

**Мирзоева Мехринисо Ризоевна**

**НАГ – ИНФЕКЦИЯСИНИНГ  
КЛИНИК  
КЕЧИШ ХУСУСИЯТИ**



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**«ТАСДИКЛАЙМАН»**

Фан ва таълим  
бошқармаси бошлиғи  
С.Ф.да профессор



Исмаилов  
2021 й.

**НАГ- ИНФЕКЦИЯСИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ**  
**ХУСУСИЯТЛАРИ**

(монография)



**“DURDONA”**  
NASHRIYOTI, 2021 й.

**УДК 616.34-008.11.616.У32**

**Мирзаева М.Р.**

НАГ – инфекциясининг клиник кечиш хусусияти [Текст]: / М.Р.Мирзаева – Бухоро: “Sadriddin Salim Buxoroy” Durdona nashriyoti, 2019. -100 бет.

10 да ёш болаларда НАГ инфекциясининг этиологияси, патогенези, клиникаси, диагностикаси ва даволаш масалалари ёритилган. Касалликнинг турли кўринишларини ривожлантиришда иммун комплексларининг патогенетик роли ёритилади. Ўз тадқиқотлар натижаларига кўра, ёш болаларда НАГ инфекциясининг асоратларини олдини олиш ва даволаш учун махсус усул таклиф этилади.

Инфекцион шифокорлар, микробиологлар, клиник ординаторлар, илмий ходимлар учун мўлжалланган.

**Муаллиф:**

**Мирзоева  
Меҳринисо  
Ризоевна**

- т.ф.н., доцент, Бухоро давлат тиббиёт институти юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедрa доценти

**Такризчилар:**

**Облокулов  
Абдурахим  
Рашидович**

- т.ф.д., профессор, Бухоро давлат тиббиёт институти юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедрa мудири

**Атоева  
Машхура  
Аброровна**

- т.ф.н., доцент, Бухоро давлат тиббиёт институти жамоат саломатлиги, соғлиқни сақлашни бошқариш ва умумий гигиена кафедраси доценти

**Бухоро давлат тиббит институти илмий кенгаши аъзолари томонидан  
маъқулланган ва чоп этилиши тавсия этилган  
( 2021 йил 26 феврал 6-сон баённомаси)**

## **Кириш:**

Мавзунинг долзарблилиги:

01 серогруппага мансуб бўлмаган вабо вибрионлари келтириб чиқарган ўткир диареялар Ўзбекистонда 1965 йилда кузатилган вабо эпидемиясидан сўнг расмий томондан қайд қилина бошланди (Т.И. Искандаров ва муалл., 1996).

Охирги 30 йил ичида ушбу инфекциялар билан 16 минг кишидан ортиқ киши касалланиб, ҳасталаниш кўрсаткичлари эса баъзи йилларда ҳар 100 минг аҳолига 5.5 - 7.5 га тўғри келди (Б.И. Ниязматов, 2003). Айтиб ўтилган беморларнинг учдан бир қисми Бухоро вилояти ва Қорақалпоғистон Республикасига тўғри келган (М.Д. Ахмедова ва муалл., 2004).

15% гача бўлган беморлар Қашқадарё, Самарқанд, Сирдарё, Фарғона, Хоразм вилоятларида қайд этилган (С.Б. Шоумаров, 2001). 1- 7% ҳолларда НАГ - инфекцияси Андижон, Жиззах, Навоий, Наманган, Сурхондарё, Тошкент вилояти ва Тошкент шаҳрида аниқланган (С.Н. Бобохўжаев ва муалл., 2004). Шундай қилиб, НАГ - инфекцияси билан касалланиш кўрсаткичлари республиканинг Орол денгизи бассейнига тегишли экологик жиҳатдан ноқулай бўлган ҳудудларда кўпроқ учрар экан. 80% дан ортиқ ҳолларда 01 бўлмаган вабо вибрионлари сабаб бўлган ўткир диареялар болаларда кузатилди (Х.М. Мустафаев ва муалл., 1999). Айни пайтда бемор болаларда НАГ - инфекциясининг клиник кечиш хусусиятлари кам ўрганилган.

Топиш имкони бўлган адабиётларда болаларда кечаётган НАГ - инфекциясининг қўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра клиник - патогенетик таърифини ўрганишга бағишланган ишларни топа олмадик. Бу эса режалаштирилган илмий изланишни долзарблилигини ва зарурлигини кўрсатади.

Илмий ишнинг мақсади:

Беморларда кечаётган НАГ - инфекциясининг қўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра клиник - патогенетик таърифини ўрганиш.

Ушбу мақсадга эришиш учун қуйидаги вазифаларни бажариш зарур бўлди:

1. НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг умумий клиник таърифини бериш.

2. Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясининг касаллик кечиш оғирлиги, шакллари ва кўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра клиник кечишини ўрганиш.

3. Болалардаги НАГ - инфекциясида касалликнинг кечиш оғирлиги, шакллари ва кўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги УМП лар миқдорини аниқлаш.

4. Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида БФҚ “Бектит — М” нинг даволаш мажмуасидаги клиник - патогенетик самарасини баҳолаш.

Илмий ишнинг янгилиги:

Болаларда НАГ - инфекцияси 48.5% ҳолларда ўрта оғир, 51.5% ҳолларда эса оғир кечиб, асосан гастроэнтерит (46.2%) ва гастроэнтероколит (30.0%) клиник вариантларда намоён бўлиши кўрсатиб берилган. Болаларда кечаётган НАГ - инфекцияси клиник жиҳатдан Хейберг бўйича I - гуруҳга мансуб, токсиген ва вирулент штаммлар сабаб бўлган ҳолларда оғирроқ кечиши аниқланган. Биринчи марта болалардаги НАГ - инфекцияси касалликнинг оғир кечишида ҳамда Хейберг бўйича I - гуруҳга мансуб, токсиген ва вирулент кўзғатувчилар келтириб чиқарган ҳолларда трахеобронхит, сепсис ва ўткир буйрак етишмовчилиги ҳолатлари билан кечиши исботланган.

Болалардаги эслатиб ўтилган инфекцияда интоксикация синдромининг маркерлари - ИЛИ ва қондаги УМП лар миқдори касалликнинг оғир шаклида ва Хейберг бўйича I - гуруҳга мансуб, токсиген ва вирулентли НАГ - вибрионлари келтириб чиқарган ҳолларда юқорироқ бўлиши аниқланган. БФҚ “Бектит — М” нинг турли концентрацияли эритмалари НАГ - вибрионларига нисбатан бактерицид таъсир кўрсатганлиги исботланган. БФҚ “Бектит — М” нинг НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларга комплекс даволаш мажмуасида қўллаш интоксикация ва диарея клиник симптомларининг давомийлигини камайтириши, гемограмма кўрсаткичларини меъёрига келтириши, қондаги умумий оқсил миқдорини ошиши ва буйракларни ажратиш фаолиятини яхшиланиши кўрсатиб берилган.

Олинган натижалар ва уларнинг илмий ҳамда амалий аҳамияти:

Болалардаги НАГ - инфекциясининг кўзгатувчининг биологик хусусиятларига кўра клиник - патогенетик таърифлари ўрганилди. Айтиб ўтилган нозологик шаклда интоксикация синдромининг касалликни Хейберг бўйича I - гуруҳга мансуб, токсиген ва вирулентли табиатга эга бўлган кўзгатувчилар келтириб чиқарган ҳолларда яққолроқ намоён бўлиши кўрсатиб берилган.

Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясини даволашда БФҚ “Бектит - М” нинг клиник - патогенетик самараси асослаб берилган.

### **Олинган натижаларнинг тадбири:**

ишининг натижаларидан Бухоро Давлат тиббиёт институтининг юқумли касалликлар кафедрасида талабаларга маъруза ўқиш ва амалий машғулотлар ўтказишда фойдаланилмоқда. Монография материаллари асосида Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан тасдиқланган “НАГ - инфекцияси эпидемиологияси, клиникаси, ташхисоти, давоси ва профилактикаси” номли услубий тавсияномалар тузилган ва амалиётга тадбиқ этилган.

### **Илмий ишнинг муҳокамаси.**

Монография натижалари қуйидаги илмий анжуманларда баён этилган ва муҳокама қилинган: Тошкент вакцина ва зардоблар илмий текшириш институтининг 80 - йиллигига бағишланган “Методы диагностики, профилактики и лечения инфекционных заболеваний” илмий - амалий конференциясида (Тошкент, 1999); “Экстрагенитал касалликларнинг долзарб муаммолари” республика илмий -амалий анжуманида (Бухоро, 1999); “Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муаммолари” халқаро илмий анжуманида (Тошкент, 2000); Ўзбекистон Республикаси гигиенистлари, санитария врачлари, эпидемиологлари, микробиологлари ва инфекционистларининг VIII - съездида (Тошкент, 2005); Бухоро Давлат Тиббиёт институти юқумли касалликлар, эпидемиология ва микробиология кафедраларининг кафедраларо апробация кенгаши йиғилишида (2005); Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

болалар инфекциялари кафедрасида семинар йиғилишида (2005); ЭМЮКИТИ  
апробация кенгаши йиғилишида (2005).

### **Чоп этилган илмий ишлар.**

Монография материаллари бўйича 9 та илмий иш, шу жумладан 3 та журнал мақоласи чоп этилган.

### **Монографиянинг хажми ва тузилиши.**

Монография кириш, 5 та боб (адабиётлар шарҳи, материал ва тадқиқот усуллари, шахсий изланишларнинг натижаси баён этилган 3 та боб), хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат.

Илмий адабиётлар рўйхатига рус (96) ва чет тилларида (29) чоп этилган илмий ишлар кирган. Монография машинка текстининг варағида баён этилиб, унда 19 та жадвал, 8 та расм, 4 та касаллик тарихидан кўчирма келтирилган.

## **I - боб.НАГ - инфекцияларининг патогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш масалалари.**

Вабонинг еттинчи пандемияси йилларида ўтказилган кўплаб текширишлар НАГ - вибрионларининг ўткир ичак касалликларининг келиб чиқишидаги этиологик аҳамиятини тасдиқловчи ишонарли маълумотлар олишига имкон яратди. (А.К. Мухнов ва муал., 2003; S.A. Abdulkadir, 1991).

З.В. Ермольева томонидан 1924-1925 йиллардаёқ вабонинг клиник манзараси кузатилган беморларда О - зардоб билан агглютинация бермайдиган вибрионларнинг 14 та штамми аниқланган. 1934 йилда Хейберг вабо ва вабосимон вибрионларни сахароза, арабиноза ва мальтозанинг ферментация курсаткичларига қараб 6 типга ажратди. Бундай гуруҳлашда вабо вибрионларининг ҳамма штамлари I - гуруҳга киритилди. Смит ва Гарднер (1965) Хейберг бўйича гуруҳлар сонини 8 тагача кўпайтиришди (Т.И. Искандаров ва муал., 1996).

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти вабо бўйича экспертлар кўмитасининг иккинчи маърузасида маълум қилинишича, О - зардоб билан агглютинация бермайдиган вибрионлар баъзида *Vibrio cholerae* томонидан қузғатилувчи, сувсизланиш билан ўтадиган касалликдан фарқ қилмайдиган хасталикни келтириб чиқариши мумкин. Ўтган вақт мобайнида Европа ва бошқа қитъалардаги кўплаб мамлакатлардаги вабо эпидемиялари юзасидан эпидемиологик кузатувлар уларни Ҳиндистон ва Жанубий Шарқий Осиё мамлакатларидаги бирламчи инфекция манбаларидан ташиб келтирилган касалликлар сифатида таърифлайди (Н.Н. Жуков - Вережников ва муал., 1996; А.С. Подосинникова ва муал., 1992). Шу билан бирга НАГ - вибрионлари клиник манзараси жihatдан вабо симптомларига ўхшаш бўлган спорадик касалликларни келтириб чиқаради (Г.М. Мединский ва муал., 1985; Г.К. Васильев, К.К. Васильев, 1997). Адабиётларда Покистонда (O. He. Intyre et all. 1965; J. Lindenlaum et all., 1965), Чехословакияда (Stepankova et all., 1968; Aldova et.all., 1968), Таиландда (S. Hanchalay et.all.,1985), Ҳиндистонда (G.RJSfair et all., 1988), Ғарбий Калифорнияда (J.E. Kenyan et.all., 1983; S. Kumar et all., 1984), Ғарбий Европада (J. Wirstrom, 1989), Перуда (B.A. Kay et all., 1984) НАГ -

вибрионлари келтириб чиқарган гуруҳли гастроэнтерит касалликлари тўғрисида маълумотлар бор НАГ - вибрионлари келтириб чиқарган ўткир ичак касалликлари собиқ Совет Иттифоқининг Шимолий қутб регионидан ташқари барча ҳудудларида қайд этилган (Л.Г. Воронежская ва муал., 1979; Б.Л. Мазруко ва муал., 2003).

Ростов вилояти ва Краснодар ўлкасининг баъзи туманларининг аҳолиси текшириб кўрилганда ўткир ошқозон - ичак касаллари билан беморларнинг 40.6% да НАГ - вибрионлари топилган (Доморадский И.В. ва муал., 1971). НАГ - вибрионлари Сибирь ва Узоқ Шарқ ҳудудларида ҳам одамлар орасида кенг тарқалган (В.С. Гашин ва муал., 1984). Штаммларнинг энг кўп сони Хейберг бўйича I - гуруҳга мансуб. Ўткир ичак касалликларининг мавсумий кўпайиши одамлар ва ташқи муҳитдан НАГ - вибрионларини ажратиб олишининг ортишига ўзаро боғлиқлиги ушбу микроорганизмларнинг Чеченистон Республикаси ҳудудларида диарея касалликлари пайдо бўлишида маълум ўрни борлигини кўрсатди (В.П. Власов ва муал., 1996).

А.Я. Могилевский ва муалл. (1984) маълумотларига кўра, Украинанинг Николаев вилоятида НАГ - вибрионлари қўзғатадиган касалликлар фақат май ойидан бошлаб ноябр ойигача қузатилган ва барча беморларнинг 97% и июн-сентябр ойларида аниқланган. Николаев вилоятида НАГ - инфекциясининг сув орқали тарқалиш йўли устун даражада эканлиги исботланган. О.К. Шарапова ва муал. (1984) 1975-1982 йилларда Одесса шаҳрида НАГ - вибрионлари қўзғатадиган ўткир ичак хасталикларининг клиник-эпидемиологик хусусиятларини баён қилишди. Шу нарса эътиборга молики, Одессага дам олиш учун келган одамларда ушбу хасталик билан касалланиш кўрсаткичи юқори бўлган. Касаллик кўп ҳолларда ўткир бошланган, унча кучли бўлмаган интоксикация белгилари намоён бўлган. Эпидемиологик таҳлил касалланганларнинг 34% очик сув ҳавзаларида чўмилиш оқибатида бу инфекцияга чалинганлигини кўрсатди. Эпидемиологик жараённинг бир қанча белгиларидан ташқари (ўчоқларнинг ҳудудий узвийлиги, касалланганларнинг жинси, ёши ва ижтимоий касб-кори бўйича, таркиби, яққол кўринадиган ёзги мавсумийлик ва х.к.) НАГ - вибрионлари ажралиш частотасининг одамлар

ҳамда ташқи муҳитга бевосита боғлиқлиги бу ҳақда далолат беради.

НАГ - вибрионлари томонидан келтириб чиқарилган ўткир ошқозон-ичак касалликлари Туркменистонда (В.В. Алексеенкова муал., 1977), Белоруссияда (А.П. Зайденов ва муал., 1978), Украинанинг Қрим вилоятида (А.Б. Хайитович ва муал., 1980), Грузияда (Н.Г. Пхамнадзе ва муал., 1984) кенг тарқалган. Бироқ шунини таъкидлаш лозимки, юқорида айтиб ўтилган муаллифларнинг бирортаси ҳам НАГ - вибрионларини келтириб чиқарган хасталикларнинг эпидемик тарқалишини кузатмаган. Бундан кўриниб турибдики, НАГ - вибрионларига маълум бир шарт-шароитларда вабо симптомлари билан ўхшаш клиник манзараси, лекин эпидемик тарқалишига олиб келмайдиган касалликни қўзғатувчи потенциал-патоген микроб сифатида қарашимиз лозим (Х.Х. Атауллаев ва муал., 1972; Т. Раджапов, 1972; В.Г. Середин ва муал., 1988). НАГ - инфекцияси Ўзбекистон шароитида ҳам кенг тарқалган (Г.С. Дунаев ва муал., 1975; К.Д. Джалилов ва муал., 1978; О.Я. Якубов ва муал., 1975; Я.А. Шахмаев, И.А. Хван, 1979; Ш.И. Зияев ва муал., 1987; Т.С. Зайцева, 1988). Юқорида келтириб ўтилган инфекция ҳоллари Тошкент шаҳрида (Ш.И. Зияев ва муал., 1985; Ш.И. Зияев ва муал., 1987), Сирдарё вилоятида (М.С. Усмонходжаев ва муал., 1972; М.С. Усмонходжаев ва муал., 1987), Сурхондарё вилоятида (Н.А. Тўраев, 1998), Қорақалпоғистонда (В.Д. Чумаченко, 1990), Наманган вилоятида (Д.Т. Худойбердиев ва муал., 1994), Бухоро вилоятида (М.Р. Мирзаева ва муал., 1988) қайд қилинган. 01 бўлмаган серогуруҳ вибрионлари томонидан келтириб чиқарилган ўткир диареялар Ўзбекистонда 1965 йилдаги вабо эпидемиясидан сўнг аҳолининг вибрионларга кенг миқёсда текширувлар олиб борилгандан сўнг қайд қилина бошланди (С.Б. Шоумаров ва муал., 1997). Т.С. Зайцева ва К.Д. Джалилов (1990), М.Н. Гайлонская ва муал., (1992) кўпинча бемор одамлардан ажратиладиган НАГ - вибрионлари орасида токсигенлик хусусиятларига эга юқори патоген вариантлари борлигини кўрсатиб бердилар. Бу, айниқса шунинг учун аҳамиятлики, уш бу вариантлар орасида 2% гача штаммлар 01 вабо вибрионларининг локусларига ўхшаб токсигенлик геном (VCT+) ига эга. Худди шундай штаммлардан бири Самарқанд вилоятида ўткир диарея белгиларидан ўлган 10 ойлик болада 1986 йилда ажратиб олинган (В.П. Власов ва муал., 1994).

С.Т. Валламатов (1985) берган маълумотларига кўра, НАГ - вибрионлари орасида пестицид ва минерал ўғитлар таъсирида пайдо бўладиган 01 Эль-Тор вабо вибрионларининг мутантлари бор. НАГ - вибрионлари учун реверсия холати характерлидир. Шундай реверсия холати С.М. Мухамедов ва ҳаммуаллифлар томонидан (1974) баён қилинган бўлиб, унда оғир сувсизланиш белгиси ўлган беморлардан ажратиб олинган НАГ - вибрионлари лабораториядаги селекциядан сўнг 01 Эль-Тор вибрионига хос бўлган барча хусусиятлари, шу жумладан, холерогенлик хусусияти ҳам қайта тикланган. НАГ - вибрионлари ҳақида шунингдек М.В. Инжеватова (1972), Л.Г. Воронежская (1994) лар ҳам маълумот беришган. НАГ - вибрионлари орасида яқинда баён этилган вабо қўзғатувчиларининг янги биоварлари - 0139 вабо вибриони бўлиши ҳам бўлиши мумкин. Ушбу биоварнинг Ўзбекистон Республикасига кириб келиши эҳтимоли борлигини Е.Ю. Кочеровская ва ҳаммуаллифлар (1995) айтиб ўтишган. Шунинг учун 01 бўлмаган серогруппа вибрионлари ажратилган, сувсизланиш билан кечувчи гастроэнтерит ҳолатлари вабога шубҳали ҳисобланиши ва қўшимча равишда уларнинг О - антигенини аниқланиш мақсадга мувофиқдир.

Охирги 30 йил ичида (1967-1996) Ўзбекистонда ушбу турдаги ошқозон-ичак патологияси билан 16 мингдан ортиқроқ киши касалланган (С.Б.Шоумаров, 1999). Бу уларнинг 01 вибрионига нисбатан кўпроқ вирулентлиги билан эмас, балки ушбу микроорганизмларнинг ташқи муҳитда ҳаддан ташқари кенг тарқалганлиги билан ифодаланади (М.М. Худойбердиева ва муал., 1997; Г.Г. Онищенко ва муал., 2003). Ўзбекистон Республикаси ҳудудларида НАГ - вибрионларининг қуйидаги серотиплари энг кўп тарқалган ҳисобланади: 09, 08, 06, 015, 024, 05, 039, 041, 013, 019 (Ш.И. Зияев ва муал., 1980; С.А. Хусаинова ва муал., 1982; Ш.И. Зияев ва муал., 1993). С.Б. Шоумаров (1999) маълумотларига кўра, 01 бўлмаган вибрионлар қўзғатган диареялар билан 1997 йилда Ўзбекистон Республикасининг бир қанча вилоятлари аҳолиси касалланган бўлиб, уларнинг кўпчилигини кичик ёшдаги болалар ташкил қилади. Юзада жойлашган сув ҳавзалари инфекциянинг асосий резервуари ва юқиш омили бўлиб ҳисобланган (С.Б. Шоумаров, 1999). 01 бўлмаган вибрионлар билан

кишиларнинг зарарланиши қишлоқ жойларда анча юқори бўлиб, яққол мавсумий характерга эга (С.Б. Шоумаров, 1999; С.Б. Шоумаров, 2000).

НАГ - вибрионлари патогенлигининг асосий омили энтеротоксиндир (Г.С. Дунаев, 1974; О.В. Полковникова ва муал., 1977; И.П. Андрусенко ва муал., 1980; Г.И. Скирда ва муал., 1980; К. Jamomoto et.all., 1983). Кўрсатиб ўтилган токсин термостабил хусусиятларга эга бўлиб, гель - фильтрация натижаларига кўра 70 000 дельта ва ундан кўпроқ молекуляр массага эга (И.П. Андрусенко ва муал., 1982; Т. Arakaki et.all., 1988). НАГ - вибрионлари энтеротоксинлари орасида иммунологик ўхшашлик йўқ (И.А. Шагин ва муал., 1980). Маълумки, НАГ - вибрионларининг кўпчилиги Грейг синамасида қўй эритроцитларини гемолизлаб, бу яқин вақтларгача уларнинг паст вирулентлиги ёки хатто авирулентлиги белгиси деб ҳисобланар эди (В.Л. Семиотрочев ва А.О. Цитцер, 1990; V. Majtaz et.all., 1984). Бироқ, бир қанча текширувлардан сўнг (В.Л. Семиотрочев, 1992; Д.К. Муратходжаев, 1993; К. Jamomoto et.all., 1984; С.Ј. Miller et.all., 1988) шу нарса маълум бўлдики, вибрион гемолизини подтипларидан бири бўлган I - Р гемолизин энтеропатоген фаоллик хусусиятига эга бўлиб, оғир диареяларни, айниқса кичик ёшдаги болалар учун хавфли бўлган диарея хасталикларини келтириб чиқаришга қодир экан.

Юқорида эслатиб ўттанимиз, В.Л. Семиотрочев ва А.Ц. Цитцер (1996) тадқиқотларида НАГ - вибрионлари I - (3 гемолизиндан ташқари унинг бошқа подтипини - фақат 20-24 соатдан кейин қуй эритроцитларини гемолизловчи I - а ҳамда денгиз чўчкача эритроцитларини гемолизловчи (мос равишда II - а ва II - Р) экзотоксинларини ишлаб чиқариши баён қилинган I - а, II - а ва II - Р гемолизинлар анча кучсиз экзотоксинлардир (Х.М. Мустафаев ва муал., 1999; M. Yok et.all., 1988). В.Л. Семиотрочев ва муал. (1988) маълумотларига қараганда, НАГ - вибрионлари штаммлари 1% ҳолда бир вақтнинг ўзида I - а - гемолизин, 2.5% ҳолларда II - а, II - р гемолизинлар ишлаб чиқаради. Бундай ҳолларда холерогеннинг токсигенлиги анча камаяди (Ю.З. Ривкус ва муал., 1999; М.М. Ҳақимов ва муал., 1999). М.Д. Ахмедова ва муал. (2004) маълумотларига кўра, Ўзбекистон Республикаси шароитида одамлар ва ташқи муҳит манбаларидан гемолитик хусусиятга эга 01 бўлмаган вабо вибрионлари

аниқланмоқда.

Ҳозирги вақтда патоген вибрионлар томонидан ишлаб чиқариладиган ва турли гуруҳдаги инсон эритроцитларини гемолизловчи учинчи тип гемолизинларининг эпидемиологик, клиник ва патогенетик аҳамиятини ўрганишга киришилган (Ю.З. Ривкус ва муал., 2000). НАГ - вибрионлари томонидан кузатилган диареяларда инкубацион давр нисбатан қисқа бўлиб, бир неча соатдан 1 суткагача, баъзан 3-4 суткагача вақтни ташкил этади (А.Г. Воронежская ва муал., 1979; М.М. Ҳақимов ва муал., 1999). Касаллик ўткир, ахлатнинг суюқланиши, қоринда кучсиз оғриқлар бўлиши ва қусиш белгилари билан бошланади.

НАГ - вибрионлари келтириб чиқарган касаланишлар аксарият ҳолларда ўткир гастроэнтерит (В.И. Покровский ва муал., 1974; А.В. Дубова ва муал., 1977; W.P.H Dakin et.all., 1974; S.N. Me' Ray et.all., 1983), камроқ энтерит шаклида (А.В. Битюк, 1978), баъзи ҳолларда энтероколит ёки гастроэнтероколит шаклида (М.М. Ҳақимов ва муал., 1999) кечади.

Хасталикнинг енгил, ўрта оғир ва оғир кечиши тафовут қилинади (С.Н. Бабаходжаев ва муал., 2000).

Хасталикнинг енгил турида беморлар ўзини қониқарли ҳис қиладилар, касалликнинг давомийлиги 5-7 кундан ошмайди. Беморларнинг бир қисми ҳолсизлик, бош айланиши, чанқашга шикоят қиладилар ва сувсизланишнинг бошланғич белгилари кўриниши мумкин. Енгил кечиш ва ўрта оғир кечишнинг кўп ҳолларида ич кетиш кунига 2-5 марта, баъзан эса 6-7 мартани ташкил қилади. Ахлат кўпинча бўтқасимон, камроқ энтеритли характерга эга бўлиб, тез-тез, сувсимон, шиллиқ ва қон аралашмасиз бўлади. Камдан - кам ҳолларда қон аралаш кетганда “гўшт ювиндиси” тусига эга бўлиши мумкин. Оғриқлар одатда эпигастрал ва киндик соҳаларида жойлашади ва жуда кам ҳолларда интенсив кўринишда бўлади. Айрим беморларда оғриқ тарқалган характерда бўлади. Кўнгил айланиши ва қусиши ич кетишидан олдин бўлади, бироқ кўпинча ич кетиши қусишдан олдин ёки у билан бир вақтда кузатилади. Кўпчилик беморларда касаллик нормал тана ҳарорати билан кечади, баъзиларда эса у субфебрил рақамларгача кўтарилиши мумкин. Иситма даври давомийлиги

асосан 1-3 кунни ташкил қилади (С.Б. Шоумаров, 1999).

НАГ - вибрионлари қўзғатган хасталикларининг болалар ўртасида клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд бўлиб, клиник симптомларнинг (интоксикация, иситма, оғриқ синдроми) анча яққолроқ намоён бўлиши билан ифодаланади (М.М. Ҳакимов ва муал., 1999). Бир қанча болаларда касаллик септицемия шаклида кечади ва ўлим оқибатлари билан тугаши мумкин (К. Vums et.all., 1989). Айрим кишиларда НАГ - вибрионлари қўзғатган хасталиклар яққол ифодаланган сувсизланиш ва организмнинг сув -туз, электролит алмашинувини силжишлари билан оғир кечади. Бундай беморларда тез-тез, сувсимон ахлат, кетма-кет қусиш, оёқ- қўллар (айниқса болдир) мушакларининг тортилиши кузатилади. Артериал қон босимини пасайиши, кучсиз тезлашган пульс, ҳансираш, тери қопламларини кўкариши, олигоурия белгилари намоён бўлади. Беморлар кескин ҳолсизлик, кучли чанқашга шикоят қиладилар. Уларда юз тузилиши ўткирлашади, қўзлари ва ёноқлари ичкарига ботади, овозлари бўғиқлашади, тери тургорлиги пасаяди (В.М. Милютин ва муал., 1982; G. Pianteri et.all., 1982; S.H. Sufrin et.all., 1988).

Суюқликни йўқотилиши беморнинг тана вазнини 8-10% гача етади ва туз етишмовчилиги алгиднинг ривожланишига олиб келади. Тери қопламаларининг умумий кўкариши кузатилади. Тери ушлаб кўрилганда совуқ, унинг тургорлиги кескин пасайган, “кирчи қўллари” симптоми ифодаланган бўлади. Оёқ - қўллар, қорин, юз мушакларининг тортилишлари, анурия, афония кузатилади. Тана харорати субнормал рақамларгача (35.5- 35.8°C) пасаяди (С.Н. Бабаходжаев ва муал., 2000). С.М. Peterson et.all. (1982), Dumler et.all. (1989) маълумотларига кура НАГ - вибрионлари ўт чиқарув йўллари системасини зарарланишини келтириб чиқариши мумкин. Аниқланганки, НАГ - инфекцияларида беморлар қонида умумий оқсил ва унинг фракциялари микдорининг камайиши ва аксинча креатинин, мочевино, умумий холестерин, глюкоза, сут ҳамда сиал кислоталар микдорининг ортиши кузатилади. Бу эса ушбу беморлар тоифасида оқсил, углеводлар ва липидлар алмашинуви бузилиши ҳақида далолат беради. Моддалар алмашинуви ҳолатининг анча яққол ўзгаришлари гастроэнтероколит шакли билан оғриган беморларда аниқланган (С.Н. Бабаходжаев ва муал., 2000).

Клиник манзарасини анча турли-туманлиги сабабли НАГ - вибрионлари қўзғатган ўткир ичак хасталиги ташхиси фақатгина бактериологик текширувлар натижаси асосида қўйилади (Л.Г. Воронежская ва муал., 1989).

НАГ - вибрионларига морфологик, культурал ва асосий биохимик хусусиятларига кўра вабо қўзғатувчисига ўхшаш, у билан умумий Н - антигенга эга бўлган ва соматик О - антигени бўйича фарқ қиладиган ҳамда турли серологик гуруҳларга кирувчи микроорганизмлар киради (Т. Раджапов, 1972; Е.А. Ведьмина, 1979). Ҳозирги вақтда НАГ - вибрионларининг 139 та серотиплари маълум (Х.М. Мустафаев ва муал., 1999). Материални олиш, уни текширувга олиб бориш, экиш ва унинг хусусиятларини ўрганиш ҳамда ажратиб олинган НАГ - вибрионларининг идентификацияси вабо лаборатория диагностикасининг амалдаги йўриқномаларига мувофиқ ўтказилади. Одамлардан ажратиб олинган НАГ - вибрионлари культураларини кейинги ўрганиш учун ўлатга қарши муассасалар (карантин ва ўта хавфли касалликларнинг профилактика ва назорат маркази) га берилиши лозим.

