини назорат килувчи фактор булиб, бир катор патоген ферментлар: гликопептид боғларни бузувчи нейраминаза, оксил молееулаларини паст молекулчр махсулотларга парчаловчи ферментлар нейтрал протеаза I протеаза II, ишкорий протеаза III , эластаза) ишлаб чикаради. Булар бактериялар, инфекциялар учун купайиш ва озикланиш мухити хисобланади. Инфекция патогенезида экстрацеллюляр шиллик мухит ахамиятга эга. У паст молекуляр комплексдан тузилган булиб, антифагоцитар вазифани бажаради.

Pseudomonasaeruginosa купчилик антибактериал препаратларга, айникса, Са ва магний препаратларига чидамли. Касалхона шароитида полиморфизмлиги юкори булиб, вирулентлик хусусияти кучаяди. Антигенга нисбатан антитело хосил килади.

Кук йирингли инфекция ичак формасининг асосий хусусиятлари.

Касаллик уткир бошланиб, биринчи кунлари инвазив диарея билан кечади. Ахлат суюк булиб, шилликли, йирингли, яшил рангил ва баъзан кон излари балн келади. 2-3 кунларда аста-секинлик билан тана харорати кутарилиб, токсикоз ривожланади. Янги тугилган чакалокларда энтероколит геморрагик компонентлар билан огир кечади. Ичак шиллик кавати перфорацияси билан кечиши мумкин. Бемор тезда тана массасини йукотиб эксикознинг 2-3 даражалари билан кечади. Огрикли абдоминал синдром яккол булади. Бунда бошка органлар етишмовчилиги ва сепсис ривожланади. Катта ёшли болаларда овкат Кук йиринг токсикоинфекцияси билан инфицирланган булиб, касаллик уткир бошланади. Кайта кусиш, эпигастрал сохада огрик билан кечади.

Кук йирингли инфекция лаборато-диагностик специфик методлари.

Pseudomonasaeruginosa политроп характерга эга булганлиги учун специфик лаборатория диагностик усулни талаб килади. Бунга эса бактериологик ва серологик текшириш усуллари киради. Бактериологик метод *Pseudomonasaeruginosa* ни ажратиб олиш учун хамма биологик суюкликлардан биопсиялардан, секцион ва гистологик текширишлардан материал олиш мумкин. Тери аллергик синамаси –патогенни аниклаш учун ва организм реактивлигини билш учун экспресс метод хисобланади. Касалликнинг 2-3 хафталарида полинефрит, отит, остеомиелитларда реакция аник булади. Суст ривожланувчи юкори сезувчанлик типигаги беморларда бу реакция 6 ойгача сакланиши мумкин. Серологик метод антитело борлигини аниклашга каратилган. Специфик иммуноглобулин М синфидаги антителолар касалликнинг 3-4 суткаларида хосил булиб, касалликнинг 10 суткасида энг юкори даражасига етади. РНГА

реакцияларига кура касалларда антитело микдори 1:320, 1:640 ва ундан юкори нисбатларда булади.

Стафилококкли инфекция

Стафилококкли инфекция- бу стафилококklar томонидан чакирилган касаллик булиб, учокли ва таркалган формада кечиши билан характерланади. Тери, тери ости ёг клетчаткаси, наафс органлари ва нерв системаси, буйрак, жигар, ичаклар зарарланиши билан кечади.

Уткир ичак инфекциясида **SI. Aurens** нинг роли

Ошкозон ичак трактининг **SI. Aurens** билан зарарланиши 1 ёшгача булган болалар ва иммунитет паст булган болаларда касаллик энтерит, энтероколит, гастрит, гастроэнтероколит билан кечади. Зарарланиш **SI. Aurens** билан бирламчи экзоген ва иккиламчи эндоген, яъни организмдаги бор учоклар булади. Ошкозон ичак тракти зарарланиши септик беиорларда сепсиси ривожланиши билан кечиши мумкин. Иккиламчи зарарланишнинг куп учрашига сабаб, организмдаги учоклар борлигидир.

Ошкозон ичак трактининг стафилококкли зарарланиши

Ошкозон ичак трактининг стафилококкли кузгатувчилар билан зарарланиши **SI. Aurens** оркали амалга ошиб, улар шарсимон, харакатсиз, факультатив анаэроб, граммусбат бактериялар булади. Сарик ёки тук сарик пигмент ажралиб, улар каротиноид хусусиятга эга булиб, сувда эримайди. Муътадил усиш харорати 37С.

Стафилококкнинг патоген хусусиятлари

Энтероколитларда ажралувчи **SI. Aurens** асосан В энтеротоксин ажратиб, гастроэнтероколтиларда энтеротоксин А ажратувчи овкат токсикоинфекциялари чакиради, фибринолизин, коагулаза киради. **SI. Aurens** пенициллин каторидаги антибиотикларга сезувчан булиб, канамицин, левомецитин, тетрациклин, мономицин, гентамицин, фуразолидон, энтеросептол гурухларига юкори сезувчан хисобланади.

Касалликнинг шакллари

Ичакнинг стафилококкли зарарланиш классификацияси турли туман булиб, махсус симптомларга эга эмас.

1. Бирламчи гастроэнтерит

А. Энтерит

Б. Гастроэнтероколит

В. Энтероколит

4. Иккиламчи гастроэнтероколит

А. Энтерит

Б. Гастроэнтероколит

В. Энтероколит

5. Стафилококкли сепсиснинг ичак белгилари намоён булиши

А. Гастроэнтерит

Б. Гастроэнтероколит

В. Энтерит

Бирламчи стафилококкли зарарланиш уткир бошланиб, тана харорати субфебрил ва фебрил ракамларгача кутарилиб, айрим холларда уткир ости, шакли билан бошланиб, нисбати бир-бирларига тугри келади.

Куп холларда ахлат кон аралаш булиб, кайт килиш, суюк ахлат, иситма реакцияси ва интоксикациянинг бошка белгилари шигеллёз клиникасини стимуллайди. Лекин шигеллёздан фаркли равишда тенезм, сигмасимон ичакнинг спазми, спазмга мойиллик, ануснинг очилиб колиш белгилари булмайди.

