

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

FARG‘ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

«TASDIQLAYMAN»

Sog‘liqni saqlash vazirligi

ilmiy texnik kengashi raisi

_____Sh.K.Atadjanov

«____» _____ 2026 y.

**“OIV infeksiyasida opportunistik infeksiyalarning o‘ziga xos
xususiyatlari”
(monografiya)**

Farg‘ona-2026

Bobojonova Nilufar Ismoilovna

UDK: 616.98:578.828

**OIV infeksiyasida opportunistik
infeksiyalarning o'ziga xos
xususiyatlari.**

Monografiya. Farg'ona. 116 bet.

Ushbu monografiyada tibbiyot soxasida o`qiyotgan bakalavr, magistratura va klinik ordinaturada taxsil olayotganlarga, shuningdek, Oliy ta`limdan keyingi ta`lim oluvchilarga mo`ljallangan bo`lib, xozirgacha muommoligigacha bo`lib qolayotgan shifoxona ichi infeksiyalari haqida ham ma`lumot berilgan.

Mazkur monografiyada Yiringli-yallig`lanishni keltirib chiqaruvchi mikroorganizmlar haqida, ularni laborator tekshirish usullari, kasalliklar turlari, bakteriologik, bakterioskopik tekshirish usullari haqida ma`lumotlar keltirilgan. Xozirdagi xayotda uchraydigan tashuvchanlik holatlari ham yoritilgan.

Taqrizchilar:

Rasulov F.X.

Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Mikrobiologiya, virusologiya va immunologiya
kafedraasi mudiri, t.f.n., dotsent.

Abdumutalova E. S.

Farg'ona viloyat OITSga qarshi kurashish
markazi bosh vrachi PhD,

KIRISH

OIV infeksiyasining yer yuzida keng tarqalishi insoniyat uchun katta xavf tug'dirmoqda va dunyo taraqqiyotiga jiddiy tahdid solmoqda.

Yer kurrasida OIV infeksiyasi qayd etilmagan birorta ham mamlakat qolmadi. Keyingi 5 yilda Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyo davlatlarida OIV epidemiyasining faollashuvi kuzatilmoqda. OIV infeksiyali bemor umrining oxirigacha virusni yuqtirish xavfini saqlab qolishi, virusning genetik o'zgaruvchanligi (mutatsiya) tufayli dunyo bo'yicha kasallikni oldini oladigan samarali vaksinatsiyaning yo'qligi, kasallik asosan nosog'lom turmush tarzini olib boruvchi va tartibsiz jinsiy hayot kechiruvchi shaxslar orasida tarqalishi va ular bilan samarali kurashish imkoniyatining murakkabligi, OIV infeksiyasining tarqalishini butunlay to'xtatib qo'yadigan chora-tadbirlarni dunyo bo'yicha ishlab chiqilmaganligi, kasallikni chaqiruvchi virusga samarali ta'sir etuvchi davolash vositalarining hozircha topilmaganligi epidemiyaning keng tarqalishiga zamin yaratmoqda. Giyohvandlikka berilish, tartibsiz jinsiy aloqaga kirishish, kasallikni yuqtirish va undan himoyalaniş yo'llarini bilmaslik kasallikning tarqalishida asosiy rol o'ynamoqda.

Davolash-profilaktika muassasalarida sanitariya-gigiyena, dezinfeksiya va epidemiyaga qarshi kurash tadbirlariga e'tibor susayganligi, ko'pchilik davolash-profilaktika muassasalarining sanitariya-gigiyena qoida va me'yorlariga to'g'ri kelmasligi, tibbiy xodimlar tomonidan bu qoidalarni buzish holatlari, shifoxona xodimlarining OIV infeksiyasi va uning profilaktikasi sohasidagi bilim saviyalarining yuqori emasligi, OIV infeksiyasining shifoxona ichida tarqalishiga sabab bo'lmoqda. Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyo mamlakatlarida epidemiya yildan-yilga kuchayib, yangi hududlarni qamrab olmoqda. YUNEYDS ma'lumotlari bo'yicha 2008-yilda Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyo mamlakatlarida OIV yuqtirib olgan odamlar 1,5 million kishini tashkil etgan. Zararlanganlarning 70 foizini 30 yoshgacha bo'lgan yoshlar tashkil etadi. Oxirgi 5 yil ichida esa, Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyo hududlarida OIV bilan zararlanganlar orasida ayollar salmog'i keskin oshmoqda. Yuqorida bayon etilgan

ma'lumotlar sog'liqni saqlash amaliyotida nazariy va amaliy jihatdan takomillashgan kuchli tibbiyot xodimlariga ega bo'lishning nihoyatda muhim ekanligini ko'rsatadi. Zero, tibbiyot xodimlari o'zlarini ham va ularga murojaat etayotgan bemorlarni ham OIV infeksiyasini yuqtirib olishdan himoya qilishlari lozim. Bundan tashqari OIV infeksiyasini yuqtirgan bemorlarni parvarishlash va ularni davolash bo'yicha bir qator zarur bilimlarga ega bo'lishlari shart.[Razvitiye epidemiya SPIDa YUNEYDS-2009]

OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlar kasallikning klinik belgilari namoyon bo'lgan vaqtda ruhiy va jismoniy yuklamalarni berish tartiblari hamda organizmdagi CD-4 hujayralari sonini o'zgarishi, opportunistik infeksiyalar qo'shilgan vaqtda OIV bilan kasallangan bemorlarni yakka tartibda ta'lim olishi va yashash muhitini o'zgartirishi muhim ahamiyat kasb etadi.[T.O.Daminov , L.N.To'ychiyev., 2011;]

I BOB.