НАГ-вибрионларининг идентификациясида *Vibrio* - оиласига мансублигига аниқлаш, *Vibrio* - оиласига кирувчи ўхшаш микроорганизмлардан, шу жумладан, вабо қўзғатувчиларидан, шунингдек *Vibrionaceae* оиласига кирадиган бошқа микроорганизмлардан фарқлаш (*Aeromonas* ва *Plesiomonas* родлари) лозим бўлиб, штаммларнинг серологик гуруҳи ҳамда кўрсатма бўлган тақдирда энтеропатогенлиги аниқланади (Е.А. Ведьмина ва муал., 1984). НАГ - вибрионлари серогуруҳларини аниқлашда мўлжалланган ҳудудда НАГ - вибрионларининг учраш частотасига кўра зардоблар аралашмасини олдиндан тайёрлаб олиш мақсадга мувофиқир (Л.Г. Воронежская ва муал., 1979).

НАГ - вибрионлари қўзғатадиган ўткир ичак касалликларини лаборатория диагностикасида қўшимча текширувлар услуби сифатида бемор (оғриб ўтган ёки ташувчи) қони зардобидан кенгайтирилган агглютинация реакциясида агглютинларни аниқлаш услубидан фойдаланилади. Бундай ҳолларда НАГ - вибрионларига махсус антигенлар 40-50% ҳолларда топилади. Антиген

сифатида ўша бемордан ажратилган НАГ - вибрионлари кўзгатувчиси қўлланилади. Хасталикнинг 1-3 ва 7-10 кунларида олинган жуфт зардобларни текшириш мақсадга мувофиқдир. Титрнинг тўрт марталик ортишида реакция мусбат деб баҳоланади (И.И. Шурхина, 1976). НАГ - инфекцияси ташхисини қўйишда шунингдек фагодиагностика ҳам қўлланилади (А.Б. Хайтович ва Р.М. Голковский, 1984). Ушбу инфекциянинг лаборатория ташҳисиди иммунофермент таҳлил усули (И.В. Зименко, 1990), коаггутинация реакцияси (М. Rahman et.all., 1997), моноклонал антителолар усули (L.V. Adams et.all., 1999), кўзгатувчилар антигенини тезкор индикацияси (С.М. Кальной, 2003) усуллари қўлланилади. *Vibrio cholerae* 0139 штаммлари кўзгатган хасталиклар ташхисиди генетик текширув усуллари билан фойдаланилди (М.Н. Джопаридзе ва муал., 1996; Н.И. Смирнова. ва муал., 1996; Б.Н. Мишанькин, 2004).

НАГ - вибрионлари кўзгатадиган ўткир ичак касалликларини даволаш тактикаси хасталикни кечиш оғирлиги ва сувсизланиш даражасига боғлиқ (С.Н. Бабаходжаев ва муал., 2000).

НАГ - вибрионлари сабаба бўлган ўткир ичак касалликларини даволашда ҳал қилувчи ролни патогенетик терапия ва энг аввало сув-туз мувозанатини тиклаш эгаллайди. Сув - туз терапиясини максимал эрта муддатларда бошлаш керак. У 2 босқичда олиб борилади: 1 - бирламчи регидратация, 2 - давом этаётган сув ва тузлар йўқотилишини коррекцияси. Регидратация 1-2 соат мобайнида ўтказилиши керак. Бунда даволаш тактикаси энг аввало беморларнинг ахволи ва сувсизланиш даражасига боғлиқ бўлади. I - II даражали сувсизланиш (дегидратация)да сув - туз терапиясининг асосий усули суюқликни перорал ёки назогастрал зонд орқали юбориш ҳисобланади. Кетма-кет қусиш оқибатида суюқликларни йўқотилиши кучайиб кетаётган ҳолатларда, эритмаларни вена ичи инфузияси орқали юборишга ўтиш лозим бўлади. Организмдаги йўқотилган сув ва электролитлар ўрнини тиклаш, бузилган гомеостазни оптимал коррекцияси “квартасоль” эритмасини вена ичига инфузияси орқали эришилади. Бундан ташқари, “хлосоль”, “трисоль”, “ацесоль” эритмалари билан ҳам инфузион терапия ўтказилиши мумкин. Болаларда сув-туз терапияси «квартасоль» эритмасига бир литр ҳисобидан 15-20 гр. глюкоза

қўшиб, вена ичига қуйиш йўли билан ҳам олиб борилади. I - II даража дегидратацияли болаларда йўқотилган суюқлик ўрнини назогастрал зонд орқали глюкоза- электролити эритмаси юбориш орқали амалга оширилади. Сув - туз терапиясини ахлат миқдори анча камайганида ва қусиш кузатилмаганда тўхтатиш лозим (М.М. Ҳакимов ва муал., 1999).

Антибиотиклар НАГ- вибрионлари қўзғатадиган инфекцияларда беморларни даволашда асосий ролни ўйнамаган ҳолда патогенетик терапия самаралигини оширади ва вибрион ажралиш давомийлигини қисқартиради (Н.Н. Жуков - Вережников ва муал., 1966; Т.И. Искандаров ва муал., 1996). Антибиотикотерапия патогенетик терапия билан биргаликда, лекин фақат бемордан бактериологик текширув учун материал олингандан сўнг олиб борилади (В.С. Ганин ва муал., 1987).

Антибиотик танлови қўзғатувчи штаммларининг унга сезувчанлиги билан мос келиши керак (М.М. Ҳакимов ва муал., 1999). НАГ - инфекцияси тетрациклин ва левомецитин билан даволаганда самарали натижа беради (А.В. Битюк, 1979). Катта ёшли болалар ва НАГ - вибрионлари ташувчиларига тетрациклин 250-500 мг ёки левомецитин 50 мг дан ҳар 6 соатда, 3-5 сутка давомида тавсия қилинади. Беморларга антибиотиклар ёшига мос равишдаги дозаларда буюрилади. III -IV даражадаги дегидратацияли беморларда этиотроп терапия регидратация билан бир вақтда (морфоциклин 150 мг дан ҳар 12 соатда ёки тетрациклин гидрохлорид 100 мг дан ҳар 6 соатда парентерал юбориш) тавсия қилинади. Қусиш ҳолати тўхтагандан сўнг ушбу антибиотиклар ичишга юқоридаги кўрсатилган дозаларда буюрилади (Л.Г. Воронежская ва муал., 1979). НАГ - вибрионлари қўзғатган хасталикларни даволашда шунингдек рифампицин (К.Д. Джалилов, 1980), гентамицин, ампициллин, карбенициллин (И.Т. Андрусенко ва муал., 1982) каби антибиотиклар қўлланилади. С.Н, Бабаходжаев ва С.Г. Алимов (2004) маълумотларига кўра, Ўзбекистон шароитида аниқланган 01 бўлмаган вабо вибрионлари (НАГ - вибрионлари) замонавий антибиотиклардан абактал ва ципролетга юқори сезгирлик намоён қилган.

Ҳозирги пайтда вабо ва бошқа вибриозларни даволашда антибиотик

бўлмаган ёки антибиотикларга кирмаган препаратлар қўлланила бошланди. Бу, бир томондан, антибиотикларга чидамли штаммлар кўзғатган хасталикларда этиотроп даво самарадорлигини оширса, бошқа томондан, дисбактериоз ривожланиш эҳтимолини камайтиради. Бу, айниқса ёш болаларни даволашда муҳим аҳамиятга эга. Яхши антивибрион хусусиятларга эга препарат - бу ичак антисептики - интетрикс ҳисобланиб, амалда уни қўлланилишига қарши кўрсатмалар йўқ. Кўплаб антибиотиклардан фарқли ўлароқ интетрикс патоген бактериялардан ташқари, ичак сапрофит микрофлораси мувозанатини бузмайди.

Касалликнинг енгил, яширин ва субклиник шакллари даволаш индивидуал ҳал этилади. Бундай шахслар кўзғатувчини ўзидан ажратиши мумкин, шунинг учун улар этиотроп даволанишлари лозим. Касаллик микст кўринишида кечганда вибрионлар келтириб чиқарадиган диареяларга даволаш схемасидан фойдаланиш ва ёндош касаллик кўзғатувчисини антибиотикларга сезгирлигини эътиборга олиш зарур (М.М. Ҳакимов ва муал., С.Н. Бобохўжаев ва муал., 2000).

Диарея касалликларини даволашда “Бектит-М” биологик фаол қўшимчадан фойдаланиш.

Ўткир юқумли ичак касалликларини (УЮИК) даволашда ҳар хил токсик антибиотиклардан пала - партиш фойдаланиш, бир томондан, беморнинг умумий иммун ҳолатини пасайишига, иккинчи томондан эса айтиб ўтилган инфекция кўзғатувчиларининг антибиотикларга полирезистент штаммларини пайдо бўлишига олиб келади (Б.И. Ниязматов ва муал., 2002). Ичак дисбактериози ва иккиламчи иммунологик етишмовчиликда ЎЮИК оғир кечади ва ўлим ҳоллари кўп учрайди, (айниқса эрта ёшдаги болаларда) (Ш.М. Каримова ва А.Г. Валиев, 2003; Д.А. Мирзаев ва Г.А. Ибадова, 2003).

ЎЮИКнинг асоратлари ДВС - синдром, нейротоксикоз, ичак парези, иккиламчи менингоэнцефалитлар, зотилжам, гликемик ва уремик синдромларда ўлим ҳолларини кўп учраши кузатилган (Д.А. Мирзаев, 2004). Юқоридагиларни эътиборга олган ҳолда, ЎЮИК ни олдини олиш ва даволашда юқори самара берадиган янги препаратларни қўллаш зарур.

ЎЮИКларини олдини олиш ва даволашда ЭМЮКИТИ да “Бектит-М”

препарати ишлаб чиқилган ва қўлланилмоқда (Б.И. Ниязматов ва муал., 2002).

Биологик фаол “Бектит-М” қўшимчаси диареяга қарши бўлиб, инфекция кўзгатувчилари (сальмонелла, шигелла, вибрионлар, тиф - паратиф, эшерихиялар) нинг токсинларини сўриб олиш хусусиятига эга (А.Г.Валиев ва муал., 2004). “Бектит-М” простагландинларни цитопротектив таъсирини яхшилайти, IgA нинг қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини оширади ва ичакнинг шиллиқ қаватини ишқорли тузларнинг эрозив таъсири ҳамда патоген микроорганизмлар зарарлашидан ҳимоя қилади. (З.К Каримова., 2004). “Бектит-М” ичак микрофлорасини мустаҳкамлайди. (М.К Тоиров. ва муал., 2004). “Бектит-М” ўзида етарли даражада биологик микроэлементларни (Na , K , Fe , Ca , Mg , хлорид) сақлайди. (А.Г Валиев. ва муал., 2004). “Бектит-М” биологик фаол қўшимча (БФҚ) қўйидаги хасталикларни даволашда тавсия этилади:

- Алиментар диареялар;
- Шартли патоген микроорганизмлар чақирган диареялар;
- Диарея билан кечадиган сурункали колитлар;
- Ичак дисбактериози I - II даражаси (Б.И. Ниязматов ва муал., 2002).

“Бектит-М” биологик фаол қўшимчани ўз вақтида қўллаш эрта ешдаги болаларда токсикоз ва эксикоз ривожланишини олдини олади. (Ф.И. Иноятова ва М.У. Асилова, 2003). Айтиб ўтилган “Бектит-М” БФҚ сидан қўйидаги даволаш ва профилактика муассасаларида фойдаланиш мумкин:

- Юқумли касалликлар шифохонасининг ЎЮИК лари бўлимида;
- Орал регидратация пунктларида;
- Соматик шифохоналарнинг гастроэнтерология бўлимларида;
- Мактабгача бўлган муассасаларда;
- Оилавий поликлиникаларда;
- Болаларни соғломлаштириш ташкилотларида (болалар оромгоҳи, санаторий, профилакторий).

Диарея хасталикларини “Бектит-М” БФҚ си билан даволаш жуда оддий, клиник ва иқтисодий томондан самаралидир. Ушбу БФҚ дан ЎЮИК ларининг енгил ва ўрта оғир шакллари даволашда ҳамда кундузги даволаш стационарларида, орал регидратация пунктларида фойдаланиш мумкин (Б.И.

Ниязматов ва муал., 2002). Бемор ёки мулоқотда бўлганлар мурожаат қилганда “Бектит-М” препаратини катта ёшдагиларга кунига битта пакетдан уч маҳал, суспензия ҳолда ичирилади. Ҳар бир пакет 50 мл қайнатилган ва совутилган сувда эритилади (сувнинг ҳарорати 19°C - 20°C) ва аста-секин суспензия ҳолига келгунча аралаштирилади. 1 - 2 ёшдаги болаларга 1 та пакет, 2 ёшдан катта болаларда 1 - 2 та пакетдан 3 маҳал тайинланади.

Бобохўжаев С.Н. ва муал. (2003) фикрича, “Бектит-М” оддий вибриоз билан оғриган беморларга берилганда интоксикация ва диарея синдромини камайтиради, клиник - лаборатория кўрсаткичларига ижобий таъсир этади.

Закинов А.К. ва муал. (2003) маълумотларига кўра, болаларда полирезистент штаммлар чақирган сальмонеллез хасталигини комплекс даволашда “Бектит-М” препаратини юқори сорбцион хусусияти тасдиқланган. Бу фикрларни Валиев А.Г. ва муал. (2004) “Бектит-М” БФҚ ни сальмонеллез хасталиги билан оғриган беморларни комплекс даволашда қўлланилганда интоксикация, иситма, диарея симптомларини тез йўқолишига олиб келиши билан маъқулладилар. Бундан ташқари, айтиб ўтилган БФҚ “Бектит-М” қондаги эритроцитлар, лейкоцитлар сонини, гемоглобин, миқдори эритроцитлар чўкиш тезлиги (ЭЧТ) кўрсаткичларини меъорлашишига олиб келди. “Бектит-М” нинг сорбцион фаоллиги сальмонеллез инфекциясининг экспериментал тажрибасида ўз тасдиғини топди (З.К. Каримова, 2004). “Бектит-М” ни ўткир Флекснер дизентерия билан оғриган беморларни комплекс даволашда ҳам юқори самара бериши аниқланди. (Ф.И. Иноятова ва М.У. Асилова, 2003; М.К.Тоиров ва муал., 2004). Шундай қилиб, адабиётлар тахдили шуни кўрсатадики, “Бектит-М” БФҚ си диарея хасталикларини комплекс даволашда ижобий натижаларини беради. Шу билан бирга болаларда кечаётган НАГ - инфекциясини даволашда бу препаратни клиник-патогенетик самарадорлиги ўрганилмаган. Бу ҳолат ушбу илмий ишни режалаштириш ва бажариш учун асосий мезонлардан бири бўлиб хизмат қилди.

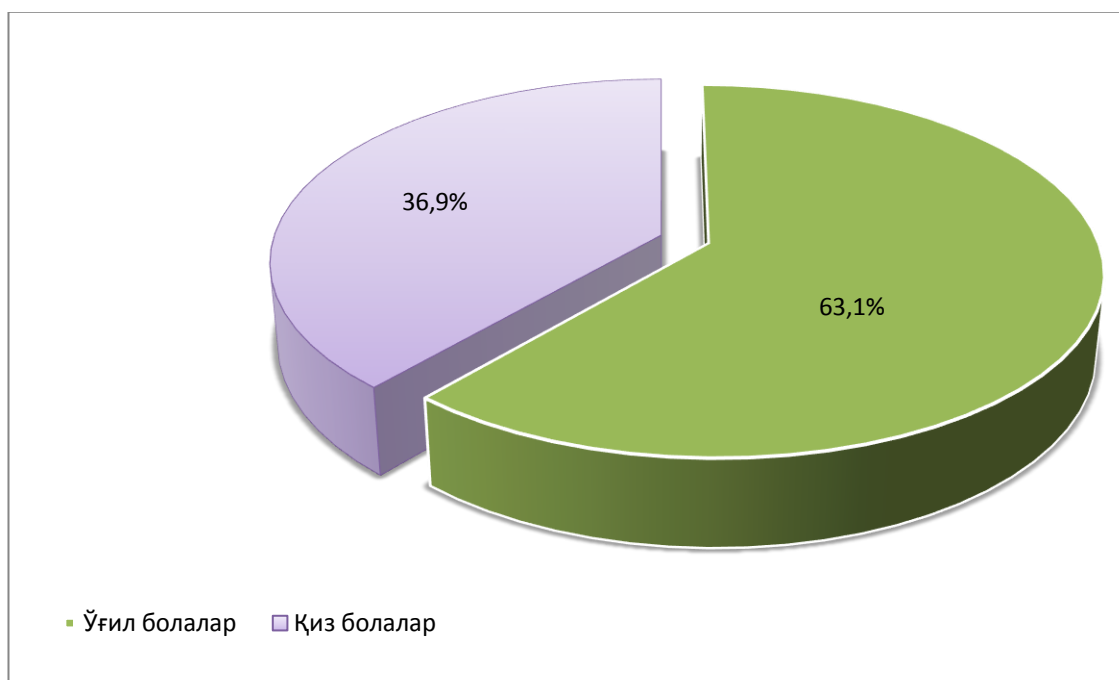
## МАТЕРИАЛЛАР ВА ТАДҚИҚОТ УСЛУБЛАРИ

НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг умумий клиник таърифи кузатув остида НАГ-инфекцияси капрокультура ажратилиши билан тасдиқланган 130 та бемор бола бўлди. Ҳамма болалар 1998 - 2004 йиллар мобайнида Бухоро вилояти юқумли касалликлар шифохонасида даволандилар (бош врач - И.И. Нарзиев). Назорат сифатида 20 та бутунлай соғлом болалар ҳам кузатувда бўлдилар.

Бемор болаларни касаллик оғирлиги ва шаклларига қараб бўлиш учун В.И. Покровский (1986) таклиф этган классификациядан фойдаланилди. Беморларни 82 (63.1%) таси ўғил болалар, 48 (36.9%) таси қиз болалар эканлиги аниқланди (расм 2.1).

**Расм 2.1**

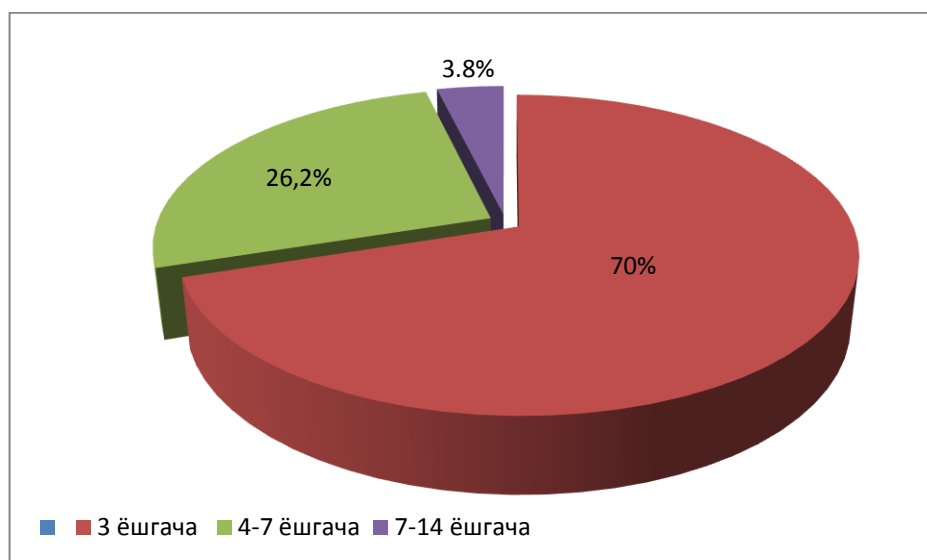
### НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларнинг жинси бўйича тақсимланиши



Бемор болаларни ёши бўйича тақсимланиши қуйидагича бўлди: 3 ёшгача - 91 та (70.0%), 4 -7 ёш - 34 та (26.2%), 7 -14 ёш - 5 та (3.8%) (расм 2.2).

**Расм 2.2**

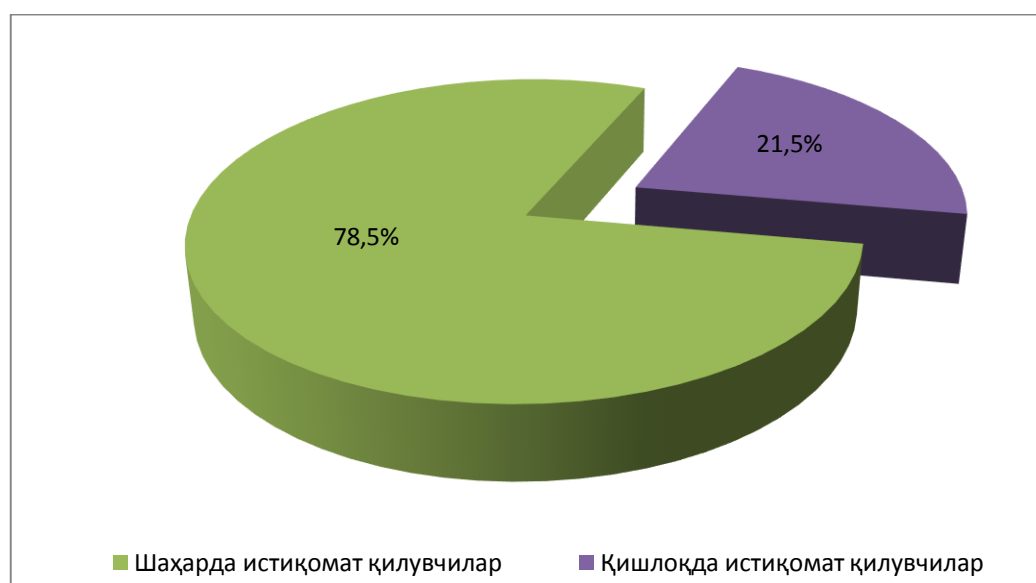
### НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларнинг ёши жихатдан тақсимланиши



Бемор болаларнинг 28 таси (21.5%) шаҳарда истиқомат қилувчилар, 102 (78.5%) қишлоқ шароитида яшовчилар эканлиги маълум бўлди (расм 2.3).

Расм 2.3

### НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларнинг истиқомат жойи бўйича тақсимланиши



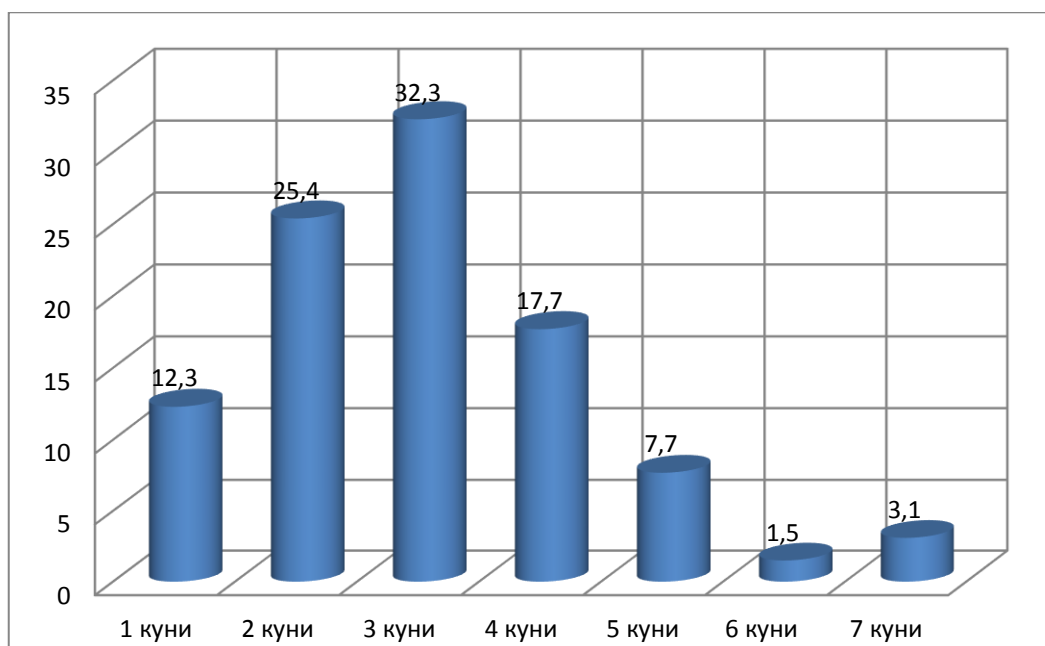
Демак, ўтказилган изланишлар шуни кўрсатадики, НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг аксарият қисми ўғил болалар, эрта ёшдагилар (3 ёшгача) ва қишлоқ ҳудудларида истиқомат қилувчилар экан.

Кейинги текширишларда биз бемор болаларнинг шифохонага касалликнинг қайси кунларида келиб тушганлиги ҳақидаги маълумотлар билан

қизикдик. Ўтказилган таҳлил шуни кўрсатдики, хасталикнинг биринчи куни 16 та (12.3%), иккинчи куни - 33 та (25.4%), учинчи куни - 42 та (32.3%), тўртинчи куни - 23 та (17.7%), бешинчи куни эса 10 та (7.7%) бемор болалар шифохонага ётқизилганлар. Касалликнинг 6 ва 7 кунлари ўз навбатида фақат 2 (1,5%) ва 4 (3,1%) бемор болалар шифохонага келиб тушганлар (расм 2.4).

**Расм 2.4**

**НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларнинг шифохонага келган кунлари**



Келтирилган расмий маълумотлар шундан далолат берадики, НАГ - инфекцияси аниқланган бемор болаларнинг асосий қисми юқумли касалликлар шифохонасига хасталикнинг 2 - 4 кунлари келиб тушганлар.

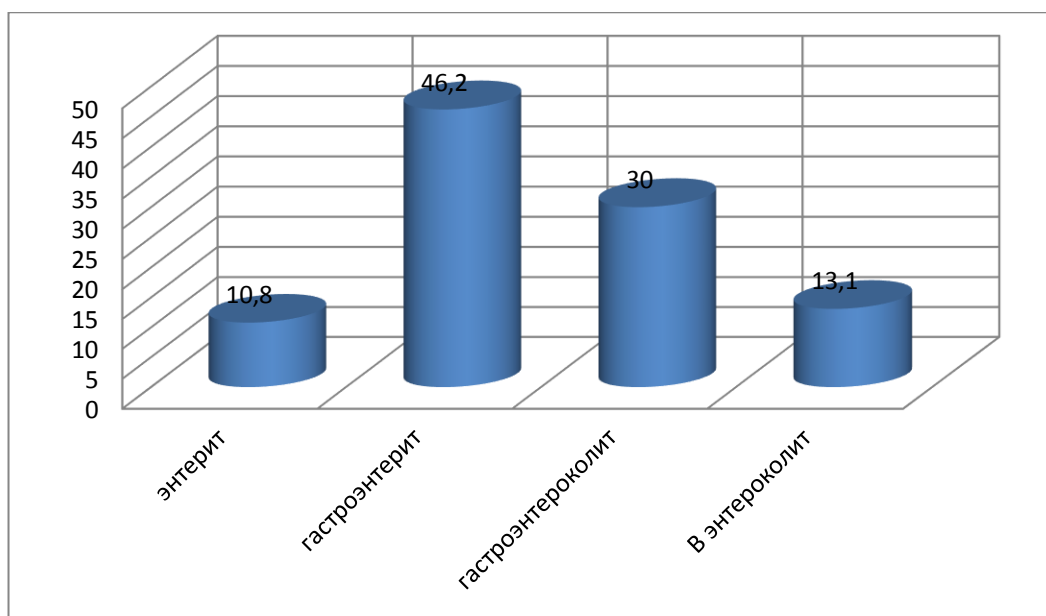
Беморларнинг 92 (70.8%) таси уй - маиший шароитда очик сув манбаларидан, 30 (29.2%) таси эса водопровод сувидан фойдаланишлари маълум бўлди. Бу эса, болаларда НАГ - инфекциясининг тарқалишида сув омилининг етакчи эканлигини яна бир қарра тасдиқлайди ва Шоумаров С.Б. (2001) келтирган маълумотларга мос келади.

Кейинги текширишлар асосида аниқландики, 40 (32.8 ± 4.0%) ҳолларда касаллик манбаи топилган бўлса (бемор болалар), 90 (61 ± 4.0%) ҳолларда номаълумлигича қолган ( $t = 1.1$ ,  $P < 0.05$ ). Касаллик 10 (77.7%) болаларда ўткир, 29 (22.3%) тасида аста-секин бошланган. 14 (10.8%) та болаларда НАГ -

инфекцияси энтерит, 60 (46.2%) тасида гастроэнтерит, 39 (30.0%) тасида гастроэнтероколит, 17 (13.1%) тасида энтероколит шаклларида кечган. (расм 2.5).

**Расм 2.5**

**НАГ - инфекцияси аниқланган бемор болаларнинг касалликнинг  
клиник шакллари бўйича тақсимланиши**



Демак, болаларда НАГ - инфекцияси асосан гастроэнтерит ва гастроэнтероколит шаклларида кечар экан. Кузатув остида бўлган бемор болаларда асосий клиник белгиларнинг давом этиш муддати ҳисоблаб чиқилганда қуйидагилар маълум бўлди. 11 (8.5%) та беморларда ушбу рақам 3 кунни ташкил этган бўлса, 23 (17.7%) тасида 4 кунга тенг бўлган. 30 (23.1) бемор болаларда клиник белгилар 5 кун, 66 (50.8%) тасида эса 6 кун ва ундан кўп давом этган.

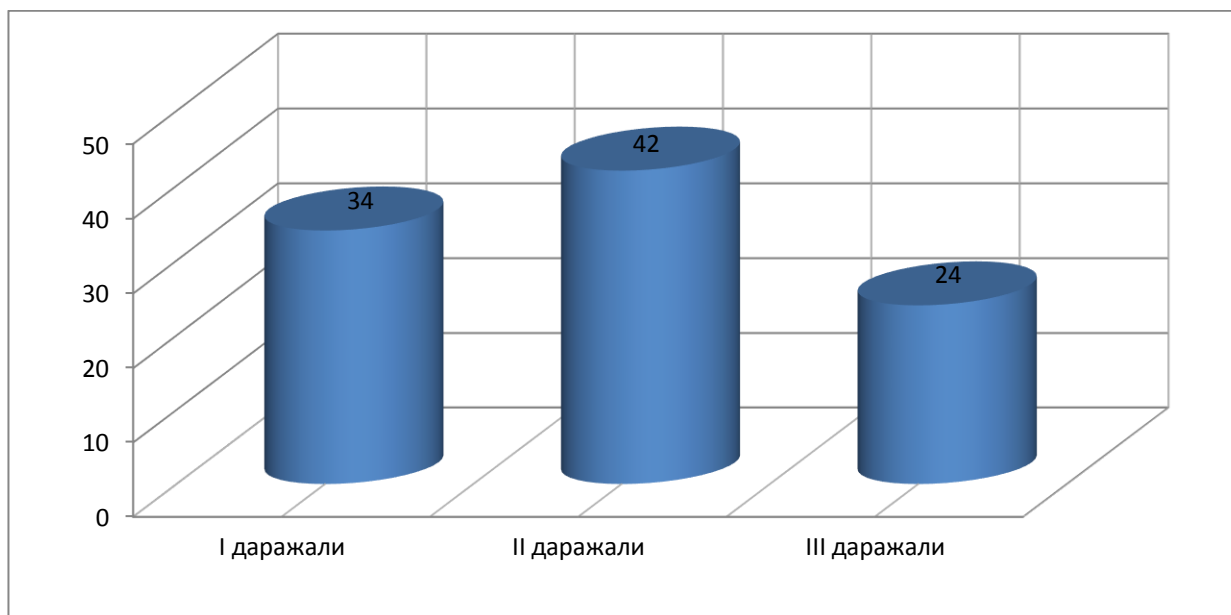
63 (48.5%) та бемор болаларда НАГ - инфекцияси ўрта оғир, 67 (51.5%) тасида эса оғир кечган. 67 (51.5%) та бемор болаларда тери тургорлиги пасайганлиги аниқланди. Бирорта ҳам бемор болада ташқи лимфа тугунларининг катталашиши кузатилмади. Нафас олиш системаси томонидан 55 (42.3) болада трахеобронхит аломатлари аниқланди. Айни пайтда 55 (42.3%) та бемор болада юрак тонларининг бўғиқлашиши ва тахикардия каби ўзгаришлар

топилди. 54 (41.5%) та беморларда тилнинг хўл, 68 (52.3%) тасида эса қурук ҳолда қарашлар билан қопланганлиги маълум бўлди. Ҳамма бемор болаларда жигар ва қора талокнинг катталашмаганлиги аниқланди.