Стафилококк инфекция билан зарарланишнинг клиник намоён булиш хусусиятлари

Ошкозон-ичак трактида стафилококкли инфекцион жараён турли жойда жойлашади: стоматит, гастрит, энтерит, колит. Кушма формалари хам учраши мумкин: гастроэнтерит, энтероколит, гастроэнтероколит. Ошкозон-ичак трактининг стафилококкли зарарланиш клиникаси намоён булиши зарарланиш характери (озик, контакт, эндоген) ёшига,

касалликнинг преморбид фонга, кузгатувчининг хусусиятига, инфекциянинг дозасига боғлиқ. Асосан катта ёшдаги болаларда кузатилиб, киска инкубацион давр (2-5 соат) тусатдан уткир бошланиши, эпигастрал сохадаги огрик, куп маротаба кайт килиш характерли. Беморнинг бош айланиши, ута холсизлик, кунгил айланиши безовта килади. Куздан кечирганда акро-ва периорал цианоз, тери копламаларини рангпарлиги кузатилади. Тери совук тер билан копланган. Юрак-кон томир системаси томонидан: пульс ипсимон, юрак тонлари бугик, АҚБ паст булади. Ичак зарарланиши белгилари кушилиб, ахлат суюк, сувсимон, куп микдорда шиллик ёки кон аралаш булади. Енгил формаси 2-3 кундан кейин соғайиш билан тугайди. Огир шаклларида токсикоз ва эксикозлар ривожланади. О.И.Т. сепсис, флегмона стафилококкли инфекциядан кейин иккиламчи зарарланиши мумкин. Тана температураси узок вақт юкори булиб, кайт килиш ва шиллик кон аралаш, суюк ахлат кузатилади. Касаллик кечиши узок, тулқинсимон булади. Септик жараён ривожланса ёш болаларда псевдомембраноз ёки ярали энтероколит бошланиб, у ичак девори перфорацияси ва перитонит ривожланишига сабаб булади.

КЛОСТРИДИЯЛАР

Клостридиоз-одам ва хайвонда уткир инфекцион касаллик чакирувчи гуруҳ булиб, у клостридиялар оиласидаги анаэроб патоген штаммлар томонидан чакирилади. Клостридиялар ерда одам ва хайвон ахлатида кенг тарқалган булиб, тупрокда 10000 дан зиёд кузгатувчиси булади. 5% соғлом одамлар ва клостридияларнинг патоген штаммлари ташувчиси булиб, болаларда бу юкори фоизларда булади.

Этиологияси

Клостридиоз кузгатувчилари *Clostridium* авлодининг *Bacillanuae* оиласига киради. Бу таёкчасимон, перитрихеал, спора хосил килувчи, Гр (+), анаэроб бактерия хисобланади. Споралари овал ёки юмалок шаклда булиб, унинг диаметри узининг бактериялар хужайрасидан катта булади. Куп турлари хайвон ичаклари паразитлари булиб, ташки мухитга ута чидамли булиб, сув ва тупрокда купайиш хусусиятига эга.

Одам учун иккинчи гуруҳ клостридиялар ахамиятга эга. Бирламчи гуруҳга энтерал касалликлар чакирувчиси, ботулизм кузгатувчиси *C.Botilium* некротик энтерит ва гастроэнтероколит, чакирувчиси А,С ва F.Cdifficili типидagi C.Perfiringes киради.

Иккинчи гуруҳга травматик касаллик чакирувчи кокшол кузгатувчи C.Tetani, газли гангрена кузгатувчиси C.Perfiringes, C.Septicum, C.Oedematiens киради.

А-типидagi C.Perfiringes ахамиятли. У гастроэнтерит ва некротик энтеритни чакиради, хайвон махсулотлари истеъмол килишни оркали юкади.

А-типидagi C.Perfiringes альфа-токсин (лецитиназа) ишлаб чиқариб, у летал некротик гематоксин хусусиятига эга. Энтеротоксини эса профуз ич кетишга ва умумий интоксикация ривожланишига сабаб булади ва ундан ташқари коллагеноза, гиалурунидаза, ДНК азалар ишлаб чиқаради.

C.Perfiringes хақида тушунча.

C.Perfiringes – энтерал йул билан юкувчи уткир инфекцион касаллик булиб, беморда токсикоз, гастроэнтерит, энтероколит кам холларда некротик энтерит пайдо булиши билан характерланади.

C.Perfiringes эпидемиологияси

Касаллик манбаи булиб, одам ва хайвон хисобланади. Зарарланиш алиментар йул билан амалга ошади. Юкори касалланиш сут ва сут махсулотлари истеъмол килган беморларда учрайди.

C.Perfiringes патогенези

Инфицирланган озик овқат оркали ошқозон ва ичакка C.Perfiringes тушади. Ингичка ичакда купайиб, энтероцитларга адгезияланади. Бу эса маҳаллий яллигланишга олиб келади. Клостридияларнинг экзотоксини капилляротоксик, гемолитик, некротик хусусиятга эга булиб, кон окимига тез утиб, инфекцион, токсоплазмоз ва эксикоз ривожланишига олиб келади.

C.Perfiringes клиникаси

C.Perfirings уткир бошланиб, тана харорати субфебрил ва фебрил раккамларга кутарилиб, кайт килиш, интоксикацион симптомлар тез ривожланиши: холсизлик, адинамия, анорексия билан характерланади. Суюк ахлат ажралади. Айрим касалларда энтероколитик ахлати биргаликда, сигмасимон ичакда огрик ва зичлашиш сфинктерик шаклда кечади. Касаллик температура тез нормаллашуви билан характерланиб диарея синдроми 3-5 кунда йуколади.

C.Perfirings C турига кирадиган бактериялар некротик энтерит чакиради. Касаллик уткир бошланади, куп марта кусиш, ахлат суюк, суткасига 20 мартагача булади. Кусук массалари ва ахлат кон аралаш булади.

Клостридиоз дифференцияси.

Бу энтерал йул билан юкадиган уткир инфекцион касаллик булиб, диарея синдроми, токсоплазмоз, псевдомембраноз, колит ривожланиши билан характерланади. Бу касаллик манбаи одам, касал одам ёки ташувчи булиши мумкин. Касаллик атрофдаги буюмлар билан контакт йул билан юкади. Касаллик нозокомеал характерга эга.