Фақат 1 (0.8%) бемор болада қориннинг катталашганлиги кўзга ташланди. 28 (21.5%) та бемор болада кунига 1-2 марта, 27 (20.8%) тасида 3-4 марта, 41 (31.5%) тасида 4 мартадан кўпроқ қусиш ҳолати кузатилди. 2 (1.5%) та бемор болада кунига 1-2 марта, 25 (19.2%) тасида 3-4 марта, 88 (67.7%) тасида 4-10 марта, 15 (11.5%) тасида 10 ва ундан кўп марта ич кетиш ҳолати аниқланди. 11 (8.4%) та бемор болада олигоурия кузатилиб, бу ҳолат НАГ - вибрионлари таъсири натижасида келиб чиққан ўткир буйрак етишмовчилиги белгиси деб, ҳисоблаш мумкин. Шунинг қайд қилиб ўтмоқ даркорки, касалликни оғир шакли билан оғриган 67 та бемор боланинг 21 (31.0%) тасида сепсис ҳолатлари кузатилган. Дармонсизлик, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг пасайиши, тери қаватларининг қуруқлиги, тери тургорининг ва эластиклигининг пасайиши, лабларнинг қуриши, кунгил айланиши, қусиш ва ич кетиши каби симптомларининг мавжудлиги НАГ - инфекцияси аниқланлаган бемор болаларда оғир хил даражадаги эксикоз ва токсикоз аломатларининг мавжудлигидан далолат беради. Биз ўтказган изланишлар шунинг кўрсатдики, 44 (34.0%) та бемор болада I - даражадаги, 56 (42.0%) тасида II - даражали ва 30 (24.0%) та бемор болада III - даражали эксикоз белгилари бўлган (расм 2.6). Демак, болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида эксикоз ва токсикознинг асосан I ва II даражалари кузатилади экан.

**Расм 2.6**

## Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида эксикоз ва токсикознинг даражалари



НАГ - инфекцияси ташхиси қўйилган бемор болаларда умумий қон синамасидаги ўзгаришлар таҳлил этилганда қуйидагилар маълум бўлди. 4 (3.1%) та бемор болада лейкоцитлар сони 5 минггача, 30 (23.1%) тасида 6 минггача, 58 (44.6%) тасида 8 минггача эканлиги аниқланди. 38 (29.2%) та бемор болада лейкоцитлар сони 8 мингдан юқорилиги аниқланди. Ушбу ҳолат (лейкоцитоз- оқ қон таначаларининг меъёрдан ошиб кетиши) ни болалардаги НАГ - инфекцияси кўзгатадиган яллиғланиш жараёнининг белгиси, деб ҳисоблаш мумкин. Ушбу фикрни ЭЧТ нинг кўрсаткичларини ўрганиш бўйича олиб борилган текширишлар яна бир қарра тасдиқлайди. Бу ўринда 42 (32,3%) та бемор болада ЭЧТ нинг меъёридан (20мм/с) юқори бўлганлигини таъкидлаб ўтишимиз даркор. 54 (41.5%) бемор болаларда эритроцитлар сонининг 5.5 млн. дан ошганлиги НАГ - инфекциясида кузатиладиган сув-туз муносиблигини бузилиши натижасида кузатиладиган нисбий эритроцитоз сифатида қараш мумкин.

НАГ - вибрионлари сабаб бўлган диарея хасталикларини даволашда патогенетик ва этиотроп муолажа тадбирларидан фойдаланилди.

Биринчи даволаш тадбирлари организмдан йўқотилган суюқлик миқдорини ҳамда бузилган сув - туз муносибатини тиклашга ва токсикоз аломатларини

йўқотишга қаратилди.

Регидратация усуллари хасталикнинг шакли ва унинг кечиш оғирлигига боғлиқ бўлди. Ушбу мақсадни амалга ошириш учун вабони даволашда қўлланиладиган «дисоль», «трисоль», «ацесоль» каби тузли эритмалардан фойдаланилди.

Кетма-кет қусиш билан кечаётган оғир гастроэнтерит ёки гастроэнтероколитда венага 36 - 38°C даражагача иситилган тузли суюқликлар юборилди. Юборилаётган суюқлик ҳажми сувсизланиш даражасига қараб аниқланди. Томир уриши равонлашган ва артериал қон босим тиклангандан сўнг суюқликларни томчилаб юборишга ўтказилди. Эксикоз аломатлари яққол намоён бўлган болаларда ҳам суюқликлар вена ичига юборилди. Ушбу муолажа тадбирларини “квартасоль” тузли эритмаси билан амалга ошириш мақсадга мувофиқ эканлиги маълум бўлди. 2 ёшгача бўлган болаларда регидратация томир орқали суюқлик юборилиши билан амалга оширилиб, даволаш мажмуасининг биринчи соатида юборилган суюқлик ҳажмининг 40% и тайинланди. 1-2 даража дегидратация аломатлари аниқланган, суюқлик ича олмайдиган ёки қусаётган болаларга глюкоза- электролитли эритма назогастрал зонд орқали юборилди. Қусиш тухтагандан сўнг суюқликларни оғиз орқали бериш давом эттирилди. Орал регидратация даволаштадбирларини бажариш учун глюкосолан, регидрон, цитроглюкосолан каби эритмалардан фойдаланилди. Юбориладиган суюқлик миқдори беморнинг ёши, вазни ва унинг йўқотаётган суюқлик ҳажмига кўра аниқланди.

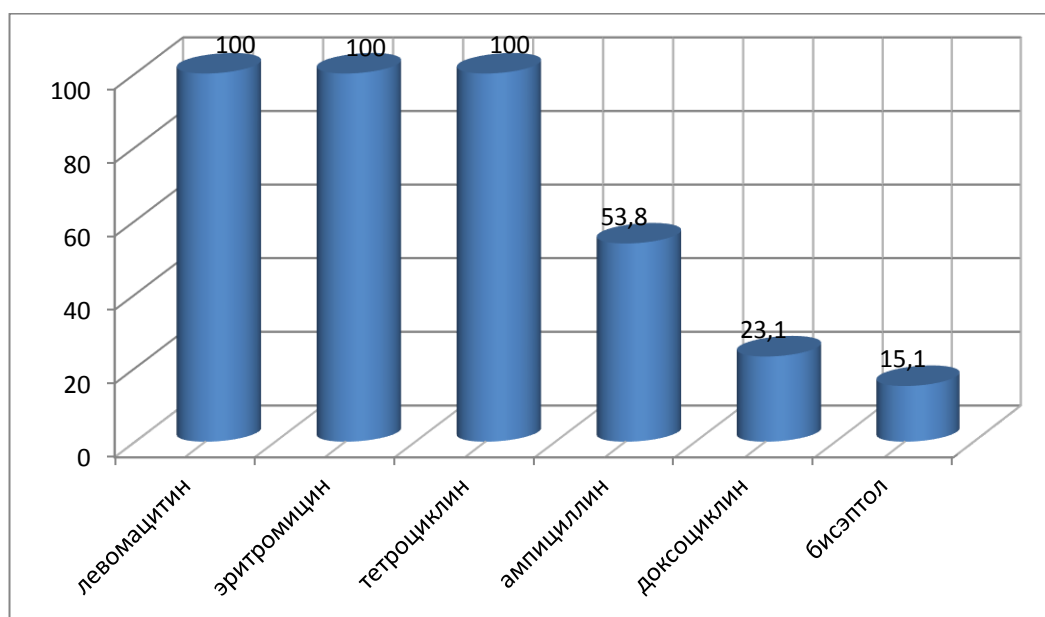
01 бўлмаган вабо вибрионлари сабаб бўлган диареялар яққол интоксикация аломатлари билан кечган ҳолларда патогенетик даволаш усули сифатида дезинтоксикация ҳам амалга оширилди. Бу ўринда тузли ва коллоид (полиглюкин, глюкоза, гемодез ва бошқалар) эритмаларни биргаликда тайинлаш яхши клиник самара берди.

Этиотроп даволаш усули организмни тез фурсат ичида вибрионлардан озод бўлиш имконини беради. Антибиотикотерапия бемор болалардан бактериологик текшириш учун материал олингандан сўнг патогенетик даволаш усули билан биргаликда олиб борилди. Антибиотикларни қўллаганда вибрионларни уларга

сезгирлиги ҳам эътиборга олинди. Бизнинг текширишларимизда кузатув остида бўлган болалардан ажратилган НАГ - вибрионларини культураларининг ҳаммаси (130 та) левомецитин, эритромицин, тетрациклин каби антибиотикларга сезгир бўлиб чиқди. Ажратилган 01 бўлмаган вабо вибрионларидан 70 (53.8%) таси ампицилинга, 30 (23.1%) таси доксоциклинга, 20 (15.4%) таси бисептолга нисбатан сезгирлиги аниқланди. Текширилаётган НАГ -вибрионларининг бирортаси ҳам стрептомицинга нисбатан сезгирлик хусусиятларини намоён қилмади (расм 2.7).

**расм 2.7**

**НАГ - инфекцияси қўзғатувчиларининг 01 бўлмаган вабо вибрионларининг антибиотикларга нисбатан сезгирлиги**



Юқоридагиларни эътиборга олган ҳолда НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларни этиотроп даволашда левомецитин, эритромицин, тетрациклин каби антибиотиклардан фойдаланилди.

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, режалаштирилган равишда амалга оширилган этиопатогенетик муолажа тадбирлари ўз самарасини берди ва кузатув остида бўлган болаларда ўлим ҳолати умуман кузатилмади.

**Тадқиқот усуллари.**

Илмий ишда қўйилган вазифаларни бажариш учун клиник -

лабораториявий, биокимёвий, бактериологик, статистик усуллардан фойдаланилди.

### **Клиник - лабораториявий усуллар.**

Ҳамма бемор болалар касаллик динамикасида умумий қабул қилинган клиник кузатув остида бўлдилар. Шунингдек, уларда касаллик кечиш динамикасида умумий қон, нажас, пешоб таҳлиллари ҳам ўтказилди. Интоксикация даражасини баҳолаш учун Кальф-Калиф Я.Я. (1941) таклиф этган интоксикациянинг лейкоцитар индекси (ИЛИ) дан фойдаланилди. ИЛИ ни ҳисоблаш формуласи қуйидагича:

$$\text{ИЛИ} = (4\text{лей.} + 3\text{ёш} + 2\text{т} + \text{С}) * (\text{пл. хуж} + 1)$$

$$(\text{мон} + \text{лимф}) * (\text{Э} + 1)$$

Бунда лей-лейкоцитлар, ёш нейтрофиллар, т – таёқча ядроли нейтрофиллар, С – сегмент ядроли нейтрофиллар, пл. хуж - плазматик хужайралар, мон - моноцитлар, лимф - лимфоцитлар, э - эозинофиллар.

Кузатув остида бўлган бемор болаларга комплекс даволаш мажмуасида БФҚ «Бектит - М» тайинланади. Ушбу препаратнинг даволаш самараси НАГ - инфекцияси билан оғриган 25 та бемор болада баҳоланди (25 та бемор бола назорат гуруҳи сифатида кузатилди). 3 ёшгача бўлган болаларда БФҚ «Бектит - М» 1 пакетдан суспензия шаклида овқатдан олдин кунига 2 маҳал, 3 ёшдан катта бўлган болаларга эса 3 маҳал тайинланди. Даволаш ва назорат гуруҳларига касалликнинг 2-3 кунлари шифохонага ётқизилган бемор болалар танлаб олинди.

### **Биокимёвий усуллар.**

Интоксикация даражасини баҳолаш мақсадида қондаги ўрта молекуляр пептид (ЎМП) лар миқдори Лоури усули асосида аниқланди. Қондаги умумий оксил, мочевина ва креатинлар аниқлаш учун «Bio - La - Test» (Чехия) тест системаларидан фойдаланилди.

### **Бактериологик усуллар.**

Кузатув остида бўлган болалардан 01 бўлмаган вабо вибрионларини

ажратиб олиш учун 1% ли ишқорий пептонли сув ва пептонли агар муҳити ишлатилди. 01 бўлмаган вабо қўзғатувчиларини идентификация қилиш мақсадида уларнинг умумий қабул қилинган морфологик, культуравий ва биокимёвий, серологик хусусиятлари текширилди.

НАГ - вибрионлари штаммларининг антибиотикларга сезгирлигини ўрганиш умумий қабул қилинган усул (1% ли пептонли ишқорий сувда антибиотикларни кетма-кет суюлтириш) асосида амалга оширилди.

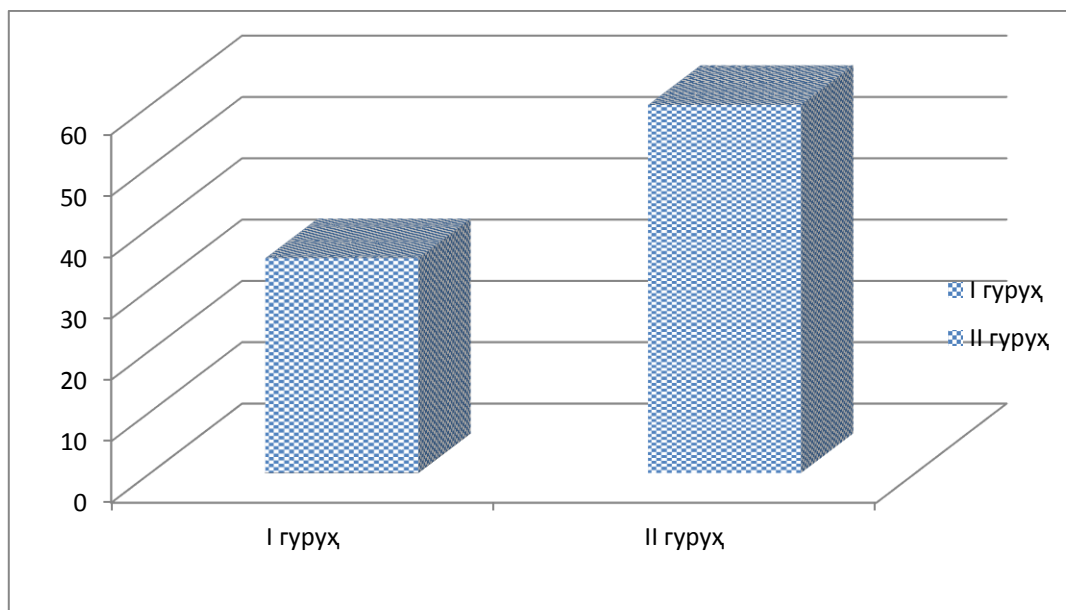
01 бўлмаган вабо вибрионларининг вирулентлиги уларнинг қўй эритроцитларига нисбатан Грейг усули бўйича гемолитик фаоллигини аниқлаш асосида ўрганилди. Бу ўринда гемолиз мусбат натижани намоён этган штаммлар авирулент, гемолиз манфий хусусиятли бўлганлари эса вирулент сифатида баҳоланди.

Бемор болалардан ажратилган НАГ - вибрионларининг токсигенлигини аниқлаш мақсадида улардан тайёрланган микробсиз фильтратлар оқ сичқонлар панжаларига юборилиб, шишиш даражасига қараб ўрганилди (Дурихин К.В. ва Попова Л.Е., 1975). Бу ўринда 20 мг гача шиш берган штаммлар токсиген эмас, 21 - 50 мг гача шиш берган штаммлар кучсиз токсиген, 50 мг ва ундан юқори бўлган шиш берган штаммлар токсиген деб, баҳоланди.

Хамма бактериологик текширувлар ЭМЮКИТИ вабо профилактикаси ва махсус изланишлар ва Бухоро вилоят Давлат санитария - эпидемиология назорат маркази ўта хавфли лабораторияларида амалга оширилди. Бемор болалардан ажратилган НАГ - вибрионларининг биологик хусусиятлари (Хейберг бўйича гуруҳларга тақсимланиши, токсигенлиги ва вирулентлиги) ни ўрганиш натижалари қуйидагича бўлди. Ажратилган НАГ - вибрионлари культураларининг 55 (42.0%) таси Хейберг бўйича I - гуруҳга, 75 (58.0%) эса II - гуруҳга мансублиги маълум бўлди (расм 2.8).

## Расм 2.8

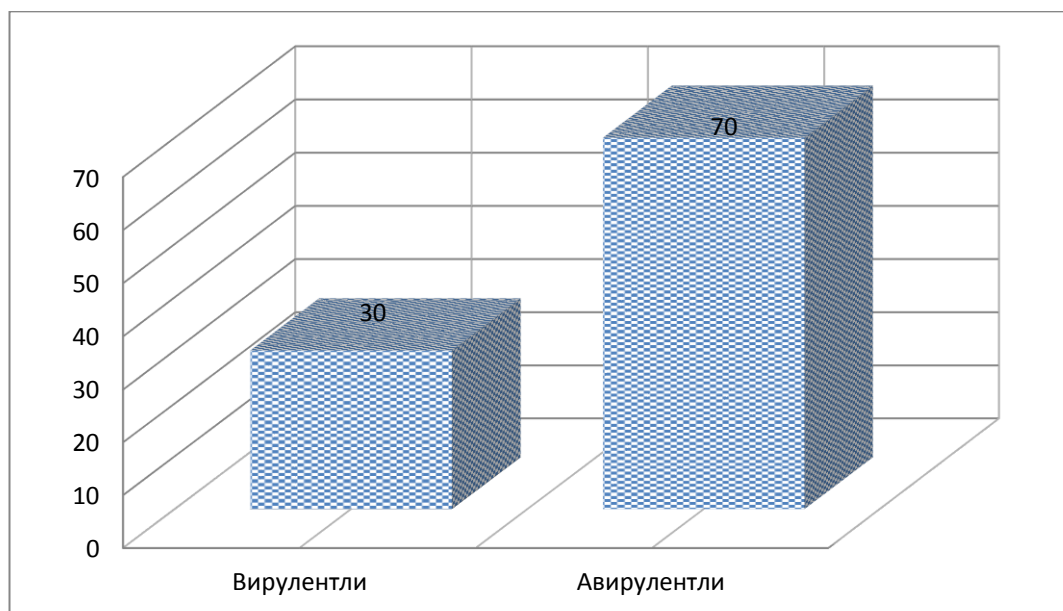
**НАГ - вибрионлари культураларини Хейберг гуруҳларга мансублиги**



Эслатиб ўтилган НАГ - вибрионлари кўзгатувчиларининг 35 (30.0%) таси вирулент, 95 (70.0%) таси эса авирулент эканлиги Грейг синамаси асосида аниқланди (расм 2.9).

**Расм 2.9**

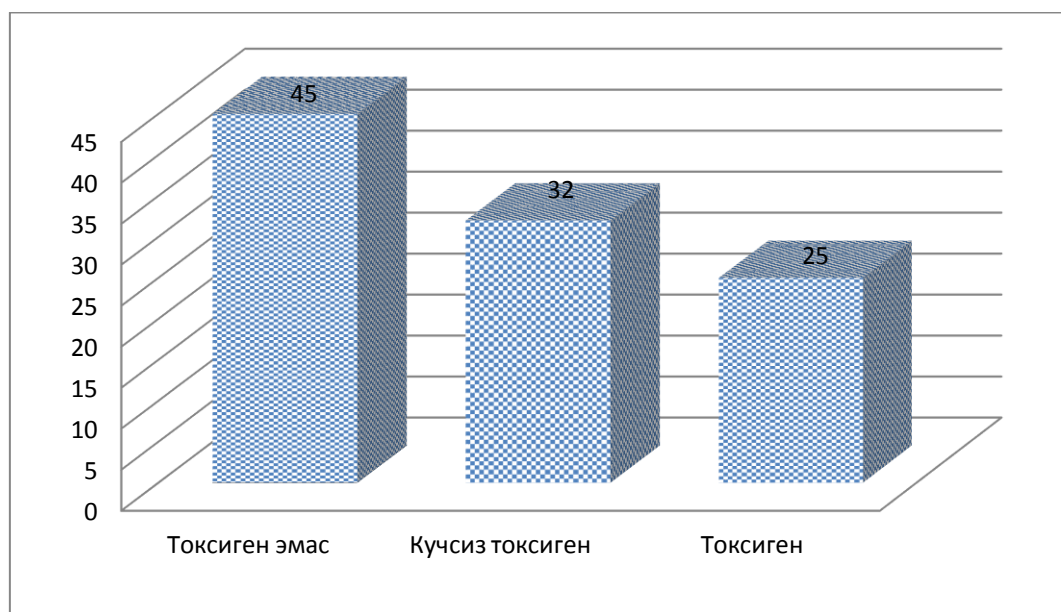
### НАГ - вибрионлари вирулентлигини кўрсаткичлари



НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болалардан топилган 01 бўлмаган вабо вибрионларининг 58 (45.0%) таси токсиген эмас, 42 (32.0%) таси кучсиз токсиген, 30 (23.0%) таси эса токсиген штаммлар эканлиги тасдиқланди (расм 2.10).

**Расм 2.10**

**НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болалардан топилган 01  
бўлмаган вабо вибрионларининг токсигенлиги**



Олинган рақамий маълумотлардан болаларда кечаётган НАГ - инфекциясининг клиник кечиши қўзғатувчиларнинг биологик хусусиятларига боғлиқ ҳолда ўрганиш учун фойдаланилди.

**Статистик усуллар.**

Ҳамма олинган рақамлар натижаларига шахсий IBM Pentium 233 MMX компютерида MS Excel дастури асосида статистик ишлов берилди. Бу ўринда ўртача арифметик катталиқ (М), ўртача квадратик хато (т), квадратик чекланиш (б) ва ишончлилик интервали  $I_{95}$  ( $J \pm 2$  б) ҳисобланиб, Стъудент жадвали бўйича фарқнинг ишончлилиги (Р) ҳам аниқланди.

### **III-боб. БОЛАЛАРДА КЕЧАЁТГАН НАГ-ИНФЕКЦИЯСИНING КАСАЛЛИК КЕЧИШ ОҒИРЛИГИ, ШАКЛЛАРИ ВА ҚЎЗГАТУВЧИНING БИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИГА ҚЎРА КЛИНИК КЕЧИШИ.**

Ушбу бобда биз болаларда кечаётган НАГ - инфекциясининг касаллик кечиш оғирлиги, шакллари ва қўзгатувчининг биологик хусусиятларига қўра клиник кечишини таҳлил этдик.

Изланишлар шуни кўрсатдики, НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларда касалликнинг кечиши унинг оғирлигига боғлиқ экан. Бу ўринда асосий клиник белгиларнинг хасталикнинг оғир шакли аниқланган беморларда узокроқ давом этишини кўрсатиб ўтишимиз даркор (жадвал 3.1). Солиштирилаётган иккита гуруҳ болалари орасида қуйидаги клиник белгилар орасида статистик ишончлилиқ фарқи топилди: тери қаватларини куруқлашиши, нафас олиш системасидаги трахеобронхит аломатлари, лабларнинг куруқлиги, тил куруқлиги ва унинг карашлар билан қопланганлиги, кўнгил айнаши, кунига 4 мартадан кўпроқ қусиш, қоринда оғриқ, қорин кулдираши, нажаснинг суёқ ва қон аралаш келиши билан кўриниши, ич кетиш аломатлари (3-4 марта, 4-10 марта, 10 ва ундан юқори), безовталиқ, инжиқлик, уйқунинг бузилиши, тана ҳароратининг кўтарилиши. Келтирилган маълумотлар шундан далолат берадики, болалардаги НАГ - инфекциясида диарея (қусиш, ич кетиш, қоринда оғриқ), интоксикация (тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айнаши, безовталиқ, инжиқлик, уйқунинг бузилиши) синдромлари, эксикоз аломатлари (тери қаватлари ва лабларнинг куруқлиги, тилнинг карашлар билан қопланганлиги) хасталикнинг оғир шаклида ўрта оғир шаклига нисбатан яққолроқ намоён бўлар экан. Шунини таъкидлаш лозимки, биз томондан илк бор болалардаги НАГ - инфекцияси нафас олиш системасида трахеобронхит билан кечиши кўрсатиб берилди.

**Жадвал 3.1.**

**Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида касаллик кечиш  
оғирлигига қараб клиник белгиларининг давомийлиги ( $M \pm m$ ), кунлар  
ҳисобида.**

| №  | Клиник белгилар                                    | Касаллик кечиш оғирлиги |                   |
|----|----------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
|    |                                                    | Ўртача оғир (n=63)      | Оғир (n=67)       |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                         | $4.7 \pm 0.5$           | $1.7 \pm 0.09^*$  |
| 2  | Тери қаватларининг қуруқлиги                       | $1.1 \pm 0.08$          | $4.3 \pm 1.2^*$   |
| 3  | Нафас олиш системасида<br>трахеобронхит аломатлари | $1.3 \pm 0.09$          | $4.0 \pm 0.1^*$   |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                        | $4.7 \pm 1.3$           | $5.2 \pm 1.12$    |
| 5  | Тахикардия                                         | $4.7 \pm 0.9$           | $4.7 \pm 0.9$     |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                  | $1.2 \pm 0.03$          | $3.9 \pm 0.08^*$  |
| 7  | Тил ҳўл, карашлар билан                            | $2.9 \pm 1.0$           | $3.1 \pm 1.1$     |
| 8  | Тил қуруқ, карашлар билан                          | $1.0 \pm 0.02$          | $3.1 \pm 1.1$     |
| 9  | Кўнгил айланиш                                     | $1.3 \pm 0.05$          | $3.2 \pm 0.9^*$   |
| 10 | Қусиш: кунига 1-2 марта                            | $0.6 \pm 0.06$          | $0.8 \pm 0.08^y$  |
|    | марта 4 мартадан кўп                               | $0.5 \pm 0.05$          | $0.8 \pm 0.08^y$  |
|    |                                                    | $0.5 \pm 0.05$          | $1.7 \pm 0.09^*$  |
| 11 | Қоринда оғриқ                                      | $1.4 \pm 0.09$          | $3.3 \pm 1.0^y$   |
| 12 | Қорин қулдираши                                    | $1.4 \pm 0.04$          | $3.4 \pm 0.09^*$  |
| 13 | Нажас кўриниши суюқ,                               | $2.7 \pm 0.09$          | $6.0 \pm 1.35^*$  |
| 14 | суюқ, шиллиқ аралаш суюқ,                          | $3.5 \pm 1.0$           | $9.0 \pm 1.3^*$   |
|    |                                                    | $2.2 \pm 0.04$          | $7.0 \pm 1.1^*$   |
| 15 | Ич кетиш частотаси (кунига)                        |                         |                   |
| 16 | 1 -2 марта                                         | $1.5 \pm 0.05$          | $1.6 \pm 0.04$    |
|    | 3- 4 марта                                         | $2.0 \pm 0.05$          | $6.0 \pm 0.09^*$  |
|    | 4- 10 марта                                        | $2.3 \pm 0.08$          | $7.0 \pm 0.1^*$   |
|    |                                                    | $2.0 \pm 0.05$          | $9.0 \pm 0.12^*$  |
| 17 | Олигоурия аломатлари                               | -                       | $3.02 \pm 0.03^*$ |
| 18 | Сепсис аломатлари                                  | -                       | $4.0 \pm 0.08^*$  |
| 19 | Безовталиқ                                         | $4.0 \pm 0.06$          | $8.0 \pm 0.09^*$  |
| 20 | Инжиқлик                                           | $4.0 \pm 0.06$          | $8.0 \pm 0.09^*$  |
| 21 | Уйқунинг бузилиши                                  | $2.0 \pm 0.03$          | $5.0 \pm 0.05^*$  |
| 22 | Тана ҳароратининг кўтарилиши                       | $4.3 \pm 0.09$          | $8.0 \pm 0.09^*$  |

Эслатма: \* - гуруҳлар орасидаги топилган сатистик ишончлилик фарқи ( $P < 0.05 < 0.01$ ).

Беморлада кечаётган НАТ - инфекциясида касаллик кечиш оғирлигига қараб клиник белгиларининг аниқлаш частотаси туғрисидаги маълумотлар 3.2 - жадвалда келтирилган.

Жадвалдан кўриниб турибдики, касалликнинг оғир шакли билан оғриган болаларда асосий клиник белгилар ўрта шакли оғирлиги аниқланган беморларга нисбатан кўпроқ аниқланган. Қуйидаги клиник белгилар бўйича солиштирилаётган бемор болалар гуруҳлари орасида статистик ишончлилиқ фарқи аниқланди: тери қаватларининг қуруқлиги, лабларнинг қуриши, тили хўл, карашлар билан қопланган, кунгил айнаш, қусиш, қоринда оғриқ, нажас суюқ, шиллиқ, қон аралаш, безовталиқ, инжиқлик, тана ҳароратини кўтарилиши. Демак, хасталикнинг оғир шаклида ҳам диарея, ҳам интоксикация синдромларига ҳос клиник белгилар ўрта шаклига нисбатан кўпроқ кайд этилган.

### Жадвал 3.2

**Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида касаллик кечиш оғирлигига қараб клиник белгиларининг аниқлаш частотаси ( $M \pm t$ ), % ҳисобида.**

| №  | Клиник белгилар                                 | касаллик кечиш оғирлигига қараб клиник белгиларининг аниқлаш частотаси |                 |
|----|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|    |                                                 | Уртача оғир ( $n=63$ )                                                 | Оғир ( $n=67$ ) |
| 1  | Тери қаватларининг хўллиги                      | 60.0 $\pm$ 6.1                                                         | 45.0 $\pm$ 6.0* |
| 2  | Тери қаватларининг қуруқлиги                    | 75.0 $\pm$ 5.4                                                         | 90.0 $\pm$ 3.6* |
| 3  | Нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари | 9.0 $\pm$ 3.4                                                          | 22.5 $\pm$ 5.1  |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                     | 60.0 $\pm$ 6.1                                                         | 82.5 $\pm$ 4.6  |
| 5  | Тахикардия                                      | 60.0 $\pm$ 6.1                                                         | 82.5 $\pm$ 4.6  |
| 6  | Лабларнинг қуриши                               | 72.0 $\pm$ 5.6                                                         | 93.0 $\pm$ 3.1* |
| 7  | Тил хўл, карашлар билан қопланган               | 30.0 $\pm$ 5.7                                                         | 82.5 $\pm$ 4.6* |
| 8  | Тил қуруқ, карашлар билан қопланган             | 37.5 $\pm$ 6.0                                                         | 84.0 $\pm$ 4.4* |
| 9  | Кўнгил айнаш                                    | 48.0 $\pm$ 6.2                                                         | 87.0 $\pm$ 4.1* |
| 10 | Қусиш                                           | 60.0 $\pm$ 6.1                                                         | 88.5 $\pm$ 3.8* |
| 11 | Қоринда оғриқ                                   | 67.5 $\pm$ 5.9                                                         | 97.5 $\pm$ 1.9* |
| 12 | Нажас кўриниши суюқ,                            | 75.0 $\pm$ 5.4                                                         | 81.0 $\pm$ 4.7  |
| 13 | суюқ, шиллиқ аралаш суюқ, шиллиқ, қон аралаш    | 78.0 $\pm$ 5.2                                                         | 90.0 $\pm$ 3.6  |
|    |                                                 | 60.0 $\pm$ 6.1                                                         | 90.0 $\pm$ 3.6* |
| 14 | Ич кетиш                                        | 87.0 $\pm$ 4.2                                                         | 97.5 $\pm$ 1.9  |
| 15 | Олигоурия аломатлари                            | -                                                                      | 31.5 $\pm$ 6.0  |

|    |                              |            |            |
|----|------------------------------|------------|------------|
| 16 | Сепсис аломатлари            | -          | 31.5 ±6.0  |
| 17 | Безовталиқ                   | 75.0 ±5.4  | 90.0 ±3.6* |
| 18 | Инжиқлик                     | 75.0 ±5.4  | 90.0 ±3.6* |
| 19 | Уйқунинг бузилиши            | 52.5 ± 6.2 | 75.0 ±5.2  |
| 20 | Тана ҳароратининг кўтарилиши | 60.0 ±6.1  | 90.0 ±3.6* |

Эслатма: \* - гуруҳлар орасидаги топилган сатистик ишончлилик фарқи ( $P<0.05<0.01$ ).