Патогенези

Касаллик огир инфекцион жараён булиб, узок вакт мобайнида антибактериал терапия олагндан сунг ёки шунинг фонида ривожланади. Асосан, ампициллин, цефалоспорин, аминогликозидлар кам холда ванкомициндан кейин ривожланади. Антибиотиклар тухтатилгандан кейин ичак дисбактериози фонида клостридиялар тез ривожланиб, экзоген ривожланиши мумкин.

Клостридиялар 2 та токсин ажратиб чикаради: А-леталэндотоксин ва В-цитотоксин. Касалликнинг бошлангич даврида А-токсин мухим ролга эга булиб, ичак оркали суюклик секрецияси ошиши ва кон куюлишларига олиб келади. Клостридиоз ва псевдомембраноз кейинчалик иккала токсин хужайра мембранаси микрофилярини бузилишига олиб келади.

Клостридиоз, псевдомембраноз колитнинг клиник характери

Асосан чакалоклар ва ёш болаларда учрайди. Инкубацион даври 5-7 кундан 6 haftaгача давом этади. Касаллик уткир бошланиб, температура кутарилиши, кекириш, куп кайт килиш, коринда огрик билан кечади. Ахлат суюк, сувсимон, кук яшил рангли, бадбуй хидли, кон аралаш булади. Ичакдан кон кетиш ривожланиши мумкин. Беморнинг умумий ахволи огир тери копламлари оч рангда, коринни пальпация килганда ичакда спазм ва огрик аникланади. Эксикоз симптоми тез ривожланади, тана массаси пасайиб, шиллик пардалари ва тери курук, тахикардия, АКБ пасайган, овози бугик,acro ва периорал цианоз кузатилади. Гиповолемик шок кузатилиши мумкин. Касаллик асосан чакалокларда ва муддатига етмай тугилган болаларда гипертоник ва вабосимон ривожланиши билан огир кечади. Огир лекин кам учровчи асорати ичак девори перфорацияси натижасида келиб чикувчи ахлатли перитонит хисобланади.

Клостридиозларнинг специфик лаборатор диагностикаси

Специфик диагностикаси асосида бактериологик усул ётади. Текшириш учун кусук массалари, ошкозонни ювган суви, дуоденал ажралма ахлат,кон. Патологоанатомик эса улик тукималар материал хисобланади. Биологик усуллар хам кулланилади.

Кампилобактериоз хакида тушунча

Зооноз табиатли инфекцион касаллик булиб, шартли патоген кампилобактериялар томонидан чакирилиб, ошкозон-ичак трактининг зарарланиши билан характерланади.

Этиологияси

Кампилобактериоз кузгатувчилари майда, спора хосил килмайди, Гр (-), харакатчан таёкчалар, S-шаклли ёки учаётган чайка канотига ухшаш, микроаэрофилъ. Муътадил усиши учун 5%-кислород, 10 % CO₂ гази, N 85 % га булиши керак. Одамларда куйидагилар касаллик чакиради. C.jejuni кам холларда, C.coli ва C.laridis лар киради.

Биологик хусусиятлари

Макропидлар, метронидазол, налидиксин кислотасига сезувчан. Цитологик экзотоксин ва энтеротоксин ажратиб ва юкори адгезив ва энтероинвазив активликка эга. ДНК аза, фосфатаза ферментларини ажратиб, гемолитик ахамиятга эга булади. Эндотоксинлари хам аникланган.

Касаллик эпидемиологияси

Касаллик манбаи булиб, касал одам, кушлар, ёввойи ва уй хайвонлари хисобланади. Ташувчилик жуда кам (10 % паст) учрайди. Инфекция асосан, озик моддалар оркали, кушимча сув ва маиший, жуда кам холларда вертикал ва гемотрансфузион йул билан юкади. Кампилобактериоз йил мобайнида аникланиб, купрок июн, август, минимал киш ойларида учрайди. Касаллик эпидемик ва спорадик холларда учрайди. Касаллик купинча кичик ёшдаги болаларда, хомиладорликларда, иммунодефицит ҳолатларда куп учрайди. У.И.И ларининг 6-7 %ни мавсумда 16-24 % ни ташкил қилади.

Касаллик патогенези

Ошқозон ичак трактига тушиб, ичакнинг эпителиал хужайраларига ёпишади ва шиллик кават ичида колонизацияланади. Кейинчалик шиллик каватдан утиб, эпителиал хужайралар буйлаб ҳаракатланиб, энтероцитларнинг бузилган мембраналари оркали хужайралараро эпителий ораларига қиради. Натижада ингичка ичакнинг шиллик ости каватида лимфоцитар инфильтрацияси пайдо булиб, кон томирлар атрофида уткир яллиғланиш реакцияси шаклланади.

Клиник симптомлари

Инкубацион давр 2-10 кун. Энтероколит, гастроэнтерит, айрим ҳолатларда оватоксикоинфекцияси қуринишида намоён бўлади. Касаллик уткир бошланиб, тана температураси фебрил рақамларга қутарилиб, интоксикация белгилари пайдо булиб, қоринда оғрик бўлади. Касалликнинг биринчи қунида қайт қилиш қузатилиб, у қайталаниши мумкин. Диарея касалликнинг асосий синдроми булиб, касалликнинг 1-чи қунида пайдо бўлади. Ахлат 4-20 марта булиб, сувли кам микдорда шиллик, бадбуй хидли, кон аралаш бўлади. Ахлат 2-3 ҳафтада нормалашади. Қоринга хуружсимон оғрик характерли булиб, дефекациядан олдин пайдо бўлади ва бир неча кун сакланади. Касаллик енгил ва урта оғир шаклда кечади. Бир қатор касалликларда ичакнинг ташқариги учоклари бўлади (гепатитнинг сариксиз формаси, мезоаденит, аппендицит). Скарлатинасимон, тифсимон уртикар тошмалар тошиши мумкин.

Чакалоқларда узига ҳослиги

Чакалоқлар касал оналардан тугруқ йуллари оркали утганда инфецирланади. 1-чи суткада кейин чакалоқларда иситма, диарея, нафас олишнинг бузилиш синдроми, менингит, менингоэнцефалит ривожланади. Баъзида температура қутарилиши, дегидротация синдромлари ривожланади. 8-10 кунлардан кейин тузалади. Кампилобактериознинг гематоген-диссеминациялашган турлари кам учрайди. Тарқалган формаси бу оғир кечиб, юқори иситма, эндокард, перикард упка мия пардаси бош мия уткир яллиғланиш касалликлари билан кечади. Купинча улим нисбати юқори.

Оқибати

Купинча оқибати яхши булиб, касалликнинг 1-4 ҳафтасида тузалади. 10 % рецидив қузатилади.

Асорати

Асорати кам булиб, перитонит, ичаклардан кон кетиш, реактив артрит ривожланиши мумкин.

Криптоспоридиоз

Этиологияси

Бунинг қузғатувчиси коксидиялар авлоди бўлган криптоспоридиумларга, спорозда синфига қиради. Спорозонтдан овооциста ривожланишигача бўлган давр битта хужайрали организмда бўлади ва шу организм ахлати инвазион ооциста билан тугалланади (улчами 4-5 мкм).

Биологияси

Ооцисталар сув ёки оват билан одам организмга кириб, ичакнинг пароксизмал қисмида ооциста қобиги парчланади ва улардан 4 та ҳаракатчан спорозонт чиқади (0,8-1-5-5,6 мкм). Улар энтероцитларда ҳаракатланиб, микроворсинкалар зонасига етиб, эпителий хужайралар чегарасида жойлашади, лекин, цитоплазмага қирмайди. Бунда антика криптоспоридия-

хужайра нишон контакт ривожланади. Кик спорозоа учун типик цикл булади. 2-та генерациядан спорозонтлардан ооциста ривожланади, ва хужайралари ахлат билан ташкарига чиқади. Бу 4-7 кун давом этади. Ооцисталар физико-химик факторларга чидамли булади.

Патогенези

Паразитнинг юкори репродуктив потенциали ингичка деворли цисталарнинг ривожланиши ва хужайра организмда уларнинг аутоинвазиясига олиб келиши ва сурункали кечиши билан характерланади. Криптоспоридияларнинг энг куп жойлашган жойи-ёнбош ичак хилпилловчи эпителийси булиб, бу ерда макрофаглар, нейтрофиллар, эозинофиллар интенсив фильтрацияси содир булади. Энтероцитларнинг микроворсинкаларини зарарланиши шиллик пардада сурилиш функциясини бузилиши ва бундан мальабсорбцияси ривожланиб, профуз сувли диарея келиб чиқади. Ичакларнинг ферментатив функцияси бузилади.

Криптоспорадиоз-бу хайвонлар ва одам протозой инфекцияси булиб, касалнинг иммун системаси боглик холда кечади.

Клиник куриниши

Инкубацион даври 5 кундан 2 хафтагача, касаллик уткир бошланади. Фебрил температура, интоксикация симптомлари, секретор диарея ривожланади. Ахлат суткасига 10-20 марта, бадбуй хидли, патологик аралашмаларсиз булади. Тана вазнининг 10 % йуколади. Касаллар кориннинг юкори сохасидаги спастик огрикка шикоят килади. Ичаклар йули буйича кулдираш кузатилади. Касаллик 1-2 хафтадан кейин согайиш билан тугайди. Бемор клиник согайгандан кейин криптоспоридияларнинг 1-3 хафтагача ажратиб юради. Криптоспоридиоз ёш болаларда огир кечади. Касалликнинг огирлиги 1-2 даражасида эксикоз ривожланиши билан характерланади.

Лаборатор диагностикаси

Клиник диагноз, клиника, паразитологик, серологик маълумотлар йигиндиси ёрдамида куйилади. Асосий метод паразитологик метод булиб, бунда ахлат суртмалари буялиб текширилади. Серологик методлар ахлатда криптоспоридияларнинг антигенларини ва классоспецифик антителиларини аниклашга ёрдам беради.

У.И.И. даволаш принциплари.

У.И.И. давоси – касалликнинг огирлигини, этиологиясини, преморбид фон холатини, ёшини инобатга олиб, дори препаратларини танлашда индивидуал ёндашган холда комплексли, боскичли булиши керак. У.И.И. давоси икки боскичда утказилади. Уткир ва реконвалесценция даврида.

Касалликни уткир даврида асосий даволаш принциплари:

I) Этиотропли:

Антибиотиклар, химиопрепаратлар, иммунопрепаратлар.

II) Патогенетик:

1)Регидратационли : диетотерапия, ОР (орал регидратация), инфузион терапия, сорбционли (энтеросорбентлар, буйраксиз детоксикация усуллари), ошкозонни ювиш

2)Диареяга карши дорилар

3)Ферментотерапия

4)Биологик дорилар билан даволаш

5)Фитотерапия

III) Симптоматик даволашга киради:

Витаминлар, юрак-кон томир дорилар, иситма туширувчи, огрик колдирувчи ва бошка дорилар.

IV) Умумий кувватловчи ва стимуляцияловчи даво:

Даволаш чора-тадбирларини утказишдан олдин шифохонага ёткизишга курсатма борлигини ва беморни даволаниш жойини аниклаш керак.

Стационарга ёткизишга курсатма:

1)У.И.И. огир формалари

2) Асоратлар (зотилжам, отит ва бошқалар).

3) Касалликка мойиллик гуруҳидаги болалар касаллигининг қандай оғирлик даражасида бўлишидан қатъий назар

4) Уйда даволанишни ташкиллаштиришда керакли шароитлар бўлмаслиги

5) Ёпик болалар муассасасидаги ҳамма болалар (болалар богчаси, уйдаги болалар ва бошқалар).