Кейинги текширишларда биз болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида касаллик шаклларига қараб клиник белгиларининг давомийлигини ўргандик. Изланишлар шуни курсатдики, хасталикнинг гастроэнтероколитик шаклида асосий клиник симптомлар бошқа шакллар (гастроэнтеритик, энтеритик, энтероколитик) га нисбатан узоқроқ давом этар экан (жадвал 3.3). Жадвал 3.3 дан кўриниб турибдики, аксарият ҳолларда солиштирилаётган гуруҳлар орасидаги кўрсаткичлар орасидаги фарқ статистик ишончлиликка эга. Ушбу жадвалда келтирилган рақамий маълумотлар шундан далолат берадики, клиник белгиларнинг давомийлиги бўйича касалликнинг бошқа шакллари қуйидагича тақсимланди: энтероколитик, гастроэнтеритик, энтеритик. Шуни қайд этиб ўтмоқ даркорки, олигоурия ва сепсис ҳолатлари хасталикнинг фақат гастроэнтероколитик ва энтероколитик шаклларида кузатилди.

### Жадвал 3.3

**Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида касаллик шаклларига қараб клиник белгиларнинг давомийлиги ( $M \pm m$ ), кунлар ҳисобида.**

| № | Клиник белгилар              | Касалликнинг клиник шакллари |                          |                        |                             |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|
|   |                              | Г астроэнтеритик (n=60)      | Энтеритик (n=14)         | Энтероколитик (n=17)   | Г астроэнтероколитик (n=39) |
| 1 | Тери қаватларининг ҳўллиги   | *<br>**<br>***<br>2.6 ± 0.09 | 2.9 ± 0.08<br>^          | 3.9±0.1 <sup>^</sup> ) | 4.9 ± 0.1 И                 |
| 2 | Тери қаватларининг қуруқлиги | *<br>**                      | * * * *                  | *****                  | 4.2 ±0.121                  |
|   |                              | ***<br>2.8 ± 0.05            | 1.7 ±0.04 <sup>^</sup> ) | 3.2 ±0.094             |                             |

|    |                                                                   |                                                  |                                           |                                        |                                     |
|----|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|
| 3  | Нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари                   | *<br>**                                          | 1.9 ±0.05']                               | 2.5 ± 0.09                             | 4.5 ± 1.0/]                         |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                                       | *<br>**                                          | ****<br>3.0±0.07/1                        | *<br>5.2 ± 1.5                         | 5.6 ± 1.2                           |
| 5  | Тахикардия                                                        | ***<br>4.6 ± 1.0                                 | 4.2 ± 1.1                                 | 4.3 ±0.8                               | 5.6 ± 1.0                           |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                                 | ***<br>2.6 ±0.8                                  | 2.0 ±0.4                                  | 2.0 ± 0.4                              | 3.3 ±0.9                            |
| 7  | Тил хўл, карашлар билан копланган                                 | ***<br>3.2 ±0.8                                  | 3.0 ±0.9                                  | 3.0 ±0.5                               | 4.0 ±0.9                            |
| 8  | Тил қуруқ, карашлар билан копланган                               | **<br>***                                        | 3.0 ±0.9                                  | 4.0 ±0.9                               | 6.0 ± 1.1                           |
| 9  | Кўнгил айланиш                                                    | **<br>3.8 ±0.9                                   | ****<br>3.3 ±0.9                          | 2.0 ±0.4                               | 3.9 ±0.5                            |
| 10 | Қусиш: кунига 1-2 марта 3-4 марта 4 мартадан кўп                  | 1.8 ±0.09<br>*<br>**<br>*<br>**                  | 1.1 ±0.061<br>2.0 ±0.4<br>1.4 ±0.084      | 1.0 ±0.051<br>1.4 ±0.094<br>1.4 ±0.09] | 1.7 ±0.07<br>4.0 ±0.8<br>4.0 ±0.8   |
| 11 | Қоринда оғриқ                                                     | *<br>**                                          | 3.1 ±0.091                                | 6.0 ± 1.0                              | 9.0 ± 1.2                           |
| 12 | Қорин қулдираши                                                   | ***<br>4.0 ±0.8                                  | 3.0 ±0.6                                  | 3.0 ±0.7                               | 6.0 ±0.9                            |
| 13 | Нажас қуриниши суюқ, суюқ, шиллиқ аралаш суюқ, шиллиқ, қон аралаш | *=м=<br>6.0 ±0.6<br>6.0 ±0.6<br>**<br>=(= =1= 4= | 5.0 ±0.5<br>5.0 ±0.5<br>****<br>3.0 ±0.24 | 6.0 ±0.6<br>4.0 ±0.44<br>6.0 ±0.51     | 9.0 ±0.54<br>5.0 ± 0.1<br>9.0 ± ОЛ^ |
| 14 | Ич кетиш частотаси (кунига) 1 -2 марта                            |                                                  |                                           |                                        |                                     |
|    |                                                                   | **<br>***                                        | 3.0 ±0.3 4                                | 4.0 ± 0.4]1                            | 5.0 ±0.51                           |
|    |                                                                   | **<br>***                                        | 3.0 ± 0.3 1                               | 4.0 ±0.41                              | 5.0 ± 0.5 ^                         |
|    |                                                                   | **<br>***                                        | 2.0 ± 0.44                                | 5.0 ±0.51                              | 9.0 ±0.41                           |
|    |                                                                   | **<br>***                                        | 2.0 ±0.41                                 | 2.0 ± 0.09]                            | 5.0±0.7/                            |
| 15 | Олигоурия аломатлари                                              | -                                                | -                                         | 2.0 ± 0.091                            | 5.0 ±0.021                          |
| 16 | Сепсис аломатлари                                                 | -                                                | -                                         | 2.0 ±0.091                             | 5.0 ±0.021                          |
| 17 | Безовталиқ                                                        | **<br>***                                        | 6.0 ±0.5                                  | 8.0 ±0.71                              | 5.0 ±0.02                           |
| 18 | Инжиқлик                                                          | **<br>***                                        | ****<br>6.5 ±0.51                         | 8.0 ±0.71                              | 11.0 ± 1.01                         |
| 19 | Уйқунинг бузилиши                                                 | **<br>***                                        | 5.0 ±0.4                                  | 6.0±0.61                               | 10.0 ± 0.9/                         |

|    |                              |                |            |            |             |
|----|------------------------------|----------------|------------|------------|-------------|
| 20 | Тана хароратининг кутарилиши | *<br>**<br>*** | 6.5 ± 0.41 | 7.0 ± 0.71 | 10.0 ± 0.91 |
|----|------------------------------|----------------|------------|------------|-------------|

Эслатма: \* - гастрoэнтеритик ва энтеритик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарк;

\*\* - гастрoэнтеритик ва энтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарк;

\*\*\* - гастрoэнтеритик ва гастрoэнтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарк;

\*\*\*\* - энтеритик ва энтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарк;

\*\*\*\*\*- энтеритик ва гастрoэнтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарк;

\*\*\*\*\* - энтероколитик ва гастрoэнтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарк.

Олинган маълумотлар асосида болаларда кечаётган НАГ - инфекциясининг гастрoэнтероколитик шакли бошқа шакллар (энтеритик, энтероколитик, гастрoнтеритик) га кўра клиник жиҳатдан оғир кечади, деб ҳисоблаш мумкин. Ушбу фикрни 3.4 жадвалда келтирилган рақамий маълумотлар яна бир карра исботлайди. Жадвалдан кўриниб турибидики, асосан клиник белгилар НАГ - инфекциясининг гастрoэнтероколитик шакли билан оғриган бемор болаларда бошқа шаклларига кўра кўпроқ равишда аниқланган.

#### Жадвал 3.4

**Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида касаллик шаклларига қараб клиник белгиларнинг аниқлаш частотаси, (M ± t), % ҳисобида.**

| № | Клиник белгилар              | Клиник шаклларига қараб симптомларни аниқлаш частотаси |                  |                      |                             |
|---|------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-----------------------------|
|   |                              | астроэнтеритик (n=60)                                  | Энтеритик (n=14) | Энтероколитик (n=17) | Г астроэнтероколитик (n=39) |
| 1 | Тери қаватларининг ҳўллиги   | **<br>24.0 ± 5.5                                       | 35.0 ± 12.7      | 40.0 ± 11.8          | 25.0 ± 6.9                  |
| 2 | Тери қаватларининг қуруқлиги | 64.0 ± 6.1                                             | 64.0 ± 12.8      | 58.0 ± 11.9          | 75.0 ± 6.9                  |

|    |                                                 |                             |                    |           |            |
|----|-------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------|------------|
| 3  | Нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари | 16.0 ±4.7                   | 14.0 ±9.2          | 29.0±11.0 | 20.0 ± 6.4 |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                     | **<br>***<br>80.0 ±5.1      | 70.0 ± 12.2        | 58.0±11.9 | 50.0 ±8.0  |
| 5  | Тахикардия                                      | 48.0 ± 6.4                  | 42.0 ± 13.1        | 58.0±11.9 | 40.0 ±7.8  |
| 6  | Лабларнинг қуриши                               | 64.0 ±6.1                   | 64.0 ± 12.8        | 58.0±11.9 | 75.0 ±6.9  |
| 7  | Тил ҳўл, карашлар билан қопланган               | 24.0 ±5.5                   | 35.0 ± 12.7        | 40.0±11.8 | 25.0 ±6.9  |
| 8  | Тил қурук, карашлар билан қопланган             | **<br>64.0 ±6.1             | 70.0 ± 12.2        | 87.0 ±8.1 | 75.0 ±6.9  |
| 9  | Кўнгил айланиш                                  | *<br>**<br>48.0 ±6.4        | jjg^ ^ 28.0 ± 12.0 | 29.0±11.0 | 50.0 ±8.0  |
| 10 | Қусиш                                           | *<br>**<br>***<br>48.0 ±6.4 | 28.0 ± 12.0        | 23.0±10.3 | 75.0 ±6.9  |
| 11 | Қоринда оғриқ                                   | **<br>80.0 ±5.1             | ****<br>91.0 ±7.6  | 58.0±11.9 | 87.5 ±5.2  |
| 12 | Нажас қуриниши суюқ, суюқ, шиллик аралаш        | 80.0 ±5.1                   | 91.0 ±7.6          | 87.0 ±8.1 | 100.0      |
|    |                                                 | *<br>**                     |                    | 46.0±12.0 | 25.0 ±6.9  |
|    | суюқ, шиллик, қон аралаш                        | ***<br>64.0 ±6.1            | 84.0 ± 9.7         |           |            |
|    |                                                 | *<br>***                    | 21.0 ± 10.8        | 100.0     | 75.0 ±6.9  |
| 13 | Ич кетиш                                        | 100.0                       | 100.0              | 100.0     | 100.0      |
| 14 | Олигоурия аломатлари                            | 16.6 ±4.7                   | -                  | -         | 27.5 ±7.1  |
| 15 | Сепсис аломатлари                               | 16.0 ±4.7                   | -                  | -         | 27.5 ±7.1  |
| 16 | Безовталиқ                                      | **<br>80.0 ±5.1             | 84.0 ±9.7          | 46.0±12.0 | 75.0 ±6.9  |
| 17 | Инжиқлик                                        | **<br>80.0 ±5.1             | ****<br>84.0 ±9.7  | 46.0±12.0 | 75.0 ±6.9  |
| 18 | Уйқунинг бузилиши                               | **<br>***                   | 50.0 ± 13.3        | 46.0±12.0 | 50.0 ±8.0  |
| 19 | Тана хароратининг қутарилиши                    | *<br>80.0 ±5.1              | 50.0 ± 13.3        | 87.0 ±8.1 | 75.0 ±6.9  |

Эслатма: \* - гастроэнтеритик ва энтеритик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\* - гастроэнтеритик ва энтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\*\* - гастроэнтеритик ва гастроэнтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\*\*\* - энтеритик ва энтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\*\*\*\* - энтеритик ва гастроэнтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\*\*\*\* - энтероколитик ва гастроэнтероколитик шакллар орасидаги статистик ишончлилик фарқ.

Бизда болаларда кечаетган НАГ - инфекциясининг клиник кечишини қўзғатувчиларнинг Хейберг бўйича I ва II гуруҳлар ҳамда баъзи бир биологик хусусиятларини инобатга олган ҳолда ўрганиш қизиқиш уйғотди. Хейберг бўйича I ва II гуруҳ НАГ - вибрионлари сабаб бўлган инфекцияда клиник белгиларнинг давомийлигини кўрсатувчи рақамий маълумотлар 3.5 - жадвалда акс эттирилган.

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, деярли барча клиник симптомлар Хейберг бўйича I гуруҳ қўзғатувчилар келтириб чиқарган ҳолларда II гуруҳга кўра узоқроқ муддат ичида кузатилган (кўрсаткичлар орасидаги фарқ статистик ишончлиликка эга). Фақатгина тери қаватларининг ҳўллиги каби клиник аломат II гуруҳ НАГ - вибрионлари сабаб бўлган касаллик ҳолларда I гуруҳга нисбатан статистик ишончли равишда кўпроқ давом этган (ўз навбатида  $4.5 \pm 0.09$  ва  $1.9 \pm 0.09$  кун,  $P < 0.001$ ).

Жадвал 3.5

Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида қўзғатувчиларнинг Хейберг гуруҳи бўйича клиник белигиларнинг давомийлиги ( $M \pm m$ ), кунлар ҳисобида.

| №  | Клиник белгилар                                                               | Хейберг бўйича қўзғатувчиларнинг гуруҳи |                |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|
|    |                                                                               | I (n=55)                                | I (n=75)       |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                                                    | $1.9 \pm 0.09^*$                        | $4.5 \pm 0.7$  |
| 2  | Тери қаватларининг қуруқлиги                                                  | $4.1 \pm 1.0^*$                         | $1.3 \pm 0.09$ |
| 3  | Нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари                               | $4.2 \pm 0.12^*$                        | $1.1 \pm 0.1$  |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                                                   | $5.5 \pm 1.5$                           | $4.4 \pm 1.0$  |
| 5  | Тахикардия                                                                    | $5.0 \pm 1.0$                           | $4.4 \pm 0.9$  |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                                             | $4.0 \pm 1.1^*$                         | $1.1 \pm 0.09$ |
| 7  | Тил ҳўл, карашлар билан қопланган                                             | $3.5 \pm 0.9^*$                         | $2.5 \pm 0.09$ |
| 8  | Тил қуруқ, карашлар билан қопланган                                           | $3.0 \pm 0.07^*$                        | $1.1 \pm 0.09$ |
| 9  | Кўнгил айниш                                                                  | $3.5 \pm 1.2^*$                         | $0.6 \pm 0.04$ |
| 10 | 1-2 марта 3-4 марта 4 мартадан куп                                            | $1.0 \pm 0.01^*$                        | $0.4 \pm 0.01$ |
|    |                                                                               | $1.0 \pm 0.02^*$                        | $0.3 \pm 0.02$ |
|    |                                                                               | $1.8 \pm 0.09^*$                        | $0.6 \pm 0.02$ |
| 11 | Қоринда оғриқ                                                                 | $3.5 \pm 1.1^*$                         | $1.2 \pm 0.09$ |
| 12 | Қорин қулдираши                                                               | $3.5 \pm 1.1^*$                         | $1.3 \pm 0.09$ |
| 13 | Нажас қурилиши суюқ, суюқ, шиллиқ аралаш суюқ, шиллиқ, қон аралаш             | $6.2 \pm 1.0^*$                         | $2.5 \pm 0.09$ |
|    |                                                                               | $9.5 \pm 1.1^*$                         | $3.0 \pm 0.08$ |
|    |                                                                               | $7.2 \pm 1.3^*$                         | $2.0 \pm 0.05$ |
| 14 | Ич кетиш частотаси (қунига) 1-2 марта 3-4 марта 4-10 марта 10 ва ундан купроқ |                                         |                |
|    |                                                                               | $1.7 \pm 0.07$                          | $1.4 \pm 0.05$ |
|    |                                                                               | $6.5 \pm 1.1^*$                         | $1.5 \pm 0.07$ |
|    |                                                                               | $7.3 \pm 1.3^*$                         | $2.0 \pm 0.04$ |
|    |                                                                               | $9.0 \pm 1.0^*$                         | $2.0 \pm 0.04$ |
| 15 | Олигоурия аломатлари                                                          | $3.0 \pm 0.06$                          |                |
| 16 | Сепсис аломатлари                                                             | $4.0 \pm 1.1$                           |                |
| 17 | Безовталиқ                                                                    | $9.0 \pm 1.0^*$                         | $3.0 \pm 0.05$ |
| 18 | Инжиқлиқ                                                                      | $9.0 \pm 1.0^*$                         | $3.0 \pm 0.05$ |
| 19 | Уйқунинг бузилиши                                                             | $5.0 \pm 0.07^*$                        | $2.0 \pm 0.04$ |
| 20 | Тана ҳароратининг қўтарилиши                                                  | $8.3 \pm 1.1^*$                         | $4.0 \pm 0.3$  |

Эслатма: \* - гуруҳлар орасидаги топилган статистик ишончилиқ фарқ ( $P < 0.05 < 0.01$ ).

Демак, болаларда Хейберг бўйича I гуруҳ қўзғатувчилар сабаб бўлган

НАГ - инфекцияси клиник жихатдан оғирроқ кечаркан. Шунини таъкидлаб ўтмоқ даркорки, олигоурия ва сепсис аломатлари ҳам фақат шу айтган гуруҳга мансуб болаларда кузатилди. Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида қўзғатувчининг токсигенлигига қараб клиник симптомларининг давом этиш муддатини ўрганиш бизда қизиқиш уйғотди. Дирея, интоксикация, эксикоз ва токсикозга хос клиник белгилар токсиген қўзғатувчилар келтириб чиқарган НАГ - инфекциясида кучсиз токсиген ва токсиген штаммлар сабаб бўлган касаллик ҳолларига нисбатан ҳамма ҳолларда статистик ишончлилик равишда узоқроқ давом этди (жадвал 3.7). Шунини таъкидлаб ўтиш зарурки, кунига 10 ва ундан юқори, олигоурия ва сепсис аломатлари фақат айтиб ўтилган касаллик ҳолларида кузатилди. Айни пайтда тана ҳароратининг кўтарилиши ва гемоколит белгилари токсиген бўлмаган НАГ - вибрионлари ажратиб олинган бемор болаларда аниқланмаганлигини айтиб ўтишимиз даркор. Айтиб ўтилган гуруҳга масуб НАГ - вибрионлари сабаба бўлган касалликларда ҳам асосий клиник симптомлар ҳам II - гуруҳ қўзғатувчилари келтириб чиқарган хасталикларга кўра кўпроқ қайд этилган (жадвал 3.6).

Қуйидаги клиник белгилар бўйича статистик ишончлилик фарқи аниқланди: тери қаватларини қуруқлиги, нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари, юрак торларини тўмтоқлиги, тахикардия, лабларнинг қуриши, тил қуруқ, карашлар билан қопланган, кунгил айнаш, нажас суюқ, шиллиқ, қон аралаш, тана ҳароратини кўтарилиши.

Кейинги изланишлар шунини кўрсатдики, токсиген штаммлар чақирган бемор болаларда тери қаватларининг қуруқлиги, нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари, юрак тонлари тўмтоқлиги, тахикардия, лабларнинг қуриши, тил қуруқ, карашлар билан қопланган, кунгил айнаш, нажас суюқ, шиллиқ, қон аралаш, олигоурия ва сепсис аломатлари, безорвталик, инжиклик, уйқунинг бузилиши, тана ҳароратини кўтарилиши каби клиник белгилар бошқа гуруҳ беморларидан фарқ қилиб кўпроқ частотада қайд этилган (статистик ишончлилик фарқ ҳамма ҳолларда кузатилмаса ҳам) (жадвал 3.8).

**Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида қўзғатувчиларнинг Хейберг гуруҳи бўйича клиник белигиларнинг давомийлиги ( $M \pm m$ ), кунлар ҳисобида.**

| №  | Клиник белгилар                                                   | Хейберг бўйича қўзғатувчиларнинг гуруҳлари |                 |
|----|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------|
|    |                                                                   | I (n=55)                                   | I(n=75)         |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                                        | 27.0 $\pm$ 5.9                             | 19.5 $\pm$ 4.6  |
| 2  | Тери қаватларининг қуруқлиги                                      | 73.0 $\pm$ 5.9*                            | 52.0 $\pm$ 5.7  |
| 3  | Нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари                   | 27.0 $\pm$ 5.9*                            | 5.2 $\pm$ 2.5   |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                                       | 86.0 $\pm$ 4.6*                            | 52.0 $\pm$ 5.7  |
| 5  | Тахикардия                                                        | 81.0 $\pm$ 5.2*                            | 45.5 $\pm$ 5.7  |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                                 | 73.0 $\pm$ 5.9*                            | 52.0 $\pm$ 5.7  |
| 7  | Тил ҳўл, қарашлар билан қопланган                                 | 27.0 $\pm$ 5.9*                            | 19.5 $\pm$ 4.6  |
| 8  | Тил қуруқ, қарашлар билан қопланган                               | 73.0 $\pm$ 5.9*                            | 52.0 $\pm$ 5.7  |
| 9  | Кўнгил айланиш                                                    | 73.0 $\pm$ 5.9*                            | 39.0 $\pm$ 10.6 |
| 10 | Қусиш                                                             | 54.0 $\pm$ 6.7                             | 39.0 $\pm$ 10.6 |
| 11 | Қоринда оғриқ                                                     | 100.0                                      | 78.0 $\pm$ 4.2  |
| 12 | Нажас қурилиши суюқ, суюқ, шиллик аралаш суюқ, шиллик, қон аралаш | 100.0                                      | 91.0 $\pm$ 3.3  |
|    |                                                                   | 27.0 $\pm$ 5.9*                            | 84.5 $\pm$ 4.1  |
|    |                                                                   | 73.0 $\pm$ 5.9*                            | 19.5 $\pm$ 4.6  |
| 13 | Ич кетиш                                                          | 100.0                                      | 100.0           |
| 14 | Олигоурия аломатлари                                              | 36.0 $\pm$ 6.4                             | -               |
| 15 | Сепсис аломатлари                                                 | 27.0 $\pm$ 5.9                             | -               |
| 16 | Безовталиқ                                                        | 81.0 $\pm$ 5.2                             | 78.0 $\pm$ 4.2  |
| 17 | Инжиқлик                                                          | 81.0 $\pm$ 5.2                             | 78.0 $\pm$ 4.2  |
| 18 | Уйқунинг бузилиши                                                 | 63.0 $\pm$ 6.5                             | 52.0 $\pm$ 5.7  |
| 19 | Тана ҳароратининг кўтарилиши                                      | 90.0 $\pm$ 4.0*                            | 58.5 $\pm$ 5.6  |

Эслатма: \* - гуруҳлар орасидаги топилган статистик ишончлилик фарқ ( $P < 0.05 < 0.01$ ).

Ушбу боб бўйича якуний изланишларни болалардаги НАГ - инфекциясида қўзғатувчининг вирулентлигига қараб клиник белгиларнинг давомийлигини ўрганишга бағишладик. Текширишлар натижалари 3.9 жадвалда акс эттирилган.

Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида кўзгатувчининг токсигенлигига қараб клиник белгиларнинг давомийлиги ( $M \pm m$ ), кунлар ҳисобида.

| №  | Клиник белгилар                                                         | Кўзгатувчининг токсигенлиги |                              |                    |
|----|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
|    |                                                                         | Токсиген эмас<br>(n=58)     | Кучсиз<br>токсиген<br>(n=42) | Токсиген<br>(n=30) |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                                              | $3.0 \pm 0.09^{**}$         | $2.4 \pm 0.07^{***}$         | $1.0 \pm 0.05$     |
| 2  | Тери қаватларининг куруклиги                                            | $1.4 \pm 0.07^*$            | $2.0 \pm 0.04^{***}$         | $6.0 \pm 0.09$     |
| 3  | Нафас олиш системасида<br>трахеобронхит аломатлари                      | $1.2 \pm 0.04$ Л            | $2.2 \pm 0.06^{***}$         | $6.2 \pm 0.1$      |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                                             | $2.0 \pm 0.07^{**}$         | $2.8 \pm 0.08^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 5  | Тахикардия                                                              | $2.0 \pm 0.7^*$             | $2.8 \pm 0.08^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                                       | $3.0 \pm 0.09$ Л            | $2.4 \pm 0.07^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 7  | Тил ҳўл, карашлар билан<br>қопланган                                    | $2.5 \pm 0.07^{**}$         | $4.0 \pm 0.09^{***}$         | $7.0 \pm 0.1$      |
| 8  | Тил курук, карашлар билан<br>қопланган                                  | $2.0 \pm 0.07^{**}$         | $5.0 \pm 0.1^{***}$          | $11.0 \pm 0.2$     |
| 9  | Кунгил айнаши                                                           | $3.2 \pm 0.1$ Л             | $4.5 \pm 0.12^{***}$         | $10.0 \pm 0.2$     |
| 10 | 1-2 марта 3-4 марта 4 мартадан<br>кўп                                   | $2.0 \pm 0.07^{**}$         | $4.0 \pm 0.69^{***}$         | $9.0 \pm 0.14$     |
|    |                                                                         | $2.0 \pm 0.07$ Л            | $5.0 \pm 0.1^{***}$          | $9.0 \pm 0.14$     |
|    |                                                                         | $1.5 \pm 0.05^*$            | $4.0 \pm 0.09^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 11 | Қоринда оғриқ                                                           | $1.4 \pm 0.04$ Л            | $3.4 \pm 0.07^{***}$         | $6.0 \pm 0.12$     |
| 12 | Қорин қулдираши                                                         | $1.0 \pm 0.02^{**}$         | $3.0 \pm 0.07^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 13 | Нажас кўриниши суюқ,<br>суюқ, шиллиқ аралаш суюқ,<br>шиллик, қон аралаш | $1.0 \pm 0.02$ Л            | $3.0 \pm 0.07^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
|    |                                                                         | -                           | $1.5 \pm 0.08^{***}$         | $6.0 \pm 0.12$     |
|    |                                                                         | $2.0 \pm 0.07^{**}$         | $4.0 \pm 0.09^{***}$         | $9.0 \pm 0.14$     |
| 14 | Ич кетиш частотаси (кунига)                                             | -                           | $0 \pm 0.07^{***}$           | $10.0 \pm 1.1$     |
|    | 1-2 марта                                                               | -                           | -                            | $5.0 \pm 0.9$      |
|    | 3-4 марта                                                               | -                           | -                            | $5.0 \pm 0.9$      |
|    | 3-10 марта                                                              | -                           | -                            | $4.0 \pm 0.8$      |
|    | 10 ва ундан кўпроқ                                                      | -                           | -                            | -                  |
| 15 | Олигоурия аломатлари                                                    | -                           | -                            | $4.0 \pm 0.8$      |
| 16 | Сепсис аломатлари                                                       | $1.4 \pm 0.07^{**}$         | $2.0 \pm 0.04^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 17 | Безовталиқ                                                              | $1.4 \pm 0.07^{**}$         | $2.0 \pm 0.04^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 18 | Инжиқлик                                                                | $1.4 \pm 0.07^{**}$         | $2.0 \pm 0.04^{***}$         | $8.0 \pm 0.15$     |
| 19 | Уйқунинг бузилиши                                                       | -                           | $3.0 \pm 0.09^{***}$         | $9.0 \pm 0.14$     |
| 20 | Тана ҳароратининг<br>кутарилиши                                         | -                           | $3.0 \pm 0.09^{***}$         | $9.0 \pm 0.14$     |

Эслатма: \* - токсиген эмас ва кучсиз токсиген гуруҳлар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\* - токсиген эмас ва токсиген гуруҳлар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\*\* - токсиген ва кучсиз токсиген гуруҳлар орасидаги статистик ишончлилик фарқ.

### Жадвал 3.8

#### Болаларда кечаётган 11АГ - инфекциясида қўзғатувчининг

токсигенлигига қараб клиник белгиларнинг аниқлаш частотаси ( $M \pm m$ ),

% ҳисобида.

| №  | Клиник белгилар                                    | Қўзғатувчининг токсигенлиги |                              |                    |
|----|----------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
|    |                                                    | Токсиген эмас<br>(n=58)     | Кучсиз<br>токсиген<br>(n=42) | Токсиген<br>(n=30) |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                         | 17.0 $\pm$ 4.9**            | 23.0 $\pm$ 6.4               | 16.5 $\pm$ 6.7     |
| 2  | Тери қаватларининг куруқлиги                       | 59.5 $\pm$ 6.5              | 69.0 $\pm$ 7.1               | 83.5 $\pm$ 6.7     |
| 3  | Нафас олиш системасида<br>трахеобронхит аломатлари | -                           | 6.9 $\pm$ 3.9                | 66.0 $\pm$ 8.6     |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                        | 17.0 $\pm$ 4.9*             | 57.5 $\pm$ 7.6               | 100.0              |
| 5  | Тахикардия                                         | 8.5 $\pm$ 3.6 Л             | 34.5 $\pm$ 7.3               | 92.0 $\pm$ 4.9     |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                  | 59.5 $\pm$ 6.5 **           | 69.0 $\pm$ 7.1               | 83.5 $\pm$ 6.7     |
| 7  | Тил ҳўл, карашлар билан<br>қопланган               | 17.0 $\pm$ 4.9              | 23.0 $\pm$ 6.4               | 16.5 $\pm$ 6.7     |
| 8  | Тил куруқ, карашлар билан<br>қопланган             | 54.5 $\pm$ 6.5              | 69.0 $\pm$ 7.1               | 83.5 $\pm$ 6.7     |
| 9  | Кўнгил айланиши                                    | 10.2 $\pm$ 3.9**            | 34.4 $\pm$ 7.3               | 53.5 $\pm$ 6.7     |
| 10 | Қусиш                                              | 8.5 $\pm$ 3.6**             | 34.5 $\pm$ 7.3               | 83.5 $\pm$ 6.7     |
| 11 | Коринда оғрик                                      | 54.5 $\pm$ 6.5*             | 80.5 $\pm$ 6.1               | 100.0              |
| 12 | Нажас қурилиши суяқ,                               | 85.0 $\pm$ 4.6              | 87.0 $\pm$ 5.1               | 100.0              |
|    | суяқ, шиллик аралаш суяқ,                          | 76.5 $\pm$ 5.5**            | 69.0 $\pm$ 7.1               | 33.0 $\pm$ 8.5     |
|    | шиллик, қон аралаш                                 | 8.5 $\pm$ 3.6*\             | 18.5 $\pm$ 5.9               | 67.0 $\pm$ 8.5     |
| 13 | Ич кетиш                                           | 85.0 $\pm$ 3.6              | 87.0 $\pm$ 5.1               | 100.0              |
| 14 | Олигоурия аломатлари                               | -                           | 4.6 $\pm$ 3.2                | 33.0 $\pm$ 8.5     |
| 15 | Сепсис аломатлари                                  | -                           | 4.6 $\pm$ 3.2                | 33.0 $\pm$ 8.5     |
| 16 | Безовталиқ                                         | 25.5 $\pm$ 5.7*             | 69.0 $\pm$ 7.1               | 100.0              |
| 17 | Инжиклик                                           | 25.5 $\pm$ 5.7*             | 69.0 $\pm$ 7.1               | 100.0              |
| 18 | Уйқунинг бўзилиши                                  | 17.0 $\pm$ 4.9*             | 57.5 $\pm$ 7.6               | 100.0              |
| 19 | Тана ҳароратининг<br>кутарилиши                    | 34.0 $\pm$ 6.2*             | 57.5 $\pm$ 7.6               | 100.0              |

Эслатма: \* - токсиген эмас ва кучсиз токсиген гуруҳлар орасидаги статистик ишончлилик фарқ;

\*\* - токсиген эмас ва токсиген гурухлар орасидаги статистик ишончлилик фарк;

\*\*\* - токсиген ва кучсиз токсиген гурухлар орасидаги статистик ишончлилик фарк.

### Жадвал 3.9

**Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида кўзгатувчининг вирулентлигига қараб клиник белгиларнинг давомийлиги ( $M \pm t$ ), кунлар ҳисобида.**

| №  | Клиник белгилар                                                      | Кўзгатувчининг вирулентлиги |                 |
|----|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|    |                                                                      | Авирулент (n=95)            | Вирулент (n=35) |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                                           | 4.0 $\pm$ 0.8               | 2.4 $\pm$ 0.09  |
| 2  | Тери қаватларининг қуруқлиги                                         | 4.4 $\pm$ 0.4               | 1.0 $\pm$ 0.09  |
| 3  | Нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари                      | 0.8 $\pm$ 0.05              | 4.5 $\pm$ 0.3   |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                                          | 4.4 $\pm$ 0.6               | 5.5 $\pm$ 0.7   |
| 5  | Тахикардия                                                           | 4.2 $\pm$ 0.8               | 5.2 $\pm$ 0.9   |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                                    | 1.0 $\pm$ 0.08              | 4.2 $\pm$ 0.4   |
| 7  | Тил ҳўл, карашлар билан қопланган                                    | 2.5 $\pm$ 0.5               | 3.5 $\pm$ 0.7   |
| 8  | Тил қуруқ, карашлар билан қопланган                                  | 1.0 $\pm$ 0.02              | 3.1 $\pm$ 0.6   |
| 9  | Кўнгил айнаш                                                         | 1.2 $\pm$ 0.07              | 3.3 $\pm$ 0.1   |
| 10 | 1-2 марта 3-4 марта 4 мартадан кўп                                   | 0.4 $\pm$ 0.03              | 1.0 $\pm$ 0.04  |
|    |                                                                      | 0.4 $\pm$ 0.03              | 0.9 $\pm$ 0.09  |
|    |                                                                      | 0.5 $\pm$ 0.03              | 1.7 $\pm$ 0.08  |
| 11 | Қоринда оғриқ                                                        | 1.3 $\pm$ 0.1               | 3.4 $\pm$ 0.9   |
| 12 | Қорин қулдираши                                                      | 1.2 $\pm$ 0.07              | 3.6 $\pm$ 0.2   |
| 13 | Нажас қурилиши суюқ, суюқ, шиллиқ аралаш суюқ, шиллиқ, қон аралаш    | 2.5 $\pm$ 0.1               | 6.2 $\pm$ 1.1   |
|    |                                                                      | 2.0 $\pm$ 0.05              | 7.2 $\pm$ 1.3   |
|    |                                                                      | 1.3 $\pm$ 0.09              | 1.9 $\pm$ 0.08  |
| 14 | Стотаси (қунига) 1-2 марта 3- 4 марта 4- 10 марта 10 ва ундан қупроқ | 1.3 $\pm$ 0.09              | 6.5 $\pm$ 0.2   |
|    |                                                                      | 1.5 $\pm$ 0.1               | 7.2 $\pm$ 0.3   |
|    |                                                                      | 2.0 $\pm$ 0.09              | 3.0 $\pm$ 0.025 |
|    |                                                                      | 1.5 $\pm$ 0.07              | 9.5 $\pm$ 0.4   |
| 15 | Олигоурия аломатлари                                                 | 3.0 $\pm$ 0.09              | 3.0 $\pm$ 0.625 |
| 16 | Сепсис аломатлари                                                    | 3.0 $\pm$ 0.09              | 4.0 $\pm$ 0.05  |
| 17 | Безовталиқ                                                           | 3.0 $\pm$ 0.00              | 9.0 $\pm$ 0.3   |
| 18 | Инжиқлиқ                                                             | 3.0 $\pm$ 0.09              | 9.0 $\pm$ 0.3   |
| 19 | Уйқунинг бўзилиши                                                    | 1.5 $\pm$ 0.04              | 5.5 $\pm$ 0.07  |

|    |                              |               |               |
|----|------------------------------|---------------|---------------|
| 20 | Тана ҳароратининг кўтарилиши | $4.0 \pm 0.2$ | $8.3 \pm 1.3$ |
|----|------------------------------|---------------|---------------|

Эслатма: ҳамма ҳолларда солиштирилатган гуруҳлар орасидаги фарқ статистик аҳамиятга эга.

Жадвалда келтирилган рақамий маълумотлар шундан далолат берадики, болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида клиник белгиларнинг давомийлиги кўзгатувчининг вирулентлигига ҳам боғлиқ. Ўрганилаётган клиник симптомларнинг давом этиш муддати ҳамма ҳолларда вирулентлик хоссасига эга бўлган НАГ - вибрионлари ажратилган бемор болаларда узоқроқ кузатилган. Шунингдек, таъкидлаб ўтиш лозимки, ҳамма ҳолларда ҳам солиштирилатган гуруҳлар орасидаги фарқ статистик аҳамиятга эга бўлган. Шунингдек, авирулен<sup>1</sup> кўзгатувчилари топилган бемор болаларда олигоурия, гемоколит ва сепсис аломатлари кўрилмаганлигини ҳам айтиб ўтишимиз лозим. Статистик ишончли равишда вирулент хусусиятли НАГ - вибрионлари сабаб бўлган ҳасталикларда қуйидаги клиник симптомлар кўпроқ топилган: нафас олиш системасида трахеобронхит аломатлари, юрак тонлари тўмтоқлиги, тахикардия, кунгил айланиши, қусиш, нажас кўриниши

суюқ, шиллиқ ва қон аралаш, безовталиқ, инжиқлик, уйқунинг бузилиши, тана ҳароратини кўтарилиши (жадвал 3.10).

Демак, олинган маълумотлар шундан далолат берадики, болалардаги НАГ - инфекциясида диарея ва интоксикация синдромларига хос клиник белгилар ҳамда токсикоз ва эксикоз аломатлари касалликнинг оғир шаклида узоқроқ муддатда кузатилади экан. Болаларда айтиб ўтилган инфекцияда ҳасталик касалликнинг гастроэнтероколитик шаклида бошқа шакллар (гастроэнтерит, энтерит, этнероколит) га кўра оғирроқ кечар экан. Бундан ташқари, болаларда НАГ - инфекциясининг клиник кечиши кўзгатувчиларининг биологик хусусиятларига ҳам боғлиқ. Касалликнинг Хейберг бўйича I - гур'х, токсиген ва вирулентли хусусиятга эга бўлган НАГ - вибрионлари келтириб чиқарган ҳолларда оғирроқ кечиши ва клиник симптомларининг кўпроқ натижада қайд этилиши ҳам биз томондан кўрсатиб ўтилди.

Жадвал 3.10

**Болаларда кечаётган 11АГ - инфекциясида қўзғатувчининг  
вирулентлигига қараб клиник белгиларнинг аниқлаш частотаси (М ± ш),  
% ҳисобида.**

| №  | Клиник белгилар                                                   | Қўзғатувчининг вирулентлиги |                 |
|----|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
|    |                                                                   | Авирулент (n=95)            | Вирулент (n=35) |
| 1  | Тери қаватларининг ҳўллиги                                        | 26.0 ±4.5                   | 28.0 ±7.5       |
| 2  | Тери қавалларининг куруклиги                                      | 74.0 ±4.5                   | 72.0 ± 7.5      |
| 3  | Нафас олиш системасида<br>трахеобронхит аломатлари                | 4.2 ±2.0*                   | 42.0 ± 8.3      |
| 4  | Юрак тонларининг тўмтоқлиги                                       | 52.5 ±5.1*                  | 84.0 ±6.1       |
| 5  | Тахикардия                                                        | 42.0 ±5.0                   | 70.0 ±7.5       |
| 6  | Лабларнинг қуриши                                                 | 60.0 ±5.0                   | 70.0 ± 7.5      |
| 7  | Тил ҳўл, карашли; оқ караш<br>қопланган                           | 26.0 ±4.5                   | 28.0 ±7.5       |
| 8  | Тил курук, караш билан<br>қопланган                               | 74.0 ±4.5                   | 72.0 ± 7.5      |
| 9  | Кўнгил айланиш                                                    | 42.0 ±5.0*                  | 84.0 ±6.1       |
| 10 | Қусиш                                                             | 31.5 ± 4.7*                 | 56.0 ±8.3       |
| 11 | Қоринда оғриқ                                                     | 78.75 ±4.1                  | 100.0           |
| 12 | Нажас кўриниши<br>суюқ, шиллиқ аралаш суюқ,<br>шиллик, қон аралаш | 94.5 ±2.3*                  | 100.0           |
|    |                                                                   | 63.0 ±4.9*                  | 28.0 ±7.5       |
|    |                                                                   | 26.0 ±4.5*                  | 72.0 ±7.5       |
| 13 | Ич кетиш частотаси (қунига)                                       | 94.5 ± 2.3                  | 100.0           |
| 14 | Олигоурия аломатлари                                              | -                           | 33.6 ±7.9       |
| 15 | Сепсис аломатлари                                                 | -                           | 33.6 ±7.9       |
| 16 | Безовталиқ                                                        | 63.0 ±4.9*                  | 84.0 ±6.4       |
| 17 | Инжиқлик                                                          | 63.0 ±4.9*                  | 84.0 ±6.4       |
| 18 | Уйқунинг бўзилиши                                                 | 42.0 ±5.0*                  | 70.0 ±7.7       |
| 19 | Тана ҳароратининг<br>кўтарилиши                                   | 31.5 ± 4.7                  | 87.0 ±5.6       |

Эслатма: \* - гуруҳлар орасидаги статистик ишончлилик фарқ (P<0.005 <0.01).

# **IV бoб. БОЛАЛАРДА КЕЧАЁТГАН НАГ- ИНФЕКЦИЯСИДА КАСАЛЛИКНИНГ КЕЧИШ ОҒИРЛИГИ, ШАКЛЛАРИ ВА ҚЎЗҒАТУВЧИНИНГ БИОЛОГИК ҲУСУСИЯТЛАРИГА ҚЎРА ИНТОКСИКАЦИЯНИНГ ЛЕЙКОЦИТАР КЎРСАТКИЧИ КЎРСАТКИЧЛАРИ ВА ҚОНДАГИ ЎРТА МОЛЕКУЛЯР ПЕПТИДЛАРНИНГ МИҚДОРИ**

ИЛИ ва қондаги ЎМПлар интоксикация синдромининг мезонларидан ҳисобланади (Г.А. Ибадова 1997; А.С. Юсупов 2001). Шунинг учун ҳам биз ушбу синамаларни болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида интоксикация синдроми даражасини баҳолаш мақсадида аниқладик.

Олиб борилган текширишлар шуни кўрсатадики, болалардаги НАГ - инфекциясида ИЛИ ва қондаги ЎМПларнинг миқдори касалликнинг даври ва кечиш оғирлигига боғлиқ экан (жадвал 4.1).

**Жадвал 4.1**

**Болалардаги НАГ - инфекциясида касалликнинг даври ва кечиш оғирлигига қўра ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМПлар миқдори**

| № | Клиник кечиш оғирлиги | Синамалар кўрсаткичи |              |                   |                  |
|---|-----------------------|----------------------|--------------|-------------------|------------------|
|   |                       | ИЛИ                  |              | ЎМП лар, мг/мл    |                  |
|   |                       | 1                    | 2            | 1                 | 2                |
| 1 | Ўрта оғир (п=63)      | 1.4 ±0.09 *          | 0.7 ±0.08 *  | 0.034 ±0.002 *    | 0.20 ± 0.008     |
| 2 | Оғир (п=67)           | 2.0 ± 0.2* *         | 1.2 ±0.01 *% | 0.048 ± 0.004 * \ | 0.026 ± 0.07 * * |
| 3 | Соғлом болалар (п=20) | 0.3 ± 0.03           |              | 0.018 ±0.001      |                  |

Эслатма: \* - соғлом болаларга нисбатан статистик ишончлилик фарқи. \* \* - касалликнинг ўрта оғир ва оғир шакллари орасидаги статистик ишончлилик

фарқи.

1 - касалликнинг ривожланган даври.

2 - касалликнинг реконвалесценция даври.

4.1. - жадвалдан кўриниб турибдики, касалликнинг ривожланиш даврида унинг кечиш оғирлигидан қатъий назар ИЛИ ва ЎМП ларнинг кўрсаткичлари соғломларга нисбатан статистик ишончлилик равишда ошган. Хасталикнинг реконвалесценция даврида текширилаётган параметрларнинг кўрсаткичлари иккала гуруҳ беморларида ҳам пасайганлиги кузатилди. Айти пайтда ушбу даврда ИЛИ кўрсаткичлари касалликнинг ўрта оғирлигида ҳам, оғир кечишида ҳам соғлом болаларникидан статистик ишончли равишда юқори бўлган (ўз навбатида,  $0.7 \pm 0.08$  ва  $1.2 \pm 0.01$ ). Қондаги ЎМП ларга нисбатан ушбу ўзгаришлар фақат касалликнинг оғир кечишига нисбатан ўз кучини сақлаб қолди.

Демак, болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида интоксикация синдромининг кўрсаткичлари (ИЛИ ва қондаги ЎМП лар миқдори) касалликнинг даври ва кечиш оғирлигига боғлиқ. Энг юқори кўрсаткичлар хасталикнинг оғир кечишида ва ривожланган даврида аниқланди. Шу билан бирга интоксикация синдромининг кўрсаткичлари НАГ-инфекцияси билан оғриган болаларда касалликнинг реконвалесценция даврида ҳам юқорилигича қолганлигини таъкидлаб ўтмоғимиз даркор.

Кейинги изланишларда биз болалардаги НАГ- инфекциясида ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП лар миқдорини касалликнинг клиник кечиш шаклларига кўра ўргандик. Текширишлар натижаси 4.2 - жадвалда келтирилган.

#### Жадвал 4.2.

**Болалардаги НАГ- инфекциясида касалликнинг клиник шаклларига ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП лар миқдори**

| № | Клиник кечиш шакллари | Синамалар курсаткичи |                 |                   |                     |
|---|-----------------------|----------------------|-----------------|-------------------|---------------------|
|   |                       | ИЛИ                  |                 | ЎМП лар, мг/мл    |                     |
|   |                       | 1                    | 2               | 1                 | 2                   |
| 1 | Энтеретик (n=14)      | $0.4 \pm 0.04$       | $0.26 \pm 0.02$ | $0.019 \pm 0.003$ | $0.014 \pm 0.004^*$ |

|   |                                |                                      |                              |                                 |                                  |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 2 | Г астроэнтеритик<br>(п=60)     | 0.6 ± 0.06 *<br>* *                  | 0.3 ± 0.04                   | 0.026 ± 0.007 *<br>* *          | 0.0021 ± 0.002 *<br>* *          |
| 3 | Энтероколитик<br>(п=17)        | 1.3 ± 0.07 *<br>* *                  | 0.6 ± 0.04 *<br>* *<br>* * * | 0.034 ± 0.003 *<br>* *<br>♦ * * | 0.030 ± 0.008 5"<br>* *<br>* * * |
| 4 | Г астроэнтероколитик<br>(п=39) | 1.5 ± 0.09 *<br>* *<br>* * * * * * * | 1.2 ± 0.03 *<br>* *<br>* * * | 0.045 ± 0.009 *<br>* *<br>* * * | 0.035 ± 0.007 *<br>* *<br>* * *  |
| 5 | Соғлом болалар (п=20)          | 0.3 ± 0.03                           | -                            | 0.018 ± 0.001                   | -                                |

Эслатма: \* - соғлом болаларга нисбатан статистик ишончлилиқ фарқи;

\*\* - энтеритик шаклга нисбатан статистик ишончлилиқ фарқи;

\*\*\* - гастронтеритик шаклга нисбатан статистик ишончлилиқ фарқи;

\*\*\*\* - энтероколитик шаклга нисбатан статистик ишончлилиқ фарқи;

- касалликнинг ривожланиш даври;

- касалликнинг реконвалесценция даври;

4.2- жадвалдаги рақамий маълумотлар шундан далолат берадики, интоксикация синдромининг маркёрлари бўлмиш ИЛИ ва ЎМП ларнинг кўрсаткичлари касалликнинг клиник кечишларига ҳам узвий равишда боғлиқ экан. Болаларда кечаётган НАГ- инфекциясида айтиб ўтилган синамаларнинг кўрсаткичлари касалликнинг энтеритик шаклида соғломлардан фарқ қилмагани кўзга ташланади.

Масалан, ИЛИ кўрсаткичлари хасталикнинг ушбу шаклининг ривожланган даврида  $0.4 \pm 0.04$ , реконвалесценция даврида эса  $0.25 \pm 0.02$  ни ташкил этди. Қондаги ЎМП лар бўйича қуйидаги рақамий кўрсаткичлар олинди:  $0.019 \pm 0.003$  ва  $0.014 \pm 0.004$  мг/мл, ўз ҳисобида. Болалардаги НАГ- инфекциясининг бошқа клиник шаклларида (гастроэнтеритик, энтероколитик ва гастроэнтероколитик) касалликнинг ўткир даврида ИЛИ ва ЎМП лар кўрсаткичлари соғлом болаларга нисбатан статистик ишончли фарқда юқори бўлди. Бу ўринда энг юқори натижалар инфекциянинг гастроэнтероколитик шакли билан оғриган болаларда олинганлигини айтиб ўтишимиз лозим. Шунини таъкидлаб ўтмоқ даркорки, болалардаги НАГ – инфекциясида энтероколитик ва гастроэнтероколитик шаклларда интоксикация даражаси касалликнинг реконвалесценция даврида ҳам юқорилигича қолди.

Болаларда кечаётган НАГ- инфекциясида интоксикация синдроми маркёрлари бўлмиш ИЛИ ва қондаги ЎМП лар миқдорини ажратилган НАГ- вибрионларининг Хейберг бўйича гуруҳларга боғлиқ ҳолда ўрганиш куйидагиларни кўрсатди. Ҳамма ҳолларда ҳам Хейберг бўйича I гуруҳга мансуб 01 бўлмаган вабо вибрионлари сабаб бўлган диареяларда ИЛИ ва қондаги УМП лар миқдори II гуруҳ қўзғатувчилари келтириб чиқарган ҳолларга кўра статистик ишончли равишда юқори бўлди (4.3 жадвал). Ушбу фикр касалликнинг ҳам ўткир, ҳам реконвалесценция даврларига тааллуқли эканлиги 4.3 - жадвалда келтирилган рақамлар асосида ўз тасдиғини топган.

#### Жадвал 4.3

##### Болалардаги НАГ- инфекциясида қўзғатувчиларнинг Хейберг гуруҳлари бўйича ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП лар миқдори

| № | Қўзғатувчиларнинг Хейберг бўйича гуруҳлари | Синамалар кўрсаткичи |                      |                        |                        |
|---|--------------------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|------------------------|
|   |                                            | ИЛИ                  |                      | УМП лар, мг/мл         |                        |
|   |                                            | 1                    | 2                    | 1                      | 2                      |
| 1 | I (n=55)                                   | $2.0 \pm 0.1^*$      | $1.2 \pm 0.09^*$     | $0.046 \pm 0.005^*$    | $0.032 \pm 0.006^*$    |
| 2 | II (n=75)                                  | $0.6 \pm 0.05^{**}$  | $0.29 \pm 0.02^{**}$ | $0.021 \pm 0.007^{**}$ | $0.017 \pm 0.008^{**}$ |
| 3 | Соғлом болалар (n=20)                      | $0.3 \pm 0.03$       | -                    | -                      |                        |

\*\* - Хейберг бўйича I ва II гуруҳлар орасидаги фарқ;

- касалликнинг ривожланиш даври;

- касалликнинг реконвалесценция даври.

Шуни таъкидлаб ўтмоғимиз даркорки, Хейберг бўйича II гуруҳ НАГ - вибрионлари келтириб чиқарган ҳолларда касаллик динамикасида ўрганилаётган синамаларнинг кўрсаткичлари соғлом болалардан деярли фарқ қилмади.

Кейинги изланишларимиз болаларда НАГ - инфекцияси келтириб чиқарган 01 бўлмаган вабо вибрионларининг токсигенлиги бўйича ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП лар миқдорини аниқлашга бағишланди. Текширишлар натижалари 4.4 жадвалда акс эттирилган.

#### Жадвал 4.4

### Болалардаги НАГ - инфекциясида қўзғатувчиларнинг токсигенлиги бўйича ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП лар миқдори

| № | Қўзғатувчиларнинг токсигенлиги | Синамалар курсаткичи |   |                |   |
|---|--------------------------------|----------------------|---|----------------|---|
|   |                                | ИЛИ                  |   | ЎМП лар, мг/мл |   |
|   |                                | 1                    | 2 | 1              | 2 |
| 1 | Токсиген (n=30)                |                      |   |                |   |
| 2 | Кучсиз токсиген (n=42)         |                      |   |                |   |
| 3 | Токсиген эмас (n=58)           |                      |   |                |   |
| 4 | Соғлом болалар (n=20)          | 0.3 ± 0.03           |   |                |   |

Эслатма: \* - соғлом болаларга нисбатан статистик

1 - токсиген ва кучсиз токсиген гуруҳлари орасидаги статистик ишончлилиқ фарқи;

3 - токсиген ва токсиген эмас гуруҳлар орасидаги статистик ишончлилиқ фарқи

1- касалликнинг ривожланиш даври;

2- касалликнинг реконвалесценция даври.

4.4 жадвалдан кўриниб турибдики, болаларда токсиген бўлмаган штаммлар келтириб чиқарган НАГ - инфекциясида ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП миқдори соғлом болалардан деярли фарқ қилмаган. Шу билан бирга кучсиз токсиген НАГ - вибрионлари сабаб бўлган инфекцияда айтиб ўтилган параметрларнинг кўрсаткичлари нормадан кўра статистик равишда юқори бўлган. Энг юқори кўрсаткичлар токсиген табиатли 01 бўлмаган вабо

вибрионлари ажратилган бемор болаларда аниқланган. Ушбу гуруҳга мансуб болалардан қуйидаги рақамий маълумотлар олинди. ИЛИ бўйича: касалликнинг ривожланиш даврида  $1.8 \pm 0.09$ , реконвалесценция даврида эса -  $1.0 \pm 0.02$ ; қондаги ЎМП лар бўйича: касалликнинг ўткир даврида -  $0.044 \pm 0.007$  мг/мл

#### Жадвал 4.5

**Беморлардаги НАГ - инфекциясида қўзғатувчининг вирулентлиги ёки авирулентлиги бўйича ИЛИ курсаткичлари ва қондаги ЎМП лар миқдори**

| № | Қўзғатувчиларнинг<br>Г<br>вирулентлиги | Синамалар курсаткичи    |                            |                            |                            |
|---|----------------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|   |                                        | ИЛИ                     |                            | ЎМП лар, мг/мл             |                            |
|   |                                        | 1                       | 2                          | 1                          | 2                          |
| 1 | Вирулент (n=35)                        | $1.8 \pm 0.04$ *<br>* * | $1.0 \pm 0.01$<br>*<br>* * | $0.050 \pm 0.005$ *<br>* * | $0.028 \pm 0.002$ #<br>* Ф |
| 2 | Авирулент (n=95)                       | $0.4 \pm 0.04$          | $0.27 \pm 0.02$            | $0.016 \pm 0.001$          | $0.014 \pm 0.001$          |
| 4 | Соғлом болалар (n=20)                  | $0.3 \pm 0.03$          |                            | $0.018 \pm 0.001$          |                            |

Эслатма: \* - соғлом болаларга нисбатан статистик ишончлилик фарқи;

\* \* - вирулент ва авирулент қўзғатувчилар ажратилган гуруҳлар орасидаги ишончлилик фарқи;

1- касалликнинг ривожланиш даври;

2- касалликнинг реконвалесценция даври;

4.5-жадвал таҳлил этилганда қуйидагилар маълум бўлди. Интоксикация синдроми маркёрлари бўлиш ИЛИ ва қондаги ЎМП лар миқдори вирулентли вибрионлар чақирган болалардаги НАГ - инфекциясида соғломларга нисбатан касаллик динамикасида статистик ишончлилик юқори бўлган. Ва, аксинча авирулентли НАГ - вибрионлари сабаб бўлган диареяларда айтиб ўтилган параметрларнинг кўрсаткичлари меъёрдан деярли фарқ қилмади. Касалликнинг ривожланган даврида ҳам вирулентли штаммлар келтириб чиқарган НАГ - инфекциясида авирулентли штаммларга кўра ИЛИ кўрсаткичи ва қондаги ЎМП лар миқдори статистик ишончлилик кўринишда кўпроқ бўлди ( $P < 0.001$  ҳамма ҳолларда). Демак, текширишлар натижалари шундан далолат берадики, НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларда интоксикация синдромининг маркёрлари ҳисобланган ИЛИ ва қондаги ЎМП лар концентрацияси касалликнинг кечиш

оғирлиги ва кўзғатувчининг биологик хусусиятига боғлиқ. Эслатиб ўтилган синдромнинг энг юқори кўрсаткичлари инфекциянинг оғир кечган шаклида ҳамда Хейберг бўйича I гуруҳ, токсиген, вирулент штаммлар ажратилган бемор болаларда аниқланди.

Қуйида иккита касаллик тарихидан кўчирма берамиз.

Мисол №1.

НАГ - инфекцияси, гастроэнтеритик шакли, оғир кечиши.

Бемор А.А. 9 ойлик. Касаллик тарихи 176/33.

Вилоят болалар юқумли касалликлар шифохонасига 13.09.97 й. Бухоро шаҳридан қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди (онасини сўзидан), умумий ҳолсизликдан, тана хароратини кутарилиши, кўнгил айланиши, ич кетиши, иштаҳасини йўқолганлиги, уйқусини бузилганлиги. Онаси болани касаллигини картошка бўтқаси билан боғлайди.

Бола онасининг иккинчи ҳомиласи, 2.900 гр. билан ўз вақтида туғилган. Ҳомиладордик ва туғиш меъёрида ўтган. Онасини эмади. Бирорта касаллик билан касалланмаган, дориларга аллергияси йўқ.

5 кундан бери касал, касаллик тана хароратини кўтарилиши билан бошланган, ҳолсизлик, қусиш, ичини суюқ келиши, иштаҳасини пасайиши ривожлана борган. Кўрик пайтида беморни умумий аҳволи оғир, эс-ҳуши жойида, ҳолсиз, тана тузилиши тўғри, тери ости ёғ қавати суст ривожланган. Тери қопламлари рангпар, тургор ва эластиклиги пасайган. Лимфа тугунлари катталашмаган, мушаклар гипотрофияси ва гипотонияси кузатилади. Нафас эркин, бурун орқали, ўпкасини перкутор текширилганда ўпка товуши, аускультатив везикуляр нафас олиш эшитилади. Юрак чегаралари ёши бўйича меъёрида. Юрак тонлари бўғиқ, тахикардия. Тили нам, оқ қараши бор. Қорин айлана шаклда, дам бор, оғриқ эпигастрал ва киндик атрофида, сигмасимон ичак пайпасланмайди. Ичи суюқ кунига 6-7 марта кўп, кўкимтир, шиллиқ аралаш ҳиди йўқ, сийдиги кам.

**Умумий қон таҳлили.**

Гемоглобин - 100.0 г/л., эритроцит -  $3.3 \times 10^{12}/л$ , ц/п - 0.9, ретикулоцит - 9%, тромбоцитлар -  $190.0 \times 10^9/л$ , лейкоцитлар -  $18.3 \times 10^9/л$ , таёкча ядроли

нейтрофиллар - 5%, сегмент ядроли нейтрофиллар - 49%, эозинофиллар - 1%, лимфоцитлар - 40%, моноцитлар - 4%, ЭЧТ - 4мм/г.

**Коннинг биокимёвий кўрсаткичлари:**

Алат - 0.86, Асат - 0.41, умумий биллирубин - 8.3м/л, умумий оксил - 8.7 г/л, мочевино - 7.2 ммоль/л, креатинин - 85.0 мкмоль/л.

**Сийдикнинг умумий таҳлили:**

Оксил - abs, глюкоза - салбий, реакцияси - нордон, эпителий - 0-2/1, лейкоцитлар - 0-1/1.

**Капрология:**

Шиллик - камроқ, лейкоцитлар - 3-8/1, крахмал, ҳазм бўлмаган клетчаткалар.

**Бактериологик текширувлар натижаси:**

Ичак инфекцияси гуруҳига копрокультура ажратилган *vibrio* II гуруҳ Хейберг бўйича №4463. 19.09.97Й. сезгир левомиситин, тетрациклин, доксоциклин гидрохлорид, сифлоксим нисбатан сезгир.

**Якуний таҳлис:**

Анамнез, объектив кўрув, клиник - лаборатория маълумотларига асосланиб қўйилган якуний таҳлис қўйилди: НАГ - инфекцияси, диарея энтеритик шакли, оғир кечиши.

Асорати: токсикоз I даража эксикоз I даража.

Ҳамроҳ касаллик - камқонлик, енгил диарея, гипотрофия I даража, рахит I даража.

Беморга касалликни биринчи кундан этиопатогенетик, дезинтоксикация ва симптоматик даво қилина бошланди. Рингер -Локка суюқлиги 100.0 мл реполиглюкин 100.0 мл вена ичига томчилаб юборилди. Касалликни 3 кундан эксикоз белгилари йўқолиб бемор болани уйқуси меъёрлашди ва иштаҳаси очилди. Хасталикнинг 5 кундан тили тоза бўлди, оғиз бўшлиғи шиллик қавати намлашди. Қоринда дам кузатилмади ва қорин пальпациясида бола безовта бўлади. Хасталикнинг 7 кундан беморнинг ахлати шаклланди, сийиши меъёрлашди.