Болалар реанимацияси бўлимига ётқизишга курсатма:

1) II-III даражали токсикозлар

2) II-III даражали эксикозлар

3) Оғир асоратлар (II-III даражали бош мия шиши, II-III даражали ДВС синдроми, сепсис, септикопиемия ва бошқалар)

4) Болалар юкумли касалликлар бўлимида 3-6 соат даволанганда, даволаш самара бермаса ва умумий ахволи оғирлашса

Амбулатор даволашга курсатма:

1) У И И нинг енгил ва билинар-билинемас шакли

2) 3 ёшдан катта болаларда У И И нинг урта оғир шакллари

3) Барча У И И нинг реконвалесценция даври

4) Беморни дорилар билан даволашишига, овқатланишига, парваришига шароит яратилишига имконият бўлганда.

У И И да этиотроп даволаш тактикаси ва стратегияси этиотроп терапия деганда антибиотиклар, химио-, специфик иммунопрепаратлар, энтеросорбентлар билан даволаш тушунилади.

Этиотроп терапия турини танлаш касаллиқни клиник формаларига, оғирлигига, диарея синдроми (инвазив ва секретор диарея) характерига боглик.

Антибиотиклар билан даволашга курсатма:

1. Инвазив диарея билан оғриган беморлар (гастроэнтероколитлар, шигеллёздаги колит, сальмонеллёзда, энтероинвазивли эшерихиозда, энтерогеморрагик эшерихиозда, ШПИИ – инфекцияларда, иерсиниозда, кампилобактериозда ва У И И этиологияси аниқланмаганда).

2. Беморларни ёшидан қатъий назар секретор диареянинг оғир формасида, икки ёшгача бўлган болаларга урта оғир шаклида. “Касалликка мойиллик гуруҳ” даги бир ёшгача бўлган болаларга енгил шаклида

3. Энтеритларнинг оғир бактериал шаклларида, эрта ёшдаги болалар гастроэнтеритида, шунингдек У И И да, 3 сутка давомида О Р ва энтеросорбцион даволашга яхши бўлмаса.

4. У И И билан оғриган беморларда йулдош касалликлари бўлса, бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолатлар.

Антибиотиклар 2 та гуруҳга бўлинади: “бошлангич” ва “захирадаги” антибиотиклар.

Бошлангич дориларни буюришга курсатма:

1) Касаллиқни урта оғир шакллари

2) Касаллиқни уткир даври, 1-2 кунлари

Захирадаги антибиотикларни буюришига курсатма:

1) Таркалган ва оғир шакллари билан оғриган беморлар

2) Оғир бактериал асоратлар ривожланса

3) Бирламчи катордаги антибиотиклар кулланилганда самара бўлмаса

4) «Касалликка мойиллик гуруҳ» даги болаларда иммунодефицит ҳолатлар бўлганда.

Даволаш битта антибиотикни куллашдан бошланади. Иккита антибиотик оғир таркалган шакллари, ичакдан ташқари бактериал инфекция учоклари ривожланса (зотилжам, менингит, отит, сепсис) буюрилади.

Антибиотикларни иложи борида эрта даврларда буюриш керак. Антибиотикларни қабул қилишдан олдин ахлатни бактериологик текширишга олиш керак.

Диарея синдроми характерига, антибиотикограммалар натижасига асосланиб антибиотиклар танланади.

Инвазив диареяда бактерицид антибиотиклардан цефалоспоринлар гуруҳининг иккинчи авлоди (цефлор, зиннат) кулланилади.

Вабода оптимал дорилар булиб левомецетин, эритромицин, тетрациклин, фуразолидон хисобланади.

Бундан ташкари, аципол ва интетрикс билан даволаш ва олдини олиш самарани юкорилиги исботланган.

Химиопрепаратлар буюришига курсатма:

1. У И И билинар- билинмас ва энгил шаклларига монотерапия сифатида;
2. Огир формаларида бошка антибактериал дорилар билан биргаликда куллаш, шу каторда антибиотиклар билан, билинар-билинмас ва энгил шаклларида иммунопрепаратлар;
3. Кайта бактериоажратувчанлик булганда;
4. Ичак дисбактериозларини деконтаминацион дорилар билан даволашда.

Даволаш курси 5-7 кун.

У И И да иммунотерапия.

Иммунопрепаратлар кулланишига курсатма:

- 1) У И И нинг огир ва асоратли шакллари, микст-инфекция;
- 2) У И И нинг чузилган, рецидивланган шакллари;
- 3) У И И дан кейин узок вакт бактерия ажратувчанлик;
- 4) Иммунодефицит ҳолатлар, тез-тез касалланадиган болаларга, аллергия феномен ва бошқалар.

Иммунопрепаратлар 2 гуруҳга булинади:

а) Специфик-лактоглобулинлар, иммуноглобулинлар, антиротовирусли иммуноглобулин, фаглар (шигеллёлзи, сальмонеллёлзи, колипротейли ва бошқалар), лактоглобулинлар.

б) Носпецифик – лизоцим, пентоксил, метилурацил, нуклеинат натрий, продигозан, шунингдек охири йилларда куйидаги иммунопротектор - интерферонлар ва уларнинг индукторлари, тималин, миелопид, ликопид, левамизол, полиоксидоний ва бошқалар кулланилади.

УИИ ларини даволашда энтеросорбентларнинг кулланилиши

Энтеросорбентлар.

Сорбентлар сорбцион хусусиятга эга майда қисмлардан иборат булиб, ичаклардан бактерияларни, вирусларни ва уларнинг токсинларини, аллергияларни узига фиксация қилиб, чиқариб ташлаш хусусиятига эга. Бундан ташкари улар ичакларнинг муцин қаватининг химоя функциясини оширади.

Энтеросорбентларни буюришга курсатмалар: диареянинг барча турлари, айниқса секретор диареяларда касалликнинг эрта босқичларида буюрилади.

Ротавирусли инфекцияда уларни этиотроп восита тарикасида мустақил ҳолда куллайдилар. Антибиотиклар ва кимёвий препаратларни ишлатмайдилар. Инвазив диареяларда агар ушбу воситалар касалликнинг кечки босқичларида кулланилса, қутилган ижобий самарани бермайди. Бирок детоксикацион ва энтеропротектив таъсири етарли даражада булади.