Беморнинг шифохонадан чиқишида лаборатория таҳлиллари курсаткичлари қўйидагича бўлди:

Умумий қон таҳлили: гемоглобин - 106.0 г/л, эритроцитлар -  $3.4 \times 10^9$  /л, ранг кўрсаткич- 0.8, ретикулоцитлар - 4%, тромбоцитлар -  $180 \times 10^9$  /л, лейкоцитлар -  $8.0 \times 10^9$  /л, таёқча ядроли нейтрофиллар - 4%, сегмент ядроли нейтрофиллар - 50%, эозинофиллар - 1%, лимфоцитлар - 32%, ЭЧТ - 3 мм/с.

Қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари: умумий оксил - 48.5 г/л, мочевино - 4.6 ммоль/л, креатинин - 45.0 мкмоль/л.

Сийдикнинг умумий таҳлили ва ахлат капрологияси ўзгаришсиз.

Ичак гуруҳига назорат копрокультураси манфий.

Беморнинг аҳволи яхшиланиб, турар жойидаги юқумли касалликлар навбатчи шифокор назоратига юборилди. Шифохонада бўлган кунлар сони - 10 кун.

- Касаллик динамикасидаги ИЛИ ва қондаги ЎМП лар кўрсаткичлари:

14.09.97- ИЛИ - 0.55, ЎМП - 0.028 мг/мл;

22.09.97- ИЛИ - 0.25, ЎМП - 0.020 мг/мл.

Мисол №2,

НАГ - инфекцияси, гастроэнтеритик оғир шакли.

Бемор Қурбонова Сарвиноз, 1 ёш 9 ойлик. Касаллик тарихи № 393.

Вилоят болалар юқумли касалликлар шифохонасига 09.07.98 й. ичи суяк кетиши, қусиш, тана ҳароратини  $38.9^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, иштаҳасизлик, ҳолсизлик, уйқусини бузилиши шикоятлар билан келган.

Онаси касалликни қайнатилмаган ариқ суви, сут истеъмол қилиши билан боғлайди.

Бола онасининг иккинчи ҳомиласи, 3.300 гр. билан ўз вақтида асфиксия билан туғилган. Бошидан кечирган хасталиклари: 6 ойлигида ва 1 ёш 3 ойлигида ўткир респиратор касаллик билан, 11 ойлигида алиментар диареялар билан. Дориларга ва озиқ - овқатларга аллергияси йўқ.

Бола 4 кундан бери касал, касаллик ҳолсизлик, ичини суяк келиши, тана ҳароратини  $38.9^{\circ}\text{C}$  гача кўтарилиши, 2 марта қусиш, уйқусини бузилиши

аломатлари билан бошланган. Динамикада беморнинг ахволи оғирлашганлиги туфайли шифохонага олиб келинган.

Келган вақтида бемор боланинг ахволи оғир. Тана харорати  $38.9^{\circ}\text{C}$ , гавда тузилиши тўғри, озғин. Бола ланж, ҳолсиз, эс хуши аниқ, Тери қопламлари рангпар, оёқ - қўллар совқатиши кузатилади. Терининг тургори ва эластиклиги пасайган. Мушаклар гипотрофияси ва гипотонияси кузатилади. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган, ҳаракатчан. Пешона ва тепа суяк қирралари билиниб туради. Томоғида қизариш. Ҳар икки томондан ўпка перкутор текширилганда ўпа товуши, аускультатив везикуляр нафас эшитилади. Юрак чегаралари ёши бўйича меъёрда. Юрак тонлари бўғиқлашган, пульс частотаси минутига 116 та. Лаблари куруқ, тили нам оқ карашлар билан қопланган. Қорин юмшоқ, симметрик. Пальпацияда оғриқ эпигастрал ва киндик атрофида сезилади. Жигар ва қора талоғи катталашмаган. Ичи суяқ, шиллиқ-йиринг аралаш, 8-10 марта. Диурез эркин, пастернацкий симптоми манфий.

#### **Лаборатория текшириш натижалари:**

##### **Умумий қон таҳлили.**

Гемоглобин - 84.0 г/л., эритроцит -  $3.0 \times 10^9$  /л, ранг кўрсаткич - 0.9, ретикулоцит - 6 %, тромбоцитлар -  $180.0 \times 10^9$ /л, лейкоцитлар -  $13.6 \times 10^9$ /л, таёкча ядроли нейтрофиллар - 4%, сегмент ядроли нейтрофиллар - 52%, эозинофиллар - 1%, лимфоцитлар - 38%, моноцитлар - 4%, СОЭ - 11мм/г.

##### **Коннинг биокимёвий кўрсаткичлари:**

АлАт - 0.52, АсАт - 0.22, умумий билирубин - 6.5м/л, боғланган - 2.5 ммоль/л, боғланмаган - 4.0 ммоль/л, умумий оксил - 52.0 г/л, мочевино - 4.6 ммоль/л, креатинин - 48.0 мкмоль/л.

##### **Сийдикнинг умумий таҳлили:**

Оксил - abs, глюкоза - манфий, реакцияси - кислотали, эпителий - 2- 3/1, лейкоцитлар - кам миқдорда.

##### **Капрология:**

Шиллиқ, лейкоцитлар - кўп сонли, ҳазм бўлмаган клетчатка, детрит, эритроцитлар - манфий.

Ичак инфекциялар гуруҳига капрокультура:

Хейберг бўйича I гурух НАГ - вибрионлари 13.07.97Й. ажратиб олинган. №2189. Антибиотикларга сезгирлиги - сифлокс, левомецитин, тетрациклин, доксоциклин.

### **Якуний ташхис:**

Шикоятлари, анамнези, клиник-объектив кўрик ва лаборатория текширув маълумотларига асосланиб якуний клиник ташхис қўйилди: НАГ инфекцияси Хейберг бўйича I гурухи, ўткир гастроэнтероколитик тури, оғир кечиши.

Асорати: токсикоз I даража, эксикоз II даража.

Интенсив этиопатогенетик, дезинтоксикацион ва симптоматик терапия бошланди: 10% ли глюкоза эритмаси, 20.0 мл полиглюкин ва аскорбин кислотаси - 2.0 мл вена ичига томчи усулида юборилди. Левомецитин сукцинат 200 минг х 3 маҳал кунига мушак орасига, фуразолидон 0.05 х 4 маҳал кунига per os, панкреатин, бифидумбактерим, нош-па 0.3 дан 3 маҳал тайинланди.

Даволашнинг 4-5 кунига келиб эксикоз белгилари камайди, иштаҳаси яхшиланди, бола фаоллашди, уйқуси тинчланди, диарея синдроми йўқолди.

Касалхонадан чиқиб кетиш олдидан лаборатория таҳлиллар қўйидагича:

- Умумий қон таҳлили: гемоглобин - 86.0 г/л, эритроцитлар -  $2.5 \times 10^{12}$ /л, ранг кўрсаткичи - 0.9, лейкоцитлар -  $4.8 \times 10^9$ /л, таёқча ядроли нейтрофиллар - 3%, сегмент ядроли нейтрофиллар - 52%, эозинофиллар - 1%, лимфоцитлар - 38%, моноцитлар - 5%, ЭЧТ - 3 мм/с.
- Қоннинг биокимёвий кўрсаткичлари: умумий оқсил - 54.0 г/л, мочевино - 5.0 ммоль/л, креатинин - 50.0 мкмоль/л.
- Сийдикнинг умумий таҳлили ва копрология - патологиясиз.
- Ичак гурухи назорат копрокультураси манфий.
- Шифохонада бўлган кунлар сони - 8 кун.
- Касаллик динамикасидаги ИЛИ ва қондаги ЎМП лар кўрсаткичлари:  
10.07.98. - ИЛИ - 0.52, ЎМП - 0.031 мг/мл;  
16.07.98. - ИЛИ - 0.28, ЎМП - 0.021 мг/мл.

## **5 - БОБ.БОЛАЛАРДА КЕЧАЁТГАН НАГ - ИНФЕКЦИЯСИДА БИОЛОГИК ФАОЛ ҚЎШИМЧА “БЕКТИТ - М” НИНГ ДАВОЛАШ МАЖМУАСИДАГИ КЛИНИК - ПАТОГЕНЕТИК САМАРАСИ**

Қатор илмий ишларда (А.Г. Валиев, 2001; Б.И. Ниязматов, 2002) БФҚ “Бектит - М” нинг кўпгина соматик ва юқумли касалликларни даволашдаги самараси кўрсатиб берилган. Шуларни ҳисобга олган ҳолда биз ҳам болалардаги НАГ - инфекциясида БФҚ “Бектит - М” нинг клиник - патогенетик самарасини ўрганишга бағишланган текширишлар олиб бордик. Даставвал биз БФҚ “Бектит - М” нинг НАГ - вибрионларига оид бактерицид таъсирини ўрганишга оид тажрибалар ўтказдик. Ушбу мақсадга эришиш учун НАГ - вибрионларининг қуйидаги штаммларидан фойдаланилди: 862 (НАГ - инфекцияси билан оғриган бемордан ажратилган) ва 8143 (очиқ сув ҳавзасидан топилган).

Тажрибалар қуйидаги тартибда ўтказилди. Дастлаб НАГ - вибрионларининг 1 млрд. микроб таначалари концентрацияси тайёрланиб, улар “Бектит - М” нинг 1 мл эритмаси билан аралаштирилди. Аралашма 37°C ли термостат шароитида сақланиб, ҳар соатда (1,2,3,4,5,24) ишқорий агарга экилиб, НАГ - вибрионларининг яшаш қобиляти текшириб борилди. Вибрионларнинг бутунлай ҳалок бўлиши ёки яшаш қобилятини сақлаб қолиши қайд этилди. Бирор бир ўсган колония топилган тақдирда ҳам текширилаётган БФҚ нинг бактерицидлик фаолияти йўқ деб баҳоланди.

Ўтказилган тажрибалар натижалари 5.1 жадвалда келтирилган

## 5.1 жадвал

### БФҚ “Бектит — М” нинг НАГ - вибрионларига нисбатан бактерицидлик таъсирини ўрганиш натижалари

| № | Тажрибалар<br>муддати,<br>соатларда | Қўзғатувчилар гуруҳи |     |     |      |     |     |
|---|-------------------------------------|----------------------|-----|-----|------|-----|-----|
|   |                                     | I                    |     |     | II   |     |     |
|   |                                     | а                    | б   | в   | а    | б   | в   |
|   |                                     | 0.25                 | 0.5 | 1-3 | 0.25 | 0.5 | 1-3 |
| 1 | 1                                   | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 2 | 2                                   | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 3 | 3                                   | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 4 | 4                                   | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 5 | 5                                   | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 6 | 24                                  | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 7 | Назорат: «Бектит<br>- М»            | —                    | —   | —   | —    | —   | —   |
| 8 | Қўзғатувчилар<br>культуралари       | +                    | +   | +   | +    | +   | +   |

Эслатма: - қўзғатувчиларнинг ўсмаганлиги;

+ - қўзғатувчиларнинг ўсганлиги;

1-862 НАГ - вибрион (одамдан ажратилган);

II - 8143 НАГ - вибрион (очиқ сув хавзасидан ажратилган); а, б, в, - Бектит - М” нинг эритмалари (% ҳисобида).

5.1 жадвалда келтирилган рақамий маълумотлар шундан далолат бериб турибдики, НАГ - вибрионлари “Бектит - М” нинг 0.25% ва ундан юқори фоизли эритмаларига нисбатан юқори даражадаги сезгирлигини намоён этган. Тажрибани биринчи соатидан бошлаб “Бектит - М” нинг турли эритмалари билан мулоқотда бўлган вибрионларнинг ҳалокати кузатилиб, ушбу ҳолат айтиб ўтилган қўзғатувчиларнинг махсус озуқа муҳитларида ўсмаганлиги билан тасдиқланди.

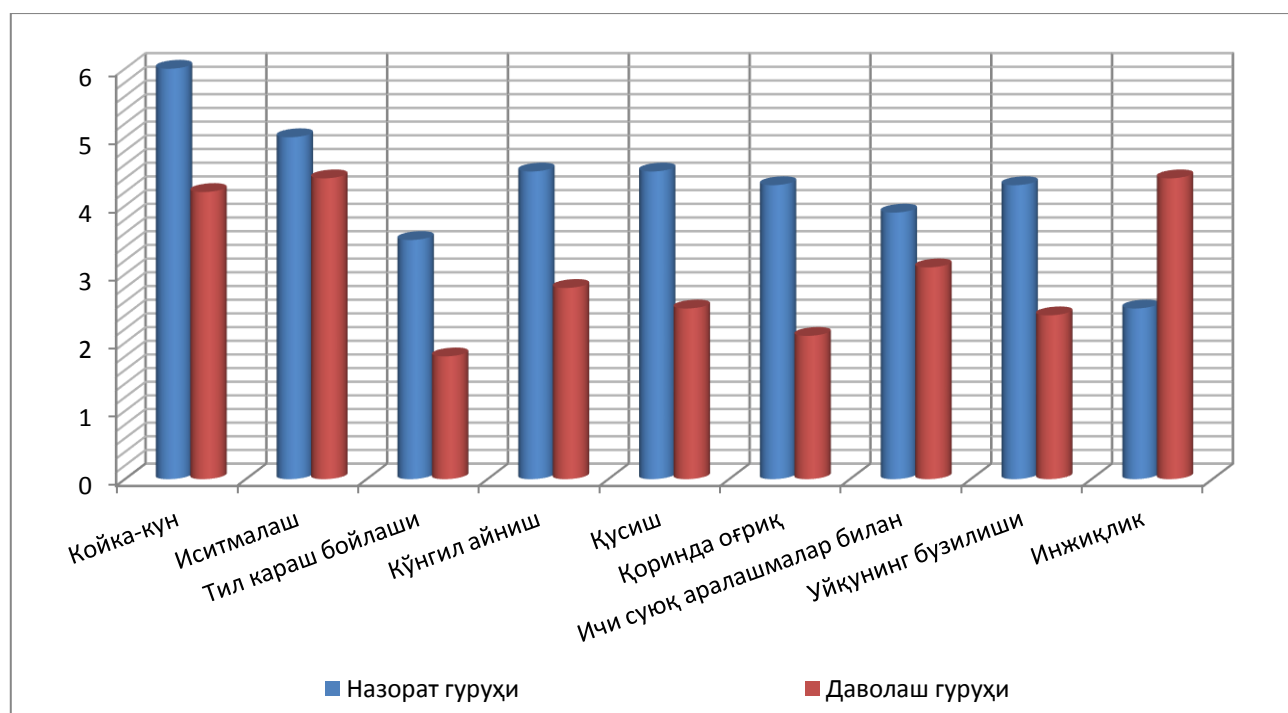
Шуни таъкидлаб ўтмоқ даркорки, “Бектит - М” нинг бактерицидлик таъсири ҳам одамдан, ҳам очиқ сув манбасидан ажратилган 01 бўлмаган вабо вибрионларига нисбатан намоён бўлган.

Кейинги текширишларда биз “Бектит - М” БФҚ сининг НАГ - инфекцияси

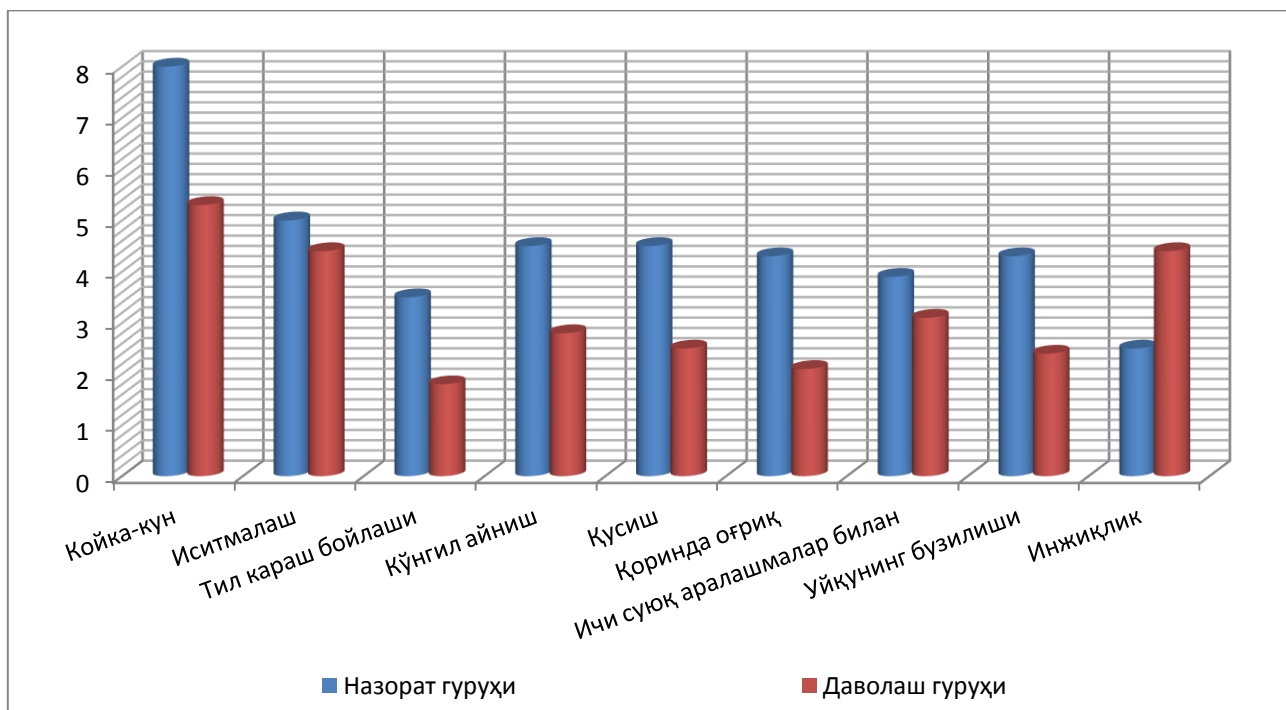
билан оғриган бемор болаларда касалликнинг ўрта оғир ва оғир шаклларида клиник белгиларининг давомийлигига таъсирини ўргандик. Ушбу изланишлар натижалари 5.1 ва 5.2 расмларда акс эттирилган.

Ушбу расмлардан кўриниб турибдики, БФҚ “Бектит - М” билан даволанган НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда интоксикация (инжиқлик, уйқунинг бузилиши, иситма, кўнгил айнаш, қусиш) ва диарея (тил қарашлар билан қопланган, қоринда оғриқ, ич суюқ, аралашмалар билан келиши) аломатлари давомийлиги назорат гуруҳига нисбатан аксарият ҳолларда статистик ишончли равишда кам кечган. Бу факт касалликнинг ҳам ўрта оғир, ҳам оғир шакллари тасдиқланган бемор болаларга нисбатан қайд этилди.

**НАГ - инфекциясининг ўртача оғир шакли билан оғриган бемор болаларда клиник белгиларнинг давомийлигига БФҚ “Бектит — М” нинг таъсири**



**НАГ — инфекциясининг оғир шакли билан оғриган бемор болаларда  
клиник белгиларнинг давомийлигига  
БФҚ “Бектит — М” нинг таъсири**



Фақат хасталикнинг ўрта оғир шакли билан оғриган бемор болаларда тилни караш бойлагани каби клиник симптомлар бўйича иккала гуруҳ ўртасида статистик ишончлилик фарқ кузатилмади (ўз навбатида  $3.2 \pm 1.2$  ва  $2.7 \pm 0.9$  кўп,  $P > 0.05$ ).

Демак, БФҚ “Бектит — М” ни НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда комплекс даволаш мажмуасида қўллаш интоксикация ва диарея симптомларининг давомийлигини камайишига олиб келади.

Кейинги изланишларда биз БФҚ “Бектит — М”нинг НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда гемограмма кўрсаткичларига таъсирини ўргандик. Бу текширишларнинг натижаси 5.2 - жадвалда келтирилган.

**Биологик фаол қўшимча “Бектит — М” билан даволанган НАГ - инфекцияси  
билан оғриган бемор болаларда гемограмма  
кўрсаткичлари**

| № | Кўрсаткичлар                            | Назорат<br>гурухи<br>(n=25)                                   | Даволаш гурухи (n=25)                                         |                                                                                     | Соғлом<br>болалар<br>(n=20) |
|---|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|   |                                         |                                                               | Даволашга<br>кадар                                            | Даволашдан<br>сўнг                                                                  |                             |
| 1 | Г емоглобин (г/л)                       | 93.0 ±2.0<br>P <sub>TM<sub>F</sub></sub> <0.001               | 98.7 ±4.2 P <sub>2</sub> <<br>0.5 P <sub>cof</sub> <<br>0.001 | 103.0 ±4.5 P <sub>j</sub> <<br>0.5 P <sub>2</sub> > 0.5<br>P <sub>cof</sub> < 0.001 | 124.0 ± 1.2                 |
|   |                                         | 96.0 ±4.7 P <sub>i</sub> <<br>0.5 P <sub>cof</sub> < 0.001    |                                                               |                                                                                     |                             |
| 2 | Эритроцитлар (х<br>10 <sup>12</sup> /л) | 3.2 ±0.04<br>P <sub>TF</sub> <0.001                           | 3.1 ±0.1 P <sub>2</sub> <<br>0.05<br>P <sub>cof</sub> <0.001  | 3.5 ± 0.04 P, <<br>0.01 P <sub>2</sub> < 0.5<br>P <sub>cof</sub> < 0.001            | 4.0 ± 0.07                  |
|   |                                         | 3.3 ± 0.09 P <sub>T</sub> ><br>0.5 P <sub>cof</sub> < 0.001   |                                                               |                                                                                     |                             |
| 3 | Лейкоцитлар (х<br>10 <sup>9</sup> /л)   | 8.8 ±0.3<br>P <sub>TM<sub>F</sub></sub> <0.001                | 8.7 ±0.6 P <sub>2</sub> <<br>0.5 P <sub>cof</sub> < 0.001     | 6.0 ±0.4 P! <<br>0.01 P <sub>2</sub> > 0.5<br>P <sub>cof</sub> < 0.001              | 4.6 ±0.1                    |
|   |                                         | 8.0 ± 0.2 P <sub>i</sub> ><br>0.5\<br>P <sub>cof</sub> <0.001 |                                                               |                                                                                     |                             |
| 4 | ЭЧТ (мм/с)                              | 12.0 ± 1.8<br>P <sub>TM<sub>F</sub></sub> <0.001              | 18.0 ±2.6 P <sub>2</sub> <<br>0.05 P <sub>cof</sub> <         | 6.0 ± 1.2 P <sub>i</sub><br><0.001 P <sub>2</sub> <0.01                             | 3.3 ±0.2                    |

Эслатма: каср суратида касалликнинг ривожланган, маҳражида эса реконвалесценция даврларидаги маълумотлар келтирилган;

P<sub>i</sub> - даволанишга қадар ва даволанишдан кейинги кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик фарқи;

P<sub>2</sub> - назорат ва даволаш гурухлари орасидаги статистик ишончлилик фарқи;

P<sub>cof</sub> - соғлом болаларга нисбатан статистик ишончлилик фарқи.

Амалга оширилган таҳлил шундан далолат берадики, назорат гурухида ҳам, даволаш гурухида ҳам гемограмманинг асосий кўрсаткичлари соғлом болаларга нисбатан кескин фарқ қилган. Иккала гурух бемор болаларида

соғломларга кўра гемоглобин миқдорини ва эритроцитлар сонининг статистик ишончли равишда паст эканлиги кўзга ташланади (5.2 - жадвал). Айни пайтда гемограмманинг бошқа кўрсаткичлари (лейкоцитлар сони ва ЭЧТ) соғлом болалардан фарқ қилиб, статистик равишда юқори эканлиги аниқланди. Шу билан бирга назорат гуруҳида умумий базис терапия олган бемор болаларда гемограмма томонидан ижобий ўзгаришлар кузатилгани йўқ. Ва, аксинча, даволаш гуруҳида БФҚ “Бектит — М” билан муолажадан сўнг гемоглобин миқдорининг, эритроцитлар сонининг кўпайганлиги, лейкоцитлар сони ва ЭЧТ кўрсаткичини эса камайганлиги аниқланди (кўрсаткичлар орасидаги фарқ ҳамма ҳолларда ҳам статистик равишда ишончли).

Демак, БФҚ “Бектит — М” ни болалардаги НАГ - инфекциясида комплекс даволаш мажмуасида қўллаш бир томондан бир оз бўлсада камқонлик даражасини камайтириш имконини беради (гемоглобин миқдорининг ва эритроцитлар сонининг ошиши ҳисобига). Иккинчи томондан, эслатиб ўтилган БФҚ ни даволаш мақсадида ишлатиш болалардаги НАГ - инфекциясида яллиғланиш жараёнини камайтиради.

БФҚ “Бектит — М”дан 01 бўлмаган вабо вибрионлари сабаб бўлган диареяларни комплекс равишда даволашда фойдаланиш бемор болалар қонида умумий оқсил миқдорини оширди ва, аксинча, мочевина ва креатининнинг концентрациясини камайтирди (жадвал 5.3). Айтиб ўтилган биокимёвий кўрсаткичларнинг бундай ижобий динамикада ўзгариши даволаш гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан ҳамма ҳолларда ҳам статистик ишончли равишда кўпроқ кузатилди. Шу билан бирга назорат гуруҳида эса базис даволаш мажмуасидан сўнг умумий оқсил, мочевина ва креатининнинг кўрсаткичларининг ўзгаришсиз қолганлигини кўрсатиб ўтишимиз даркор.

### Жадвал 5.3

**Биологик фаол қўшимча “Бектит – М” билан даволанган НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда қондаги биокимёвий кўрсаткичлар**

| № | Кўрсаткичлар | Назорат | Даволаш гуруҳи (n=25) | Соғлом |
|---|--------------|---------|-----------------------|--------|
|---|--------------|---------|-----------------------|--------|

|   |                        | <b>гуруҳи<br/>(n=25)</b>                                                                           | <b>Даволашга<br/>қадар</b>                               | <b>Даволашдан<br/>сўнг</b>                                                               | <b>болалар<br/>(n=20)</b> |
|---|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1 | Умумий оксил<br>(г/л)  | 46.7 ± 2.1<br>P <sub>тф</sub> < 0.001<br>P <sub>i</sub> > 0.5 P <sub>соғ</sub> < 0.001             | 47.4 ± 2.3 P <sub>2</sub> > 0.5 P <sub>соғ</sub> < 0.001 | 59.0 ± 3.4<br>P <sub>j</sub> < 0.01<br>P <sub>2</sub> < 0.01<br>P <sub>соғ</sub> < 0.001 | 66.0 ± 1.6                |
| 2 | Мочевина<br>(ммоль/л)  | 7.0 ± 0.2<br>P <sub>гпф</sub> < 0.001                                                              | 6.8 ± 0.9 P <sub>2</sub> > 0.5 P <sub>соғ</sub> < 0.001  | 4.8 ± 0.4 P <sub>i</sub> < 0.01 P <sub>2</sub> < 0.01<br>P <sub>соғ</sub> < 0.05         | 4.4 ± 0.3                 |
|   |                        | 6.9 ± 1.2 P <sub>i</sub> > 0.5 P <sub>соғ</sub> < 0.001                                            |                                                          |                                                                                          |                           |
| 3 | Креатинин<br>(ммоль/л) | 70.0 ± 5.4<br>P <sub>тмф</sub> < 0.001<br>68.0 ± 4.0 P <sub>i</sub> > 0.5 P <sub>соғ</sub> < 0.001 | 72.0 ± 4.8 P <sub>2</sub> > 0.5 P <sub>соғ</sub> < 0.001 | 56.0 ± 4.4 P <sub>i</sub> < 0.001 P <sub>2</sub> < 0.001<br>P <sub>соғ</sub> > 0.5       | 54.0 ± 3.3                |

Эслатма: каср суратида касалликнинг ривожланган, маҳражида эса реконвалесценция давридаги кўрсаткичлар келтирилган; P<sub>i</sub> - даволанишга қадар ва даволанишдан сўнг кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик фарқи;

P<sub>2</sub> - назорат ва даволаш гуруҳлари орасидаги статистик ишончлилик фарқи;

P<sub>соғ</sub> - соғлом болаларга нисбатан статистик ишончлилик фарқи.

Олинган натижалардан хулоса қилиш мумкинки, БФҚ “Бектит — М” НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда жигарда оксил синтез қилиш функциясини яхшилайти ва буйраклардаги ажратиш фаолиятини кучайтиради.

БФҚ “Бектит — М” нинг интоксикация синдромининг маркёрлари - ИЛИ ва қондаги УМП лар миқдори таъсирини ўрганишга бағишланган текширишлар натижаси 5.4- жадвалда келтирилган.

**Биологик фаол қўшимча “Бектит — М” билан даволанган НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда ИЛИ ва қондаги ЎМП лар микдорини кўрсаткичлар**

| № | Кўрсаткичлар                    | Назорат гуруҳи (n=25)                                                                        | Даволаш гуруҳи (n=25)                                  |                                                                               | Соғлом болалар (n=20) |
|---|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|   |                                 |                                                                                              | Даволашга қадар                                        | Даволашдан сўнг                                                               |                       |
| 1 | ИЛИ                             | $1.7 \pm 0.09$<br>$P_{TM_F} < 0.001$<br>$1.2 \pm 0.03$<br>$P_i < 0.01$                       | $1.8 \pm 0.09$ $P_2 >$<br>$0.05$ $P_{COF} < 0.001$     | $0.4 \pm 0.04$ $P_j <$<br>$0.001$ $P_2 > 0.001$<br>$P_{COG} < 0.001$          | $0.3 \pm 0.03$        |
| 2 | Қондаги ЎМП лар микдори (мг/мл) | $0.041 \pm 0.008$<br>$P_{TF} < 0.001$<br>$0.033 \pm 0.002$<br>$P_j < 0.01$ $P_{COF} < 0.001$ | $0.038 \pm 0.003$ $P_2 <$<br>$0.005$ $P_{COF} < 0.001$ | $0.019 \pm 0.001$ $P,$<br>$< 0.001$ $P_2 <$<br>$0.001$ $P_{COF} <$<br>$0.001$ | $0.018 \pm 0.001$     |

Эслатма: каср суратида касалликнинг ривожланган, маҳражида эса реконвалесценция давридаги кўрсаткичлар келтирилган;  $P_i$  - даволанишга қадар ва даволанишдан сўнг кўрсаткичлар орасидаги статистик ишончлилик фарқи;

$P_2$  - назорат ва даволаш гуруҳлари орасидаги статистик ишончлилик фарқи;

$P_{COF}$  - соғлом болаларга нисбатан статистик ишончлилик фарқи.

Жадвалдан кўриниб турибдики, БФҚ “Бектит — М” билан даволаш болалардаги НАГ - инфекциясида интоксикация синдромининг маркерларини статистик ишончли равишда пасайтиради. Жумладан, даволаш гуруҳида ИЛИ даволашга қадар  $1.8 \pm 0.09$  бўлган бўлса, даволашдан сўнг  $0.4 \pm 0.04$  гача камайган ( $P < 0.001$ ). Худди шундай натижалар қондаги ЎМПларга нисбатан ҳам олинган: ўз навбатида,  $0.038 \pm 0.003$  ва  $0.019 \pm 0.001$  мг/мл,  $P < 0.001$ . Шу билан бирга назорат гуруҳи беморларида умумий қабул қилинган базис терапиядан сўнг ҳам айтиб ўтилган синамаларнинг кўрсаткичлари юқориликча қолганлигини таъкидлаб ўтмоғимиз даркор. Қуйида яна иккита касаллик тарихидан мисол келтирамиз.