Энтеросорбентлар билан даволаш курси 5-7 кунни ташқил қилади. Смектани зарурият тугилганда бир неча ҳафта давомийда бериш мумкин. Энтеросорбентлар бошка дорилар қабул қилинганда, 1,5-2 соатдан сунг ноҳуя таъсирларнинг олдини олиш учун (қусиш, ич қотиш) сувда ёки қиселда эритилган ҳолда бир неча мурталиқ булак-булак ҳолда берилади. Сорбентларни орал регидратация учун кулланиладиган эритмалар билан бирга бериш мумкин. Бунда сорбентлар сув ичириш схемасига киритилади.

Патогенетик терапия принциплари

Регидратацион ва дезинтоксикацион терапия сув-электролитлар алмашинувини тиклаш, гемодинамикани тиклаш, токсинларни ва бир қатор токсик омилларни чиқариб ташлашга йуналтирилган.

Пархез терапия

Пархез таомлар касалликнинг уткир босқичида касалликнинг оғирлигига, овқатлантириш ҳаракатига, ҳамроҳ касалликлар мавжудлигига боғлиқ ҳолда тайинланади. УИИ ларнинг энгил формасида қуқрак ёшидаги болаларда бир кеча-кундузлик ҳажм 15-20 %га қисқартирилади. 1 ёшдан қатта болаларга 4 пархез дастурхони тайинланади ва сутли

махсулотлар(кефир ва бошқалар) ва сутли аралашмалар кунига 2 маҳал буюрилади. Овкатланиш ҳажми даволашнинг 3-4 кунига бориб тикланади. Урта огир ва огир формаларида бир кеча-кундузлик овкат ҳажми 30-50 % га қисқартирилади ва овкатланишлар сони суткасига 5-8 мартагача купайтирилади. Даволашнинг 5-7 кунига келиб овкатланиш ҳажми тикланади. Кукрак ёшидаги болалар учун овкатланишнинг оптимал куриниши пастеризацияланмаган кукрак сути ҳисобланади. Сунъий ва аралаш овкатлантиришда булган болаларга мослаштирилган сут махсулотлари берилади.

Шунингдек кисломолочный махсулотларни ишлатиш ҳам мақсадга мувофиқдир (кефир, наринэ, ацидофил малютка, бифиллинг, витолакт, биолакт, ацидолакт, бифидок, бифилайф ва бошқалар). Кушимчалар билан бойитилган махсулотлар- бифидобактерин, (БАД-1-Б), лизоцим (БАД-1-Л) ва уларнинг биргаликдагиси (БАД-2) ҳам яхши гатижа беради.

Паст лактозли ва бошқа муолажа аралашмаларни, айниқса 3 авлод оксил гидролизатларини «Фрисолеп», «Фрисовом» тайинланганда куп холларда ижобий самара кузатишмоқда. 4 ойликда катта булган болаларга кисломолочный аралашмаларни 5-10% гурунчли ёки гречкали буткалар билан биргаликда берган маъкул. Пектинга бой махсулотлар сабзи, ошқовок, кабачки, гулкарам, картошка, олма лардан қилинган сабзавотли пюреларни бериш ҳам мақсадга мувофиқдир. Аста секин парҳез дастурхони боланинг ёшини ва касалланишдан олдин овкатлантириш характериға боғлиқ холда кенгайтириб борилади. 1 ёшдан катта болаларга енгил ва тез ҳазм буладиган, киргичдан утказилган, ёғ махсулотлари чекланган овкатларни берган маъкул (қайнатилган гурунч, бульонлар, шурва, сабзавотлардан пюре). 3-4 кундан бошлаб, буглатилган гушт ва балиқ киритилади. Кейинчалик сабзавотли шурва, сунгра гуштли бульон киритилади. 2-3 ҳафта давомида ичакларда ачиш ва ичаклар перистальтикасини кучайитирадиган махсулотлар рациондан олинади (хом сут, хом сабзавотлар, кора нон)

Инвазив диареяларда гипотрофияси бор болаларда оксил етишмовчилиги кузатилади. Оксил етишмовчилиги даволашнинг 3-4 кунидан бошлаб 15 % энпитни тайинлаш йули билан бартараф этилади. Энпит 50-150 мл микдорда суткасига 2-3 мартага булиб 1-1,5 ой давомида берилади. Аминокислота препаратлари (альвезин, аминон, левамин) 10мл/кг/сут. ҳисобланиб, 5-6 маҳал овкатлантириш вақтида берилади. Шунингдек, овкат махсулотлари ҳам киритлади (сузма, балиқ, гушт).

Панкреопатия ривожланганда репаратсия вақтида ёғ микдори камайтирилган холда парҳез тайинланади: ёғсизлантирилагн аралашмалар (раболакт-таркибида 2,6 г оксил, 10 г углеводалр, 1,5 г ёғ мавжуд), таркибида енгил ва тез ҳазм буладиган триглицеридларни ушловчи аралшмалар (ацидолакт-3 ва б) буюрилади. Баъзи сут махсулотларини махсус ёғи кам махсулотлар билан алмаштириш мумкин (ёғсизлантирилагн энпит, «Унипиг-ДУ»).

Бир ёшдан катта болаларга 5 парҳез дастурхони тайинланади. Ушбу стол панкреатик ҳисобланиб, хайвон ёғи, иссик пишириклар, хом мевалар ва концентрацияланган мева шарбатларидан бутунлай холидир.

УИИ ларда ривожланадиган иккиламчи мальабсорбция синдромида, лактоза етишмовчилигида ширин сутли аралашмаларни чеклаш ва паст лактозли ва сутсиз соя аралашмаларни буюриш даркор (А-лактозит-Н, фитолакт, паст лактозли нутрилонва бошқалар) ёки 3 кунлик кефир (В-кефир-2/33 кунлик кефир+1/3 гурунч қайнатмаси+ 5% глюкоза ёки фруктоза). Кушимча овкатлантириш киритилганда сутсиз буткаларни куллаш керак (гурунчли ёки сабзавотли қайнатмалар), сувда, усимлик ёғи ёки сариёғда тайёрланган сабзавотли пюре, гуштли пюре. Паст лактозли парҳез таомлар бериш давомийлиги-1,5 ойдан 6 ойгача булган муддатни ташкил килади.