Мисол №3.

НАГ - инфекцияси, гастроэнтероколитик шакли. Бемор И.С. 1 ёш 2 ойлик, касаллик тарихи № 1444/24 вилоят болалар юқумли касалликлар шифохонасига 11 август 1998 йилда Вобкент районида куйидаги шикоятлар билан (онасининг сўзидан) мурожаат қилди: умумий ҳолсизлик, ич кетиши, безовталиқ, инжиқлик, иштаҳасизлик, иситма кўтарилиши. Беморни касаллигини онаси қайнатилмаган сув ичганлиги билан боғлайди.

Бола онасининг 3 ҳомиласи, 3200 г вазн билан ўз вақтида туғилган ва йиғлаган. Онасини эмади. Ҳомиладорлик ва туғиш меъёрида ўтган. Бирорта касаллик билан оғирмаган. Аллергияси йўқ. Бола 3 кундан бери касал. Касаллик безовталиқ, ич кетиши билан бошланган. Уйда фуразолидон билан даволанган турган. Аҳволи оғирлашгандан сўнг касалхонага 1 август 1998 йилда келтирилган ва ётқизилган.

Объектив кўрувда: беморни умумий аҳволи оғир, тана ҳарорати  $39^{\circ}\text{C}$ , эс - ҳуши жойида, ташқи таъсирга сезгир, безовта, ҳолсиз, уйқусираяпти. Юз кўринишидан қийналган, кўз атрофи кўкимтир. Тери ости ёғ қатлами яхши ривожланган, иссиқ, қуруқ, терининг тургорлиги пасайган. Оёқлари озгина совуқ, бурун-лаб учбурчаги кўкарган. Нафаси тез, 1 минутда 52 та. Ўпкасида қаттиқ нафас, қуруқ хириллашлар эшитилади. Пульси 120 -130 та, тўлиқсиз. Юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади. Лаблари қуруқ, очиқ рангда, озгина ёрилган. Тили қуруқ, сарғимтир-оқимтир карашлар билан копланган. Бодомча безлари қизарган. Қорни пайпасланганда дами бор, сезгир, сигмасимон ичак пайпасланмайди. Жигар ва талоғи катталашган. Ичи 1 кеча - кундузда 6-10 марта шиллик аралаш, суюқ, патологик аралашмалар билан кетаяпти.

Келган вақтидаги текширув натижалари.

Коннинг умумий таҳлили: гемоглобин - 85.0 г/л, эритроцитлар -  $3 \times 10^{12}/\text{л}$ , ранг кўрсаткичи - 0.8, ретикулоцитлар - 4%, тромбоцитлар -  $172.0 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитлар -  $7.0 \times 10^9/\text{л}$ , таёқчасимон нейтрофиллар - 5%, сегмент таёқча ядролилар - 65%, эозинофиллар - 2%, лимфоцитлар - 25%, моноцитлар - 3%, СОЭ - 4 мм/с.

Сийдикни умумий таҳлили: оксил - abs, глюкоза - салбий, реакцияси - нордон, эпителий - 3-5/1, лейкоцитлар - 4-6/1, оксалат тузлари - бор.

Копрология: шиллик - кўп миқдорда, лейкоцитлар - кўп миқдорда, детрит.

Копрокультура: ичак гурухларига текширилганда - НАГ - вбрион Хейберг I гурухи топилган, сифлокс, тетрациклин, левомецитин каби антибиотикларга сезгир.

Анамнези, клиник, объектив кўрик ва лаборатория маълумотларига асосланиб, якуний гашхис қўйилди:

НАГ - инфекцияси, энтероколитик шакли, оғир кечиши.

Асорати: токсикоз II даражали, эксикоз II даражали.

Хамроҳ касалликлари: камқонлик II даражали, икки томонлама бронхит. Беморга касалхонада шошилинич ёрдам кўрсатилди.

Цефамизин - 200 минг ЕД х 4 марта мушак орасига. Рингер - Локка, аскорбин кислотаси 1.0 мл вена ичига, 10% глюкоза, калий хлорид 1.0 мл вена ичига, кальций глюконат 10%, 10.0 мл вена ичига, гемодез суюклиги томчилаб қўйилди. “Бектит - М” 1 пачкадан кунига 3 маҳал берилди.

Даво олганидан кейин беморнинг аҳволи қониқарли, фаол, иштаҳаси очилган, тери тургорлиги ва эластиклиги ўз ҳолига қайтган. Тили тоза, нам, қорни юмшоқ, оғриксиз, ахлати меъёрлашган, патологик қўшимчаларсиз.

Беморнинг шифохонадан чиқиш олди лаборатория таҳлиллари қуйидагича: Қоннинг умумий таҳлили: гемоглобин - 96.0 г/л, эритроцитлар -  $3.2 \times 10^{12}$  /л, ранг кўрсаткич - 0.9, ретикулоцитлар - 3%, тромбоцитлар -  $190.0 \times 10^9$  /л, лейкоцитлар -  $8.0 \times 10^9$  /л, таёқчасимон нейтрофиллар - 4%, сегмент таёқча ядролилар - 67%, эозинофиллар - 1 %, лимфоцитлар - 28%, моноцитлар - 5%, ЭЧТ - 4 мм/с.

Сийдикни умумий таҳлили ва копрология: - ўзгаришсиз.

Назорат копрокультура: - манфий.

Бемор уйига қониқарли ахволда жавоб берилди. Беморнинг койка куни 14 кунни ташкил қилди. Бемор боладаги кондаги ИЛИ кўрсаткичлари қуйидагича бўлди: 14/06/1998. - 1.3 23/06/1998.-0.4

#### Мисол №4.

НАГ - инфекцияси, гастроэнтеритик шакли. Бемор А.С. 3 ёш, касаллик тарихи № 635. 4.07.1998 й. Вобкент туманидан қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: тана ҳароратини кўтарилиши, иштаҳасизлик, дармонсизлик, ичнинг суюқ келиши. Эпидемиологик анамнез: аниқланишича касаллар билан мулоқотда бўлмаган. Беморнинг онаси касалликни сабзавот ва мевалар еб, устидан сув истеъмол қилганлиги билан боғлайди.

Бола уйида 4 фарзанд, 3000 г. Вазн билан ўз вақтида туғилган. Туғилиши билан йиғлаган. Онасини эмган. Ҳомиладорлик ва туғиш меъёрида ўтган. Бирорта касаллик билан оғирмаган. Бола 2 кундан бери касал. Касаллиги ҳолсизлик, кечга бориб тана ҳароратини кўтарлиши, ич кетиш билан бошланган. Онаси уйида фуразолидон ва калий перманганат ичирган, аммо фойдаси бўлмагач юқумли касалликлар шифохонасига ётқизилган.

Объектив кўрувда: аҳволи оғир, эс - ҳуши жойида, тана ҳарорати

38.7 С гача. Териси тоза, окимтир, иссиқ, қуруқ. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган, ҳаракатчан. Нафаси тез, минутига 65 та. Перкутор текширилганда ўпкада ўпка товуши, аускультатив везикуляр нафас. Пульси 110 - 120 та. Юрак тонлари бўғиқ, систолик шовқин эшитилади. Лаблари ва тили қуруқ, қарашлар билан қопланган. Қорни пайпасланганда дами бор, сезгир, сигмасимон ичак пайпасланмайди. Жигар қовурғи равоғидан +1.0 см гача. Талоғи пайпасланмайди. Ичи 1 кеча - кундузда 6-10 марта кетган, суюқ, сариқ - қуқимтир, сийдиги келмаган.

Келган вақтидаги текширув натижалари.

- Коннинг умумий таҳлили: гемоглобин - 100.0 г/л, эритроцитлар -  $3.5 \times 10^{12}$  /л, ранг кўрсаткичи - 0.8, ретикулоцитлар - 2%, тромбоцитлар -  $189.0 \times 10^9$  /л, лейкоцитлар -  $6.8 \times 10^9$  /л, таёқчасимон нейтрофиллар - 4%, сегмент таёқча ядролилар - 47%, эозинофиллар - 2%, лимфоцитлар - 41%, моноцитлар - 4%, ЭЧТ - 10 мм/с.

- Сийдикни умумий таҳлили: оксил - abs, глюкоза - салбий, реакцияси -

ишқорий, эпителий - 2-4/1, лейкоцитлар - 2-5/1.

- Копрология: шиллик ва лейкоцитлар - топилмаган.
- Копрокультура: ичак инфекциялари гуруҳларига текширилганда 18.07.1998 й. I гуруҳ Хейберг бўйича сезгир НАГ — вибриони топилган, тетрациклин ва левомецитинга сезгир.

Анамнези, шикояти, клиник - объектив кўрик ва лаборатория маълумотларига асосланиб, якуний қуйдагича ташхис қўйилди:

НАГ - инфекцияси, гастроэнтеритик шакли, оғир кечиши.

Асорати: токсикоз ва эксикоз II даражали.

Хамроҳ касалликлари: камқонлик, гипотрофия I даражали.

Беморга касалхонага биринчи келган кунидан этиопатогенетик, дезинтоксикацион ва симптоматик даволар бошлаб юборилган. 10% ли глюкоза + калий хлорид 1.0 мл вена ичига, Рингер-Локка эритмаси вена ичига томчилаб қўйилди, бифидумбактерим, “Бектит - М” 1 пачкадан кунига 3 маҳал ичишга берилди.

Токсикоз белгилари тўхтатгандан кейин беморнинг уйқуси меъёрлашди, иштаҳаси очилди, бола фаоллашди, Тили тоза, нам, қорни юмшоқ, оғриқсиз, ахлати шаклланди, патологик қўшимчаларсиз, сийиши маромида.

Беморнинг шифохонадан чиқиш олди лаборатория таҳлиллари қуйдагича:

- Коннинг умумий таҳлили: гемоглобин - 94.0 г/л, эритроцитлар -  $3.2 \times 10^{12}/л$ , ранг кўрсаткич - 0.9, ретикулоцитлар - 3%, тромбоцитлар -  $170.0 \times 10^9/л$ , лейкоцитлар -  $6.0 \times 10^9/л$ , таёқчасимон нейтрофиллар - 5%, сегмент таёқча ядролилар - 55%, лимфоцитлар - 35%, моноцитлар - 3%, ЭЧТ - 5 мм/с.

- Сийдикни умумий таҳлили ва копрология: ўзгаришсиз.
- Назорат копрокультура: манфий.

Бемор уйига қониқарли аҳволда жавоб берилди. Беморнинг койка куни 11 кунни ташкил қилди. Бемор боладаги қондаги ЎМП кўрсаткичлари қуйдагича бўлди: 07/07/1998. - 0.042

12/07/1998.-0,020 мг/мл.

Келтирилган мисоллар болалардаги НАГ - инфекциясида БФҚ «Бектит - М» ни комплекс даволаш мақсадида қўлланилганда интоксикация синдроми маркёрларини меъёрига келтиради, деган хулосани яна бир қарра тасдиқлайди.

### ХОТИМА

01 махсус вабо зардоби билан агглютинация (ёпишқоқлик) реакцияси бермайдиган ва НАГ - инфекцияси номи билан юритиладиган ўткир диарея касалликлари Ўзбекистонда кенг тарқаган (С.Н. Бобоҳўжаев ва муал., 1999). Расмий маълумотларга кўра, республикада айтиб ўтилган хасталиклар билан йилига 500 дан ортиқ киши оғир экан. (С.Б. Шоумаров, 2000). Ушбу ҳолат НАГ - вибрионларининг ташқи муҳитдан, хусусан очик сув манбаларидан кўплаб ажратиб туриши билан тушунтирилади (К.Г. Васильев ва К. К. Васильев, 1997). НАГ - инфекцияси билан оғриган беморларнинг 90%ига яқинини болалар ташкил этар экан (А.Д. Аамов, 2003). Шунинг ҳисобга олган ҳолда биз болаларда кечаётган НАГ - инфекциясининг кўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра клиник - патогенетик таърифини ўрганишга қарор қилдик.

Кузатув остида НАГ - инфекцияси копрокультура ажратилиши билан тасдиқланган 130 та бемор бола бўлди. Уларнинг 82 таси (63.1%) ўғил болалар, 48 таси (36.9%) эса қиз болалар эканлиги аниқланди. Бемор болаларнинг ёши бўйича тақсимланиши куйидагича бўлди: 3 ёшгача- 91та (70.0%), 4-7 ёш -34 та (26.2%), 7-14 ёш - 5та (3.8%). Бемор болаларнинг 28 таси (21.5%) шаҳарда истиқомат қилувчилар, 102 таси (78.5%) эса қишлоқ шароитида яшовчилар эканлиги маълум бўлди.

Хасталикнинг биринчи куни 16 та (12.3%), иккинчи куни - 33 та (25.4%), учинчи куни - 42 та (32.3%), тўртинчи куни - 23 та (17.7%), бешинчи куни эса 10 (7.7%) та бемор болалар шифохонага ётқизилганлар. Касалликнинг олтинчи ва еттинчи кунлари ўз навбатида фақат 2 та (1.5%) ва 4 та (3.1%) бемор болалар шифохонага келиб тушганлар.

Беморларнинг 92 таси (70.8%) уй - маиший шароитида очик сув манбаларидан, 38 таси (29.2%) эса водопровод суvidан фойдаланишлари маълум бўлди. Бу эса болаларда НАГ - инфекциясининг тарқалишида сув омилининг етакчи эканлигини яна бир қарра тасдиқлайди.

НАГ - инфекцияси 101та (77.7%) болаларда ўткир, 29 тасида (22.3%) эса аста - секин бошланган. 14 та(10.8 %) болаларда НАГ - инфекцияси энтерит, 60 тасида (46.2%) гастроэнтерит, 39 тасида (30.0%) гастроэнтероколит, 17 тасида ( 13.1%) эса энтероколит клиник шаклларида кечган.

63 (48,5%) бемор болаларда НАГ - инфекцияси ўрта оғир, 67 (51.5%) тасида эса оғир кечган. Аксарият бемор болаларда дегидратация (терининг қуришлиги ва унинг тургорининг пасайганлиги, тилининг қуруқ қараш боғлаганлиги, ич кетиши) ва интоксикация (тана ҳароратининг кўтарилиши, кўнгил айнаши, қусиш, инжиқлик, безовталиқ, уйқунинг бузилиши)га хос клиник белгилар кузатилди. Кузатувда бўлган бемор болаларнинг умумий қон таҳлилида асосан, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг тезлашиши каби ўзгаришлар аниқланди.

Беморларда кечаётган НАГ - инфекциясининг касаллик кечиш оғирлиги, шакллари ва кўзғатувчининг биологик ҳусусиятларига кўра клиник кечишини ўрганиш қуйидагиларни кўрсатди. Ўрганилаётган нозологик шаклда диарея ва интоксикация синдромларига хос клиник белгилар ҳамда токсикоз ва эксикоз аломатлари касалликнинг оғир шаклида узоқроқ муддатда кузатилди. Болалардаги НАГ - инфекциясида хасталиқ касалликнинг гастроэнтероколит шаклида бошқа шакллар (гастроэнтеритик, энтеритик, энтероколитик) га кўра оғирроқ кечди. Бундан ташқари, болалардаги НАГ – инфекциясининг клиник кечиши кўзғатувчининг биологик ҳусусиятларига ҳам боғлиқ экан. Хейберг бўйича I гуруҳ, токсиген ва вирулентли ҳусусиятга эга бўлган НАГ - вибрионлари келтириб чиқарган ҳолларда касалликнинг оғирроқ кечиши кўрсатиб берилди. Шунингдек, биз томондан болаларда биринчи марта айтиб ўтилган биологик ҳусусиятга эга бўлган кўзғатувчилар келтириб чиқарган диареяларда трахеобронхит, сепсис ва ўткир буйрак етишмовчилиги аломатлари

кузатилганлигини таъкидлаб ўтишимиз лозим.

Инттоксикация синдроми болаларда кечаётган кўпчилик юқумли касалликларнинг кечиш оғирлигини белгилаб берувчи мезонлардан ҳисобланади (Г.А. Ибадова, 1998).

Қоннинг лейкоцитар формуласининг ўзгариши организмнинг инттоксикацияга нисбатан намоён бўлган табиий реакцияси деб қараш мумкин (Л.Ф. Скляр, 1990; А.С. Юсупов, 2002).

Юқумли касалликлар патогенезида эндоген инттоксикациясининг аҳамияти катта (Л.М. Бурмакова ва муалл., 1999). Эндоген инттоксикациясининг энг муҳим маркёрларидан бири ЎМП лар эканлиги тадқиқотчилар томонидан исботланган (Г.В. Римарчук ва муал., 1999).

УМП лар молекуляр массаси 500 дан 10 000 гача дальтон бўлган биологик фаол моддалардир. УМП лар эндоген ёки ташқаридан келиб тушаётган оксилларнинг метаболитик маҳсулоти деб қаралади (З.К. Эркабоев, 1997).

УМП ларнинг қондаги микдорининг меъёридан ошиши эндоген инттоксикациянинг белгисидир. Ушбу синамадан нафас олиш органлари касалликлари (О.Я. Яковлева, В.А. Сальтикова, 1989), ўткир дизентерия (Б.С. Нагоев ва муал., 1997), вирусли гепатитлар (Б.С. Нагоев ва муал., 1999), ич терлама (У.П. Набиева ва муалл., 2005), ўткир диареяларда (У.П. Набиева ва муал., 2003), касалликни прогноз қилиш, унинг кечиш оғирлигини баҳолаш имконини берадиган мезон сифатида фойдаланиш ҳақида таклифлар бор.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда биз болалардаги НАГ - инфекциясида касалликнинг кечиш оғирлиги, шакллари ва кўзғатувчининг биологик хусусиятларини инобатга олган ҳолда ИЛИ кўрсаткичлари ва қондаги ЎМП лар микдорини аниқладик.

Ўтказилган текширишларнинг натижалари шуни кўрсатадики, НАГ - инфекцияси билан оғриган болаларда инттоксикация маркерлари ҳисобланмиш ИЛИ ва қондаги ЎМП ларнинг концентрацияси касалликнинг кечиш оғирлиги ва кўзғатувчининг биологик хусусиятлари (Хейберг бўйича гуруҳларга тааллуқлиги,

токсигенлиги ва вирулентлиги) га боғлиқ экан. Эслатиб ўтилган синдромнинг энг юқори кўрсаткичлари инфекциянинг оғир кечган шаклида ҳамда Хейберг бўйича I гуруҳ, токсиген, вирулентли штаммлар ажратилган бемор болаларда аниқланди.

Юқумли касалликлар, жумладан НАГ - инфекциясида ИЛИ нинг ошиши эозинофилларнинг йўқлиги, нейтрофилларнинг ошиши, лимфоцитлар ва моноцитларнинг камайиши ҳамда етук бўлмаган плазматик хужайрадарнинг пайдо бўлиши билан боғлиқ. Анэозинофилия эозинофилларнинг қон оқимидан маҳаллий яллиғланиш ўчоқларига иммиграцияси ва уларнинг яллиғланиш реакцияларида иштироқ этиши билан тушунтирилади. Худди шундай хусусиятлар лимфоцитлар ва моноцитлар учун ҳам хосдир.

Айтиб ўтилган оқ қон таначалари сонининг камайганлиги организм иммун қобиляти даражасини пасайганлигидан ҳам далолат беради. Етук бўлмаган плазматик хужайраларнинг ишлаб чиқарилиши

эса токсинларни фаолсизлантирилишига қаратилган компенсатор реакциялар сифатида қараш мумкин (Г.А. Ибадова, 1998).

Болаларда кечаётган НАГ - инфекциясида ИЛИ нинг ошиши юқорида баён этилган механизмлар асосида рўй беради деб тахмин қилиш мумкин.

Кейинги изланишларда биз БФҚ “Бектит — М” нинг НАГ - вибрионларига бактерицид таъсирини ўрганишга оид тажрибалар ўтказдик. Ушбу мақсадга эришиш учун НАГ - вибрионларининг қуйидаги штаммларидан фойдаланилди: 862 (НАГ - инфекцияси билан оғирган бемордан ажратилган) ва 8143 (очиқ сув ҳавзасидан ажратиб олинган). Тажрибалар қуйидаги тартибда амалга оширилди. Дастлаб НАГ - вибрионларининг 1 млрд. микроб таначалари концентрацияси тайёрланиб, улар БФҚ “Бектит — М” нинг 1 мл эритмаси билан аралаштирилди. Аралашма 37°C ли термостат шароитида сақланиб, ҳар соатда (1,2,3,4,5,24) ишқорий агарга экилиб, НАГ - вибрионларининг яшаш қобиляти текшириб борилди. Вибрионларнинг бутунлай ҳалоқ бўлиши ёки ҳаёт фаолиятини сақлаб қолиши кайд этилди. Бирорта бир ўсган колония топилган тақдирда ҳам текширилаётган БФҚ нинг бактерицидлик фаолияти йўқ деб, баҳоланди.

Ўтказилган тажрибалар натижаси шуни кўрсатдики, НАГ - вибрионлари “Бектит — М” нинг 0.25% ва ундан юқори фоизли эритмаларига нисбатан юқори даражада сезгирликни намоён этган. Тажрибаларнинг биринчи соатидан бошлаб “Бектит — М” нинг турли эритмалари билан мулоқотда бўлган НАГ - вибрионларининг ҳалокати кузатилиб, ушбу факт айтиб ўтилган кўзғатувчиларнинг махсус озуқа муҳитида ўсмаганлиги билан тасдиқланади. Шуни таъкидлаб ўтмоқ даркорки, “Бектит — М” нинг бактерицид таъсири одамдан ҳам, ташқи муҳит манбасидан ҳам ажратиб олинган 01 бўлмаган вабо вибрионларига нисбатан намоён бўлган. Айтиб ўтилган “Бектит — М” нинг НАГ - вибрионларига нисбатан бактерицид таъсири унинг кислотали хусусияти билан боғлиқ, деб тахмин қилиш мумкин.

Кейинги текширишлар шуни кўрсатдики, БФҚ “Бектит — М” билан даволанган НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда интоксикация (инжиқлик, уйқунинг бузилиши, иситмалаш, кўнгил айнаш, қусиш) ва диарея (тилни караш бойлаши, қоринда оғрик, ич суюқ, аралашмалар билан келиши) аломатлари назорат гуруҳидан фарқ қилиб, статистик ишончли равишда камайган. Ушбу факт касалликнинг ҳам ўрта оғир, ҳам оғир шакли тасдиқланган бемор болаларга нисбатан қайд этилди. Фақат хасталикнинг ўрта оғир шаклида бемор болаларда тилнинг караш бойлаши каби клиник симптом бўйича иккала гуруҳ орасида статистик ишончлилик фарқ кузатилмади (ўз навбатида  $3.2 \pm 1.2$  ва  $2.7 \pm 0.9$  кун,  $P < 0.05$ ).

Амалга оширилган таҳлил шундан далолат бердики, назорат гуруҳида ҳам, даволаш гуруҳида ҳам гемограмманинг асосий кўрсаткичлари соғлом болаларга нисбатан кескин фарқ қилган. Иккала гуруҳ болаларида соғломларга кўра гемоглобин миқдорини ва эритроцитлар сонини статистик ишончли равишда паст эканлиги маълум бўлди. Айни пайтда гемограмманинг бошқа кўрсаткичлари (лейкоцитлар сони ва ЭЧТ) соғлом болалардан фарқ қилиб, статистик равишда юқори эканлиги аниқланди. Шу билан бирга назорат гуруҳида умумий базис терапия олган бемор болаларда гемограмма томонидан ижобий ўзгаришлар

кузатилгани йўқ ва аксинча даволаш гуруҳида гемоглобин миқдорининг ва эритроцитлар сонининг кўпайганлиги, лейкоцитлар сони ва ЭЧТ кўрсаткичларини эса камайганлиги аниқланди (кўрсаткичлар орасида фарқ ҳамма ҳолларда ҳам статистик ишончли равишда бўлди).

БФҚ “Бектит — М” дан 01 бўлмаган вабо вибрионлари сабаб бўлган диареяларни комплекс равишда даволаш бемор болалар қонида умумий оксил миқдорини оширди ва, аксинча мочевина ва креатининни концентрациясини камайтирди. Айтиб ўтилган биокимёвий кўрсаткичларнинг бундай ижобий динамикада ўзгариши даволаш гуруҳида назорат гуруҳига нисбатан ҳамма ҳолларда статистик ишончли равишда рўй берди. Шу билан бирга назорат гуруҳида эса базис даволаш мажмуасидан сўнг умумий оксил, мочевина ва креатинин кўрсаткичлари ўзгаришсиз қолганлигини кўрсатиб ўтиш лозим.

БФҚ “Бектит - М” нинг интоксикация синдромининг маркёрлари - ИЛИ ва қондаги ЎМП ларнинг миқдорига таъсирини ўрганишга бағишланган изланишлар натижалари қуйидагиларни кўрсатди. Айтиб ўтилган БФҚ билан даволаш болалардаги НАГ - инфекциясида интоксикация синдромининг маркёрларини статистик ишончли равишда пасайтирди. Масалан, даволаш гуруҳида ИЛИ муолажага қадар  $1.8 \pm 0.09$  бўлган бўлса, даволашдан сўнг  $0.4 \pm 0.04$  гача камайган ( $P<0.001$ ). Худди шундай натижалар қондаги ЎМП ларга нисбатан ҳам олинган: ўз навбатида,  $0.038 \pm 0.005$  ва  $0.019 \pm 0.001$  мг/мл,  $P<0.001$ . Шу билан бирга назорат гуруҳи беморларида умумий қайд қилинган базис терапиядан сўнг айтиб ўтилган синамалар кўрсаткичларининг юқорилигича қолганлигини таъкидлаб ўтмоғимиз даркор.

Олинган натижалар бизга қуйидаги хулосаларни имконини берди.

## **ХУЛОСАЛАР**

1. Болаларда НАГ - инфекцияси 48.5% ҳолларда ўрта оғир, 51.5% ҳолларда оғир кечиб, асосан гастроэнтерит (46.2%) ва гастроэнтероколит (30.0%) клиник вариантларда намоён бўлди.
2. Болаларда кечаетган НАГ - инфекцияси клиник жиҳатдан Хейберг бўйича I гуруҳ, токсиген ва вирулентли қўзғатувчилар сабаб бўлган ҳолларда оғирроқ кечади.
3. Биринчи марта болалардаги НАГ - инфекцияси касалликнинг оғир шаклларида ҳамда Хейберг бўйича I гуруҳга мансуб, токсиген ва вирулентли қўзғатувчилар келтириб чиқарган ҳолларда трахеобронхит, сепсис ва ўткир буйрак етишмовчилиги аломатлари билан кечиши кўрсатиб берилди.
4. Болалардаги НАГ - инфекциясида интоксикация синдромининг маркёрлари - ИЛИ ва қондаги УМП лар миқдори касалликнинг оғир шаклларида ва Хейберг бўйича I гуруҳга мансуб, токсиген ва вирулентли қўзғатувчилар келтириб чиқарган ҳолларда юқорироқ бўлди.
5. БФҚ “Бектит — М” нинг турли концентрацияли эритмалари (0.25% ва ундан юқори) НАГ - вибрионларига нисбатан бактерицид таъсир кўрсатди.
6. БФҚ “Бектит — М” ни НАГ - инфекцияси билан оғриган бемор болаларда комплекс даволаш мажмуасида қўллаш интоксикация ва диарея клиник симптомларининг давомийлигини камайтирди, гемограмма кўрсаткичларини меъёрлайди, қондаги умумий оқсил миқдорини оширади ва буйракларнинг ажратиш фаолиятини кучайтирди.

## **АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР**

1. НАГ — инфекцияси билан оғриган болаларда касаллик оғирлиги ва динамикасини баҳолаш учун ИЛИ ни ҳисоблаш ва қондаги УМП лар миқдорини аниқлаш мақсадга мувофиқ.
2. Болалардаги НАГ - инфекциясини даволашда муолажа комплексида БФҚ “Бектит — М” дан фойдаланиш тавсия этилади.

## Шартли қисқартмалар

БФҚ - биологик фаол қўшимча ЖССТ - Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти  
ИЛИ - интоксикациянинг лейкоцитар индекси  
НАГ - вибрионлари - 01 махсус вабо зардоби билан агглютинация  
(ёпишқоқлик) реакцияси бермайдиган вибрионлар.  
ЎМП - ўрта молекуляр пептидлар ЎИИ - ўткир ичак инфекцияси ЭЧТ –  
ритроцитлар чўкиш тезлиги

## ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЕТЛАР РЎЙХАТИ

1. Ахмедова М.Д., Бобохўжаев С.Н., Абидов А.А./ «Гемолитическая активность 01 и не 01 холерных вибрионов, выделенных от людей и из внешней среды в зависимости от водных бассейнов Узбекистана»./ Жур. Инфекция, фармакология и иммунитет. - 2004. - №1, С.-53-55.
2. Битюк А.В. «Об острых кишечных заболеваниях вызванных, НАГ-вибрионами //Врачеб. дело. - 1879. №8, С. - 114-116.
3. Бобохужаев С.Н., Алимов С.Г., «Антибиотикочувствительность холерных вибрионов 01 и не 01, выделенных из людей и из внешней среды в зависимости от водных бассейнов Узбекистана»./ Жур. Инфекция, фармакология и иммунитет. - 2004. - №1, С. - 55-58.
4. Бобохужаев С.Н. «НАГ инфекцияси билан оғриган беморларда модда алмашинувини бузилиши»./ Актуальную проблемм гигиенм, токсикологии, эпидемиологии и инфекционнмх заболеваний в Республике Узбекистан. - Тошкент - 2000. - С. 194-195.
5. Бобохужаев С.Н., Мирзаева М.Р., Облакулов А.Р. «НАГ - инфекцияси этиологияси, эпидемиологияси, клиникаси, ташхисоти, давоси ва профилактикаси»./ Услубий тавсияномалар. - Тошкент - 2000. - 14 бет.
6. Бобохужаев С.Н., Мирзаева М.Р., Окназаров Б.К. «Применение «Бектит - М» в лечение больных простыш вибриозом»./ Успехи и проблемм в изучение инфекционнмх болезней. - Андижан, - 2003. - С.-71.
7. Валиев А.Г. Каримова Ш.М., Ахмедова М.Д. «Современное состояние острых кишечных инфекций клиника, диагностика и прогноз»./ Инфекция, иммунитет и фармакологи. - 2004. - №1. - С. - 117-119.
8. Валиев А.Г., Каримова З.К., Мирисмоилов М.М. «Клиническая эффективность биологически активной добавки «Бектит-М» в комплексном лечении сальмонеллезной инфекций»./ Инфекция, иммунитет и фармакологи. - 2004. - №1. - С. - 83-86.
9. Валлааматов С.Т. «Результатм изучения диапазона изменчивости родовмх видов и некотормх других признаков ауксотрофнмх мутантов холернмх и НАГ -

вибрионов, индуцированных холерными мутагенами»// Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики кишечных и особо опасных инфекций. - Ташкент - 1985 вып. С. - 42-44.

Ю.Васильев К.Т., Васильев К.К. «Роль отечественных микробиологов в создании учения о неагглютинирующихся вибрионах»// ЖМЭИ. - 1991. - №2.-С.- 117-119.

11. «Вибрионы не 01 серологической группы и их значение в патологии человека»// А.Д.Адамов Г.Г.Онищенко, В.С. Панин./ ЖМЭИ. 2003. - №4.-С.- 120-122.