Овкатга булган аллергия сутсиз махсулотларни беришни талаб килади (парҳездан сигир сути тулик олиб ташланади), соя аралашмалари ёки оксил гидролизатлари асосида тайёрланган аралашмалар кулланилади (Alfare, Alimentum, pregomin ва бошқалар), сутсиз киргичдан утказилган буткалар (гурунчли, гречкали, овсянкали) мевали ва сабзавотли пюрелар; 2-3 ойликдан бошлаб гушт махсулотлари киритилади (парранда, куён, чучка). Рациондан шоколад, балиқ, цитрусли мевалар олиб ташланади. Элиминацион терапия давомийлиги 3 ойдан 12 ойгача муддатни ташкил этади.

Иккиламчи целиакция синдромида аглиадин пархезини ушлаш тавсия этилади (бугдой махсулотлари рациондан тулик олиб ташланади).

Пархез асосий озик ингредиентлари таркиби ва калоражи ҳисобланган ҳолда уларнинг назорати остида утказилади.

1 ёшгача бўлган болаларга суткасига тавсия этилади: оксил-2г/кг, ёғ-6г/кг, углеводлар-13г/кг. Алмашинув жараёнлари бузилишини ҳисобга олган ҳолда ушбу курсаткичлар коррекция қилинади.

Регидратацион терапия этаплари ва принциплари

Регидратацион терапия турлари:

1. Орал регидратация;

2. Инфузион терапия;

Регидратация утказиш касаллигининг оғирлигига, эксикоз даражасига боғлиқ.

Орал регидратация сувсизланишнинг 1, 1-2 даражасида, асосан секретор диареяларда утказилади. Орал регидратацияда глюкоза тузли эритмалар (глюкосолан, регидрон, оралит, гастролит), таркибида глюкоза, калий ва натрий тузларини сакловчи эритмалар берилади.

Перорал регидратация этаплари:

1-этап: биринчи 6 соатда утказилади-сув-электролитлар етишмовчилиги бартараф этилади. Организмга киритиладиган эритмалар микдори биринчи 6 соат давомида дегидратациянинг 1,2,3 даражаларида 50мл/кг, 80мл/кг, 100мл/кг ҳисоблаб юборилади.

2-этап: ушлаб турувчи терапия суюқликнинг йукотилишга қараб белгиланади-80-100мл/кг суткасига буюрилади. Регидратация давомийлиги суюқлик йукотилиши тухтагунча давом этказилади. Суюқликлар ½-1 ст.л. дан ҳар 5-10 дақиқада берилади.

Глюкоза тузли эритмалар тузсиз эритмалар (чай, сув, гурунч қайнатмаси ва бошқалар) билан биргаликда берилади:

1. Яққол ифодаланган сувли диареяларда 1:1 нисбатда, терлаш орқали суюқлик йукотилганда, инвазив диареяларда 1:2 нисбатда, асосан қусиш орқали суюқлик йукотилганда 2:1 нисбатда буюрилади.

Шуни ёдда сакланг:

1. Суюқликнинг ахлат билан йуқолишини ҳисобга олиш;
2. Суюқликнинг қусиш билан йуқолаётганининг ҳисобга олиш;
3. Тана ҳароратини улчаб туриш;
4. Ажратилаётган сийдик ҳажмини улчаб туриш;
5. Ҳар қуни бола оғирлигини улчаб туриш.

Орал регидратацияга қарши курсатмалар: гиповодемик шок белгилари билан кечаётган эксикознинг оғир формаларида(2-3 даражали эксикозда, 3-даражали эксикозда); инфекцион-токсик шокда, узлуксиз давом этаётган қусишда, глюкоза сурилиши бузилишнинг тугма ёки орттирилган турида, орал регидратация утказилаётган даврда ахлат микдорининг кескин қупайиши.

Утказилаётган даврдан қутилган самара қузатилмаганда ва инвазив диареяларнинг оғир формаларида парентерал инфузион даво утказилади.

УИИ ларида инфузион терапия стратегияси ва тактикаси

УИИ ларида инфузион терапиянинг асосий мақсадлари:

1. Регидратацион, дезинтоксикацион, гемодинамикани тикловчи, сув-электролитлар балансини мувозанатлаштириш учун;
2. Гемореологияни тиклаш учун;
3. Нейровегетатив блокада учун;
4. Оксигенотерапия;
5. Буйракдан ташқари детоксикация.

Инфузион терапия реализацияси учун бемор оғирлигини асословчи асосий синдромни ажратиш лозим с(токсикоз эксикоз даражасини, ИТШ, нейротоксикоз ва бошқалар.)

Регидратация учун зарур бир кеча-кундузлик суюқлик ҳажми қуйидаги қисмлардан иборат:

ФТ-суюкликка булган ёшга боглик ёки физиологик талаб;
ДЭПТ-давом этаётган патологик талаб (тана хароратининг кутарилиши, кушиш, хансираш ва б.);

Е- тана массасининг етишмовчилиги.

Бир кеча-кундузлик йукотилаётган суюклик хажмини тулдириш учун:

ФТ+ДЭПТ+Е.

Физиологик талаб:

1 ёшгача-150мл/кг;

1-5 ёш 120-130 мл/кг;

5 ёшдан катта-100мл/кг.

Патологик йукотиш (ДЭПТ)

20мл/кг-кушиш, ахлатнинг суюк булиши;

10мл/кг-тана хароратининг 37 С дан ошган хар бир градусига;

Етишмовчилик:

Компенсацияланган-20мл/кг;

Декомпенсацияланган булса-50мл/кг.

Регидратация этаплари:

1. 2-3 даражали периферик кон айланиши бузилишларини бартараф қилиш;

Вакти-1-2 соат.

Самарадорлик омиллари: АКБ>70 мм.сим.уст.

2. 2-3 даражали периферик кон айланиши бузилишларини тулик бартараф этиш;

Вакти- 6 соат.

Самарадорлик омиллари-соатлик диурезнинг тикланиши.

3. Эксикозни бутунлай бартараф этиш.

Вакти-7-48 соат.

Самарадорлик омиллари: сувсизланиш белгиларининг йуқолиши.

ИНФУЗИОН ТЕРАПИЯДА КУЛЛАНИЛАДИГАН

КРИСТАЛЛОИД ВА КОЛЛОИД ЭРИТМАЛАРНИНГ НИСБАТИ

Бемор ёши	Дегидратация турлари		
	Сув етишмовчилиги	Изотоник	Туз етишмовчилиги
6 ойгача.	4:1	2:1	2:1
6-12 ойгача	3:1	1:1	1:1
1 ёшдан катталар	3:1	1:1	2:3

Хисобланган суюкликнинг 30% энтерал, колган кисми парентерал юборилади. Инфузия темпи қуйидаги формула бўйича хисоблаб чиқилади: 1 дақиқадаги томчилар сони=хисоблаб чиқилган суюклик хажми литрларда х 14.

Гипокалиемиyani коррекция қилиш гипокалиемиyanинг клиник белгилари қай даражада ифодаланганлигига қараб, ионограмма, КАХ курсаткичларига қараб белгиланади ва калий хлорид эритмаси 5-10% глюкоза эритмасида юборилади. Калий ионлари етишмовчилиги калий хлорид эритмаси 3-5мэкв/кг сут. хисоблаб юборилиб бартараф этилади. (1 мл 7,5 % калий хлорид эритмаси 1 мэкв га тенг).

Магний ионлари етишмовчилиги 25 % магний сульфат эритмаси билан қопланади. Магний сульфат эритмаси 0,1 мл/кг га қараб хисобланади.

Метаболик ацидозни баратараф этиш мақсадида натрий гидрокарбонат эритмаси қиритилади. Натрий гидрокарбонат эритмасини қиритишга курсатмалар: антигидремик шокнинг яққол ифодаланган формалари, қонда рН курсаткичининг 7,2 дан пасайиб кетиши.

Натрий гидрокарбонатнинг 4% эритмаси 5-7 мл/кг хисобланиб, вена ичиги томчилаб юборилади. 4 % эритмасининг хисобланиши: ВЕ х бола массаси (кг)/5 (1 ёшгача-3 ёш).

ВЕ-буфер асосларининг силжиши,

тана массаси /5 (3)-хужайра ташқарисидаги суюклик хажми.

Инфузион терпийадан ташқари токсикоз оғирлигига қараб томирларни қенгайтирувчи препаратлар ҳам юборилади.

РПК нинг 1 даражасида нейрорептиклардан допамин 2-8 мг/кг 1 дақиқага ҳисоблаб юборилади.

РПК нинг 2-3 даражасида дроперидол 0,25 % эритмаси 0,1 мл/кг ҳисоблаб юборилади.

2-3 даражали токсикозда кортикостероидлар (преднизалон, дексаметазон, гидрокортизон) катта дозаларда ҳисоблаб буюрилади, протеаз ферментлари ингибиторлари (контрикал, гордокс), кальций канали блокаторлари (верапамил-1-2 мг/кг/мин) жунатилади.

ДВС синдромни даволашда дезагрегантлар юбориш талаб этилади: 1 даражасида трентал, 2-даражасида янги музлатилган плазма юборилади.

Нейротоксикозда литик аралашмалар, талвасага қарши препаратлар (седуксен), дегидратацион даво, дексаметазон тайинланади.

Экстракорпорал детоксикация плазмофорез, гемосорбция, аутоконни ультрабинафша нурлатишни талаб қилади.

Хамроҳ патологик синдромларни даволаш бола ҳаётига ҳавф солувчи ҳолатларни баратараф этишга қаратилган.

Антидиарей воситалар

Калий ва натрий АТФ азага боғлиқ фаолликнинг йуқолиши натижасида келиб чиққан энтероцитлардаги гиперсекрецияни бартараф этиш учун антидиарей воситалар буюрилади.

Антидиарей воситаларга энтерол, индометацин, висмут препаратлари, берберин, хлорпромазин, кальций препаратлари, опиат ҳосилалари (лопреамид, дебридат), атропин сакловчи препаратлар (лиспафен ва реасек), висмут препаратлари (десмол), аттапульгит (каопектат, реабен), сандостин (ингичка ичкада сув ва электролитлар сурилиши тезлигини оширувчи гормон) ва б. қаради.

Болаларга асосан энтерол ва индометацин буюрилади. Энтерол антидиарей восита бўлишдан ташқари антимикроб ҳам таъсир этади. Энтерол диарея чакирувчи патоген ва шартли патоген бактериялар (*Clostridium*, *St.aureus*, *pseudomonasaeruginosa*, *S. Typhimurium*, *E.coli*, *Shigella* ва б.)га нисбатан антагонистик таъсирга ва ушбу микроорганизмларнинг усишини тухтатувчи ингибиторлик таъсирига асосланган. Энтерол бундан ташқари маҳаллий иммунитетни кутариб, иммуноглобулин А синтезини кучайтиради.

Индометацин кучли инфекция генездаги секретор диареяларнинг эрта босқичида яхши таъсир этади. Опиат ҳосилаларини яъни лопреамидни буюришда ута эҳтиёткорлик лозим. Чунки ушбу воситаларни куллаш жараёнида ичаклар гипомоторикаси ва ичак тутилиши кузатилиши мумкин. Шу сабабдан, ушбу воситалар неинфекцион генездаги секретор диареяларда қўлланилади.

УИИ ларда ферментотерапия.

Ферментотерапия асосан реконвалесценция босқичида антибактериал ва кимёвий дорилар тухтатилгач буюрилади. Ферментлар сурилиш бузилиш турига қараб танланади. Липидлар сурилиши бузилганда, ахлатда қўп микдорда нейтрал ёғ пайдо бўлганда, меъда ости беэи ферментларини сакловчи препаратлар буюрилади. Ёнг яхшиши, панкреатик ферментларнинг барчасини узида сакловчи кислотага чидамли фермент креонни буюрган мақсадга мувофиқдир. Тургун анорексия билан кузатилувчи меъда ости беэи шираси қамайганда абомин, пепсин буюрилади. Усимлик ёғи, крахмал, мушак толалари сурилиши бузилганда, комбинацияланган ферментлар тайинланади (фестал ва бошқалар.)

Лактоза етишмовчилигида глюкозани парчаловчи ферментлар тайинланади (керулак, тилактаза).