12. «Влияние магнитного - лазера на уровень среднемолекулярных пептидов у больных острым кишечным заболеванием»// З.К. Эркабоев, Р.Ц., Мавленходжаев И.А., Абдумавленова, Л.Л., Сольская и др./ Вопросы диагностики, лечения и профилактики важнейших инфекционных заболеваний и туберкулеза. - Ташкент, - 1997.-С.- 156-162.

13. Власов В.П., Монахова Е.В. «Молекулярное зондирование холерных вибрионов не 01 группы на наличие *vst*-гена человека»// Актуальные вопросы микробиологии, лабораторной диагностики и профилактики холер. - Ростов - на - Дону. - 1994. - С. - 144-147.

14. «Влияние магнитного - лазера на уровень среднемолекулярных пептидов у больных острым кишечным заболеванием»// З.К. Эркабоев, Р.Ц., Мавленходжаев И.А., Абдумавленова, Л.Л., Сольская и др./ Вопросы диагностики, лечения и профилактики важнейших инфекционных заболеваний и туберкулеза. - Ташкент, - 1997. — С. — 156-162.

15. «Временные методические рекомендации по лабораторной диагностике, клинике, лечению и профилактике острых кишечных заболеваний, называемых НАГ - вибрионов»// Л.Г. Воронежская, Е.А. Ведьмина, А.М. Зайденов, М.Н. Круглая и др./ Москва - 1979. - 13. с.

16. Ганин В.С., Пенигин А.Ф. , Урбанович Л.Я. «Итоги многолетнего изучения НАГ - вибрионов, выделенных на территории Сибири и Дальнего

Востока»./ В кн. Тезисы докл. предс. На науч. - практ. Конф. по актуальным вопросам проблем «Холера». Ростов - на Дону. - 1984. С. — 102-104.

17. Джалилов К.Д. «К эффективности рифампицина в терапии больных с острыми кишечными заболеваниями, обусловленными НАГ - вибрионами»./ Актуальный вопрос эпидемиологии, микробиологии, иммунологии и кишечных инфекционных заболеваний. Ташкент - 1978.-С.-230-231.

18. Джалилов К.Д., Зияев Ш.И., Зайцева Т.С. «Клинико-эпидемиологические особенности заболеваний, вызванных НАГ - вибрионами»./ Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций. Тезисы докладов симпозиума и заседания Всесоюзной проблемной комиссии. - Таллин. - 1978. С. - 318-320.

19. Дунаев Г.С. «Изучение патогенности и энтеротоксигенности НАГ - вибрионов»./ Автореферат дисс. канд. мед. наук Саратов, 1974. - С. 16.

20. Дунаев Г.С., Овчаренко Г.З., Ривкус Ю.З. «К вопросу о роли неагглютинирующихся вибрионов в этиологии острых кишечных заболеваний в Узбекской ССР»./ Мастер. VI науч. конф. противочумных учреждений Средней Азии и Казахстана - Алма-Ата.- 1975.- С. - 458.

21. Жуков - Вережников Н.Н., Мусабаев И.К., Завьялова Н.К. «Клиника, лечение и профилактика холеры»./ Ташкент - 1966. - изд-во, Медицина - 436 с.

22. «Заболеваемость ОКИ и частота выявления АГ и НАГ - вибрионов в Наманганской области»./ Д.Т. Худойбердиев, И.К. Казаков, И. Расулов, Д.З. Эргашев и др./ Актуальные вопросы инфекционной патологии. - Ташкент - 1994. - С.-150-152.

23. Зияев Ш.И., Зайцева Т.С., Савицкая Л.А. «Высеваемость холерных вибрионов из 01 группы из объектов окружающей среды и их роль в эпидемиологии острых кишечных заболеваний»./

Эпидемиологические аспекты экологии возбудителей опасных для человека инфекций. Сб. научных трудов. - Ташкент - 1987. - С. 11- 14.

24. Зайденов Т.С., Грачев Д.А., Мединский Г.М. «Заболевания остриями гастроэнтеритами, вызванные НАГ - вибрионами 47 серотипа»./ Вопросы сан. и

эпид. надзора. - Минск - 1979. С. - 20-25.

25. Зайцева Т.С. «Серологическая идентификация и фаготипирование холерных вибрионов не 01 групп, циркулирующих на юге Узбекистана»././ Дисс. канд. мед. наук. Ташкент - 1988. - С. - 131.

26. Зайцева Т.С., Джалилов К.Д. «К вопросу о токсигенности холерных вибрионов не 01 групп»././ Актуальные вопросы кишечных инфекций. - Ташкент - 1990. - С. - 199-201.

27. Зименко И.В. «Иммуноферментный анализ в лабораторной диагностике холерных вибрионов не 01 групп»././ Дисс. канд. мед. наук. - Ростов - на - Дону, 1990. - С. - 134.

28. Закинов А.К., Валиев А.Г., Далимов В.А., «Эффективность энтеросорбента «Бектит - М» в комплексном лечении больных детей со сальмонеллезом, вызванными полирезистентными штаммами»././ Инфекционные болезни проблемы и задачи. - Шахрисабз, 2003. - С. -51-53.

29. Иноятова Ф.И., Асилова М.У. «Эффективность энтеросорбента «Бектит - М» в комплексном лечении больных диареей и острой дизентерией Флекснера»././ Педиатрия - 2003. №3. - С. - 61-64.

30. Инжеватова М.В. «Холерогенные свойства неагглютинирующихся вибрионов»././ Материалы Республиканского совещания по итогам борьбы холерой в УзССР в 1996-1972 гг. - Ташкент - 1972. С. - 241 - 243.

31

Ибадова Г.А. «Внутрисосудистая лазеротерапия в комплексном лечении сальмонеллеза у детей раннего возраста»././ Автореф. дисс. докт. мед. наук. - Ташкент - 1998. С. - 33.

32. «Изучение чувствительности НАГ - вибрионов к антибиотикам»././ И.П. Андрусенко, И.К. Александрова, В.И. Ермаков и др./ Антибиотики. 1982. Т. 27 - №2. С. - 126-129.

33. «Изучение ультраструктур энтеропатогенных и непатогенных НАГ - вибрионов»././ И.П. Андрусенко, В.В. Лобанов, В.И. Ермаков и др./ Острые кишечные инфекции/ Ленинград НИИ эпид. и микробиол. -1980. вып. 4.-С.-48-

122.

34. Каримова З.К. «Полирезистент сальмонелла штамлари чакирган экспериментал сальмонеллез хасталигида биологик фаол кушимча “Бектит-М” ни сорбцион ва бактерицид хусусиятлари»./ Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2004. - №2. - С. - 122-124.

35. Каримова Ш.М., Валиев А.Г. «Особенности клиники и диагностики острых кишечных инфекций в современных условиях»./ Инфекционные болезни проблемм и задачи. - Шахрисабз, 2003. - С. -62-63.

36. «Клинико лабораторная эффективность биологически активной добавки «Бектит - М» в комплексном лечении больных бактериальной дизентерией»./ М.К. Тоиров, А.Г. Валиев, И.Б. Мухамедов, Д.Н. Долимов./ Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2004. - №2.-С.- 140-144.

37. Кальной С.П. «Ускоренная лабораторная индикация антигенов возбудителей особо опасных инфекций и технические устройства для ее обеспечения»./ ЖМЭИ. - 2003. - №2. - С. - 51-57.

38. «К вопросу о роли холерных вибрионов не 01 групп (НАГ - вибрионов) в этиологической структуре острых кишечных инфекций в Узбекистане»./ В.Г.Середин, С.М.Мухамедов, М.В. Инжеватова и др./ Ростов - на - Дону. - 1998. С. - 282-283.

39. «К эпидемиологическому расследованию массового вибрионосительства в психиатрической больнице, обусловленного холерными вибрионами, не относящихся к 01 группе (НАГ - вибрионам)»./Ш.И. Зияев, Е.Ю. Кочеровская, Р.К. Шадманов и др./ Эпидемиологические аспекты экологии возбудителей опасных для человека инфекций. - Ташкент- 1987. - С. - 14-16.

40. «Клинико - эпидемиологическая характеристика \* отдельных и контролируемых случаев НАГ - инфекций, зарегистрированных в городе Ташкенте в 1976 - 1980 гг.»./Ш.И. Зияев, Я.Г. Пулатов, О.Я. Якубов и др./ Актуальные вопросы эпидемиологии и профилактики особо - опасных инфекций. - Ташкент - 1985. - С. - 39-41.

41. Мазрухо Б.Л., Круглов В.Д., Ишина Е.В., Авдеева Е.П. «Динамика

выделения и биологические свойства культур холерных вибрионов 01 и 0139 серогрупп, выделенных из поверхностных водоемов и сточных вод на территории г. Ростов - на - Дону»// ЖМЭИ. - 2003. - №2,-С.- 12-16.

42. Мединский Г.М., Воронежская Л.Г., Сомова А.Г. «Диарейные заболевания, вызываемые холерными вибрионами не 01 серогруппы»// Актуальные вопросы микробиологии, лабораторной диагностики и профилактики холерм. - Ростов - на - Дону - 1985. - С. - 276-279.

43. Милютин В.М., Сомова А.Г., Медицинский Г.М. и др. «НАГ - вибрион серовара 2, вызвавший генерализованную инфекцию»// ЖЭМИ. - 1982. - №3. - С. - 24-25.

44. Мирзаева М.Р., Облакулов А.Р., Бобохужаев С.Н. «Бухоро вилоятида вибрионлар бўйича эпидемик ҳолат»// Актуальные проблемы экстрагенитальных заболеваний. - Бухара - 1999. - С. - 174-176.

45. Могилевский Л.Я., Луплева Э.И., Игнатенко В.А. «Эпидемиологическая характеристика заболеваний, вызванных НАГ - вибрионами»// Тез. докл. представленных на научно - практической конференции по актуальным вопросам проблем «Холера». - Ростов - на - Дону. - 1984. - С. - 106-107.

46. Мустафаев Х.М., Ривкус Ю.З., Бахрамова Р.А. «Современные принципы мониторинга холерм в Узбекистане»// Ташкент - 1999. - Изд-во. мед. литературы имени Абу Али Ибн Сино. С - 97.

47. Мухамедов С.М., Стогова А.Г. «Некоторые особенности вибрионов Эль-Тор, выделенных в Узбекистане в постэпидемический период»// Противоэпидемическая задача населения. - Москва - 1974. - вып. 19.-С.-252-257.

48. Мирзаев Д.А. «Современные аспекты острых диарей у детей клиника и лечения при острой почечной недостаточности»// Автореф. дисс. канд. мед. наук - Ташкент. - 2004. - С. - 22.

49. Мирзаев Д.А., Ибадова Г.А. «Характер осложнений при острых кишечных инфекциях у детей в современных условиях»// Успехи и проблемы в изучении инфекционных болезней. - Андижан - 2003. - С. - 79-80.

50. Набиева У.П., Касимов И.А., Колтон В.А. «Сравнительные аспекты

определения СМП у детей, больных брюшным тифом»// Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2005. - №3. - С. - 33-36.

51. Набиева У.П., Худойбергана У.А., Авазова С. «Значение определение средних молекул в плазме крови при острых диареях у детей»// Успехи и проблемы инфекционных болезней. - Алдижан^ 2003. - С.- 82.

52. Ниязатов Б.И. «Актуальные проблемы инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан»// Юкумли касалликлар борасидаги ютуқлар ва муҳокамалар. - Андижон. - 2003. - С. - 4-6.

53. «О заболеваемости жителей Узбекистана диареями вибрионной этиологии»// С.Б. Шоумаров, А.Х. Хамидов, М.М. Ганиев, И.Ж. Умаров и др.// Жур. Инфекция, иммунитет и фармакология. - 1999. - №1.-С.-92-93.

54. «О распространении неагглютинирующихся вибрионов среди людей и выпе окружения»// И.В. Ермольева, З.В. Ермольева, И.Н. Жуков- Вережников, А.М. Зайденов и др./ ЖЭМИ. - 1971. - №1. - С. - 52-55.

55. «О роли НАГ - вибрионов в этиологии острых желудочно - кишечных заболеваний»// Х.Х. Атауллаев, И.И. Исмаилов, С.М. Мухамедов, М.К. Шарипов и др./ Материалм республиканского совещания по итогам борьбы с холерой в УзССР в 1966-1972 гг. Ташкент - 1972. - С. - 93-99.

56. «Острые желудочно-кишечные заболевания, вызванные неагглютинирующимися вибрионами»// Розевых М.В., Пунская И.Г., Святой В.И. и др./ Здравоохранение Туркменистана. - 1998. - №1. - С.-27-30.

57. Покровский В.И., Ермольева З.И., Лазунина Л.Н. и др. «Клиника и лечение заболеваний, вызванных НАГ - вибрионами»// ЖЭМИ, - 1974.-№12. С.- 70-72.

58. Пхамнадзе Н.Г., Сакварелидзе Л.А., Каунтадзе Т.К. «Изучение чувствительности выделенных на территории Грузинской ССР НАГ - вибрионов к фагам»// в кн.: мат. Всесоюзного симпозиума, посв. 50- летию Тбилисского НИИ вакцин и сывороток. - Тбилиси - 1984. - С. -70-71.

59. Подосинникова А.С., Вороняжская Л.Г., Лобанова Л.И. «О циркуляции

холерных вибрионов на территории СССР в 1978-1999 гг.».// Холера вопросы эпидемиологии, микробиологии и лабораторной диагностики. - Ростов - на - Дону. - 1992. - С. - 67- 71.

60. «Применения биологической активной добавки “Бектит - М” в профилактика и лечении диарейных заболеваний».// Б.И. Ниязатов, М.Д. Ахмедова, А.Г. Валиев, С.Н. Бобохужаев и др./ Информационное письмо. - Ташкент - 2002. - 5 с.

61. «Патогенность холерных вибрионов в зависимости от их гемолитической активности».// Ю.З. Ривкус, Т.С. Зайцева, Е.Ю. Кочеровская, С.М. Мухамедов./ Актуальные вопросы инфекционной патологии. - Ташкент - 1999. - С. - 52-55.

62. Раджапов Т. «Распространение, сезонная динамика и диагностика неагглютинирующихся вибрионов в Узбекистане».// Дисс. на соискание учен. степ. канд. мед. наук. - Ташкент - 1972. - С. - 178.

63. «Распространение НАГ - вибрионов различных сероваров среди людей и в объектах внешней среды в Кыршской области».//А.Б. Хайтович, Г.Ф. Мицкевич, Г.М. Головский и др./ Жур. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 1980. - №6. - С. - 89-92.

64. «Распространенность ОКЗ, вызванных ИАГ - вибрионами 1 группы Хейберга в Украинской ССР в 1970 - 1974 гг. ».// В.В. Алексеенко, Е.В. Доброштан, А.В. Мажетова и др./ Кишечные инфекции. - вып. №9. - Киев - 1997. - С. - 120-123.

65. «Распространение неагглютинирующихся вибрионов среди населения Гулистанского района в 1970 г.».// М.С. Усманходжаев, Б.Н. Нурматов, А.Ф. Бойкулов и др./ Материалы республиканского совещания по борьбе с холерой в УзССР в 1966 - 1972 гг. - Ташкент - 1972. -С.- 98-99.

66. Ривкус Ю.З., Зайцева Т.С., Кочеровская Е.Ю. «Гемолизин третьего типа, продуцируемый патогенными вибрионами».// Актуальные проблемы гигиены, токсикологии, эпидемиологии и инфекционных заболеваний в Республике Узбекистан. - Ташкент - 2000. - С. - 144.

67. Скирда Г.И., Андрусенко И.Т., Ермолов В.И. и др. «Биологические свойства холерных Эль-Тор и НАГ вибрионов. Острые кишечные инфекции»./ Ленинград НИИ Эпидемиологии и микробиологии. - 1980. С. — 115-118.

68. «Свойства НАГ - вибрионов, выделенных из объектов и из внешней среды»./ М.Т. Андрусенко. И.К. Александрова., В.И. Ермолов и др. / Микробиологический журнал. - 1989. - Т - 44. №2. - С. - 43-46.

69. Семиотрочев В.Л., Цитцер А.О. «Гемолизин холерного вибриона 01 - токсин, вызывающий острые кишечные расстройства у людей»./ Материалы регионального совещания противочумных учреждений по эпидемиологии, эпизоотологии и профилактики особо - опасных инфекций. - Куйбышев. - 1990. - С. - 192-195.

70. Семиотрочев В.Л. «Анализ данных по обнаружению у людей холерных вибрионов, гемолизирующих эритроцитов овцы»./ Организация эпид. надзора при чуме и меры ее профилактики. - Алма - Ата. - 1992. - С. - 451 -454.

71. Семиотрочев В.Л., Хасанов М.П., Шоумаров С.Б. «Закономерность эпидемиологических проявлений холеры в Центральноазиатских республиках СНГ при завозе ее из зарубежья»./ Мед. Жур. Узбекистана. - 1998. - №1. - С. - 74-75.

72. «Серологическое типирование ELAT- вибрионов, циркулирующих на территории Узбекской ССР»./ Ш.И. Зияев, Л. А. Савицкая, С.А. Хусанова и др. / Методические рекомендации. - Ташкент - 1980. С. - 10.

73. «Серологическое типирование холерных вибрионов не 01 группы, циркулирующих в открытых водоемах Ташкентской области»./

Ш.И. Зияева, Р.А., Бахрамова, Е.Ф. Буракова, Ш.И. Лебедева и др. - Актуальные вопросы острых кишечных инфекций. - Ташкент - 1993. -С.-59-62.

74. Семиотрочев В.Л., Адилов Д.А., Дмитриевская Т.А., Усманходжаев М.С./ «Клинический диагноз острых желудочно - кишечных расстройств, обусловленных холерными вибрионами с неодинаковыми биологическими свойствами»./ Методические рекомендации. Ташкент- 1985. - 12 с.

75. «Синдром эндогенной интоксикации при язвенной болезни желудка,

двенадцатиперстной кишки и желчнокаменной болезни»././ Клиническая лабораторная диагностика. - 1999. - №2. - С. - 11-13.

76. «Токсигенность НАГ - вибрионов, изолированных от больных и носителей»././ М.Н. Гайлонская, Э.В. Жукова, В.М. Разовых, Т.А. Бурлаченко./ Жур. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 1992. - №8. - С. - 54-56.

77. Тураев Н.А. «Эпидемиологическая характеристика заболеваний, вызванных АГ и НАГ - вибрионами и совершенствование мер борьбы с ними в Сурхандарьинской области»././ Автореферат канд. мед. наук. - Ташкент - 1998. - С. - 20.

78. Усманходжаев М.С. «Особенности эпидемиологии холеры и проблемы ее профилактики в Узбекской ССР»././ Дисс. канд. мед. наук. - Ташкент, - 1987.- С. - 171.

79. Хайтовия А.Б. «Фагодиагностика вибрионов не 01 групп»././ Мат. Всесоюзного симпозиума, посвящ. 60 летию Тбилисского НИИ вакцин и сывороток. - Тбилиси. - 1984. - С. - 259-261.

80. Хакимов М.М., Шоумаров С.Б., Бабаходжаев С.Н. «Клинический диагноз диарей, вызываемых гемолитически активными вибрионами, принципы их лечения»././ Актуальный вопрос инфекционной патологии. - Ташкент - 1999. - С. - 122-127.

81. Хакимов М.М., Шоумаров С.Б., Бабаходжаев С.Н. «О патогенности и клинике острых диарей, вызываемых гемолитически активными вибрионами»././ Актуальный вопрос инфекционной патологии./ Ташкент - 1999. - С. - 118-121.

82. «Холера вызванная токсигенным штаммом V. cholerae 0139»././ Е.Ю. Кочеровская, М.М. Хакимов, Ю.З. Ривкус и др./ Актуальный вопрос инфекционной патологии. Ташкент- 1995. С. - 164-165.

83. Худойбердиева М.М., Бабаходжаев С.Н., Мавлянова Д.С., «Особенности клинического течения НАГ - инфекций»././ Вопрос диагностики, лечения и профилактики важнейших инфекционных заболеваний и туберкулеза»././ Ташкент- 1997. - С. - 144-146.

84. Хусаинова С.А., Сомова А.Г., Воронежская Л.Г. «К вопросу серологической идентификации НАГ - вибрионов, выделенных на территории Узбекской ССР»././ Эпидемиология, диагностика и профилактика инфекционных и инвазивных заболеваний»././ Кишинев - 1982. - С. - 140-141.

85. Чумаченко В.Д. «Этиологическое значение различных фаготипов неагглютинирующихся вибрионов, циркулирующих на территории Каракалпакской АССР»././ Современные аспекты эпиднадзора за особо - опасными инфекциями». - Алма-Ата. - 1990. С. - 202-203.

86. Шагинян И.А., Гойлонская И.Н., Бондаренко В.М. «Характеристика термостабильного энтеротоксина НАГ - вибриона»././ ЖЭМИ. - 1980. №6.-С.-71-76.

87. Шарапова О.К., Могилевский Л.Я., Лунина А.Я. «Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний, вызванных НАГ - вибрионами»././ Тезисы докл. пред. на науч. проект конф. по актуальным вопросам профилактики холеры - Ростов - на - Дону. - 1984.-С.- 109-110

88. Шахмаев Я.А. «К вопросу о роли НАГ - вибрионов в этиологии острых кишечных заболеваний»././ Актуальные вопросы кишечных и зоонозных инфекций. -Ташкент. - 1979. -С. - 113-114.

89. Шоумаров С.Б. «Узбекистон аҳолиси уртасида кузатилаётган вибриоз касаллигининг эпидемиологияси туғрисида»././ Актуальные проблемы гигиены, токсикологии, эпидемиологии и инфекционных заболеваний в Республики Узбекистан. - Ташкент - 2002. - С. - 126.

90. Шоумаров С.Б. «Характер заболеваемости вибриозом (НАГ - инфекций) в Узбекистане»././ Инфекция, иммунитет и фармакология. - 1999. -№1.-С. -89-91.

91. Шоумаров С.М., Хакимов М.М., Миртазаев О.М. «Эпидемиология диарей, вызываемых в Узбекистане холерными вибрионами не 01 серогруппы»././ Эпидемиология и инфекционные болезни. - 1997. №6.-С.- 27-29.

92. Шуркина И.И. «Дальнейшее усовершенствование серологической идентификации НАГ - вибрионов»././ Профилактика особо - опасных инфекций. - Саратов. - вып. 2. - 1976. - С. - 53-58.

93. «Экология, эпидемиология и профилактика холерм»./Т.И. Искандаров, М.М. Хакимов, Ш.Ш. Шавахабов, В.Л. Семиотрочев, Х.М. Мустафаев./ Ташкент - 1996. - 92 с.
94. Юсупов А.С. «Клинико - патогенетические особенности вирусного гепатита В у детей на фоне хронического пиелонефрита»./ Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Ташкент, - 2002. - С. - 18.
95. Яковлева О.Я., Сальтцова А.В. «Определение средних молекул при заболеваниях органов дыхания»./ Врач. дело - 1989. - №6. - С. - 73- 74.
96. Якубов О.Я., Зияев Ш.И., Хусаинова С.А. «Характеристика неагглютинирующихся вибрионов, выделенных на территории Узбекской ССР за 1972-1975 гг.»./ Актуальные вопросы1 бактериальных инфекций. - Ташкент - 1978. - С. - 43-47.
97. Adams J.B., Henk M.C., Siebeling R.J. "delection of Vibrio cholera with monoclonal antibodies specific for serovar 01 lipopolysacharide". Clin, microbiol. - 1998. - Vol. - 26. №9. - P. - 1801 -1809.
98. Abdukadir S.A. "Cholera and cholera - like diseases: sohytly differences in gefereity". U. Luel. Hypotheses. - 1991. - Vol. 34, №3. P. 278-28.
99. Avolavali Z.K., Laznichova E. Stepankova. Enterutus outbreak in Czechoslovakiz./ J. Infect. Dis. - 1968. - 118. - P. - 25-31.
100. Bums K.D., Juracu J, Meshthyre R 20, non- 01 vibrio cholera sepficemis associated with a motor - vechivent./ Can Ned Assoc. - 1989. -Vol. 40. P.- 1334-1336.
101. Dakin W.P.H., Nowel D.J. Sutton R.G.A. Olreelyetial gastroenteritis clue to non - asslutinable (non cholera) vibrios - Med. J. Australia. - 1974. - V. - 2. №3 - P. - 487-490.
102. Dunler J.S., Osterhond G.J., Jpangler J.G. Vibrio cholera non serogroup 01 cistitis./ J. Clin. Microbiol. - 1989. V. - 27. №8. - P. 1898- 1899.
103. Eridence that a non 01 vibrio cholera produced enterotoxin that is similar but non identical to cholera enterotoxin./ Jamamoto K., Takela T., Phuwatain T., Craig J.P./ Infect immunol. - 1983. V. - 41. - №3. - P. - 896-901.
104. Jarib F., garib V. Immunomodulin a new prospective immunocorrection.

Tashkent, 1997.

105. Kenyon J.E., Gillies D.S., Piexot D.R. *Vibrio cholerae* (non - 01) isolated from California cosmobiol - 1983. V. - 45. - №5. - P. - 1232- 1233.

106. Kumar S., Snorenstein M.2, Niven N. non - 01 *vibrio cholerae* gastroenteritis in northern California.// West. J.Med. - 1984. V. - 140. - №4. -P.- 783-784.

107. Gregnough W.B., Beneson A.S. On: Proc. Cholera of the Research Symposium Nono lulu - Washington - 1965 - P. 200.

108. Non - 01 *vibrio cholerae* in Thailand with cloned cholera toxin gwnes/nanchalay S., Jeriwalan J., EchverraP.,// Clin. Microbiol - 1985. V. -21. - №2.- P.-288-289.

109. Non -01 *vibrio cholerae* henlysin: purification patriot characterization and immunological relatedness to Eltorhenolysin.// Jamomoto K., Al-Oman M., Nonda T. et. all.// Infect. Immunol - 1984. V. - 45. - №4.-P.- 192-196.

110. Non - 01 *vibrio cholerae* lacterimid: case and rewiew/ Safrin SH., Morris., J.G.Adams.// Per. Infect. Dis- 1988. V. - 10. - №5. - P. - 1012- 1017.

111. Pianterieri G., Pederali G., cafarelli A. Isolanentolsignificated *Vibrio cholera* NAG.// T. Bacterid. Virol. Immunol. - 1982. V. - 75. - №1-6.-P.- 126-134.

112. Peterson M, Jemson,-Smith P.P. De la Maza L.M. Chole cystis. Its coccurence with cholera thiasis associated with non - 01 *Vibrio cholerae*.// Arch.Lab.Med. - 1982. V. - 106. - №6. - P. - 300-301.

113. Rahman M., Sack D.A., Mahmood S., hassan A. Rapid diagnosis of cholerae by Co agglutination last using 4-h fecal incrichmentcultures. I. Clin.Microbiol. - 1997. V. - 25. - №11. - P. - 2204-2206.

114. Toxin profiles *vibrio cholerae* non - 01 from environ mentaesources in Calcutta.// Mir G.R., Takeda J., Ghosh A.// App. Environ Microbiol. - 1988. V. - 54. - №12. - P. - 3180-3182.

115. Stepenkova E., Pictovo J., Alorola E., Pamichovo K. Non cholera *vibrio* czolava epidemic ckutnejgastroenteriticy. - Ceskost. Epiclemid. Microbial. Immunol. - 1968. V. - 16. - №5. - P. - 304-312.

116. Jamammoto K. [Structures and biological profesties of enterotoxin and

hemolysin of non 01 vibrio cholera] Nippon SaingakuZasshi. - 1988. V.-43. - №2.-P.-537-549.

117. Jon M. holola T. Niwatumi T. Cimprasion of semolysine of vibrio cholerae non 01 and Vibrio cholerae with thermostable direct hemolysin of vibrio parahaemolyticus.// Can J. Microbiol. - 1988. V. - 34. - №12. - P. — 1321-1324.

118. Miller C.J., Foxall P.A., Harrison T.J. Vibrio cholerae hemolysin genetic construction and biotype.// Biochem. Soc. Trans. - 1988. V. - 16. - №4.-P.-638-639.

119. McIntyre O., Feely J., Grenough W. Diarrhea caused by non cholera vibrios.// Beer J. Trop. Med of Myg. - 1965. V. - 14. - №3. - P. - 412-418.

120. Mac. Rae S.N., Olenentis T., Horan J.M. Non -01 vibrio cholera isolated from cases of human diarrhoea.// Bull. Wicl. Neth. Org. - 1965. V. - 32. - №5.-P.-627-632.

121. Mastan V., Vrbola L., Kerolak J. Hemolytic activity vibrio cholerae non-01. - Cask. Epiclemid. Microbiol. Immunol. - 1984. V. - 33. - №6. - P.- 332-337.

122. Vibrio cholerae non -01 isolated from five people with diarrhea in Lima.// Kay B.A., Jack R.B., Sprina W.M. et. al.// Lancet. - 1984. V. - 1. - №8370.-P.-218.

123. Wintron J.A. case of non -01 vibrio cholerae bacterina Northern Europe.// J. Infect. Dis. - 1989. V. - 160. - №4. - P. - 732.

124. Azakaki T., Ichinoy J., Jamamoto K., Iwagana M. [Hemolysin production by vibrio cholerae non -01 and 01 Eltor Determined by biological and immunological activities] KansenshogakuZasshi. - 1988. V. - 62. - №2.-P.-792-797.

125. Zucchi Z. Relation entre le pouvoir pathogene et l'environtoxinogene des vibrios cholériques non-01. ARCH. Inst. Pasteur. Alger. - 1989.- V.56.-P.- 15-22.

## МУНДАРИЖА

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Шартли қисқартмалар                                                                   | 4  |
| Кириш                                                                                 | 5  |
| <b>БИРИНЧИ БОБ</b> - Адабиётлар шарҳи                                                 | 9  |
| 1.1. НАГ — инфекцияларининг патогенези, клиникаси, ташхиси ва даволаш масалалари      | 9  |
| 1.2. Диарея касалликларини даволашда “Бектит - М” биологик фаол қўшимчадан фойдаланиш | 21 |
| <b>ИККИНЧИ БОБ</b> - Тадқиқот материали ва услублар                                   | 24 |
| 2.1. НАГ — инфекцияси билан оғриган бемор болаларнинг умумий клиник таърифи           | 24 |
| 2.2. Тадқиқот усуллари                                                                | 31 |

|                                                                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>УЧИНЧИ БОБ</b> - Болаларда кечаётган НАГ — инфекциясининг касаллик кечиш оғирлиги, шакллари ва қўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра клиник кечиши                                                                           | 36 |
| <b>ТЎРТИНЧИ БОБ</b> - Болаларда кечаётган НАГ — инфекциясида касалликнинг кечиш оғирлиги, шакллари ва қўзғатувчининг биологик хусусиятларига кўра интоксикациянинг лейкоцитар индекси ва қондаги ўрта молекуляр пептидларнинг миқдори | 53 |
| <b>БЕШИНЧИ БОБ</b> - Болаларда кечаётган НАГ — инфекциясида биологик фаол қўшимча “Бектит-М” нинг даволаш мажмуасидаги клиник—патогенетик самараси                                                                                    | 65 |
| Хотима                                                                                                                                                                                                                                | 81 |
| Хулосалар                                                                                                                                                                                                                             | 89 |
| Амалий тавсиялар                                                                                                                                                                                                                      | 90 |
| Фойдаланилган адабиётлар рўйхати                                                                                                                                                                                                      | 91 |