1.1. OIV infeksiyasi etiologiyasi va patogenezini

80-yillarning boshlarida OITS faqat gomoseksualistlar uchungina xos bo'lgan kasallik deb gumon qilingan. Keyinchalik bu kasallik nafaqat gomoseksualistlarda, balki bir necha bor qon va qon mahsulotlarini olgan kishilar, tartibsiz jinsiy aloqada bo'lganlar, giyohvand moddalarni igna orqali qabul qiluvchilar ya'ni turli guruhdagi kishilarda uchrashi mumkinligi aniqlandi.

1983-yilda Paster instituti (Fransiya) professori rahbarligida OITSning erta namoyon bo'ladigan limfadenopatiya sindromi bo'lgan gomoseksualistning limfatik tuguni hujayralaridan retrovirus ajratib olindi. 1985-yilda virusga OIV - odam immunotantqislik virusi deb nom berildi. Retroviruslar oilasi 3 ta guruhdan iborat:

1. Onkoviruslar; 2. Lentiviruslar; 3. Maymun va odam ko'pikli viruslari.

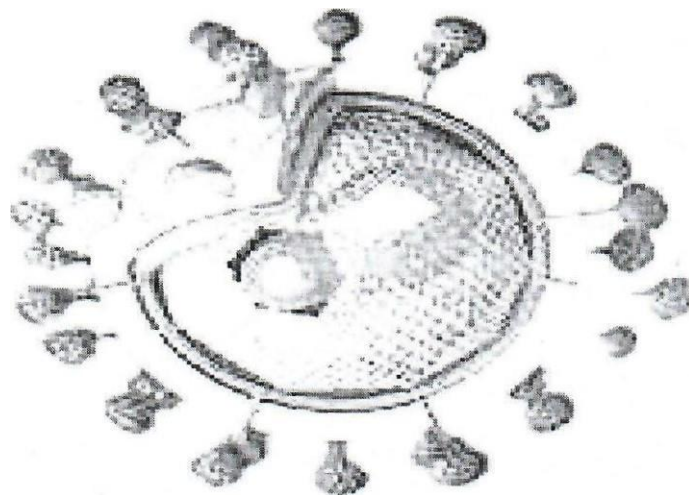
OIV yuqtirilgan vaqtdan boshlab kasallikning belgilari paydo bo'lgungacha uzoq (bir necha yil) muddat vaqt o'tishi inobatga olinib, u lentiviruslar guruhiga kiritildi. "Lenti" so'zi "asta-sekin", «узоқ» muddat" degan ma'nolarni anglatadi.

Kasallik qo'zg'atuvchisi odam immunotantqislik virusi - OIV hisoblanadi. Bu oilaga oid viruslarning farqli xususiyati qaytalama transkriptaza fermenti yordamida matriks sintezini «тезкари» ya'ni RNK dan DNK tomon yo'naltirish xususiyatidir, shuning uchun bu viruslar - retroviruslar deb nomlanadi. Bu oilaning limfatik tizimi hujayralariga transformatsiyali ta'sir ko'rsatadigan yana ikkita virusi

(1 va 2-chi tipdagi ^GG-limfotrop viruslar) inson uchun patogen hisoblanadi. OIV-2 ning strukturasi OIV-1 ga nisbatan shimpanze immunotantqislik virusi - SIV ga juda yaqin.

OIV-1 ning strukturasi.

Bu 100 nm ga yaqin diametrli shar shaklidagi mayda virus bo'lib, uning yuzasi tikonsimon o'simtalar bilan qoplangan.



1-rasm. OIVning tuzilishi.

Virionning o'zagi uning deyarli butun diametrini egallaydi, markazida esa virus genomini tashkil qiluvchi ikki molekulalar

RNA joylashgan. Virus yoki virionning ichki qismi (nukleokapsid) va matriks (asosiy qismi) qobiq o'simtlarini hosil qiluvchi gp160 molekulasining parchalanishi natijasida hosil bo'lgan ikki subbirlikdan iborat lipid (yog') qavati (qobiq glikoproteidi gp) bilan o'ralgan. Gp160 nishon hujayralarning CD4 retseptorlari bilan birikish xususiyatiga ega. OIV-1 ning qobig'idagi glikoproteid hujayradan po'stlanish davrida hosil bo'ladi, u mohiyatiga ko'ra hujayra membranasining bir bo'lagi hisoblanadi, ammo virion tarkibida virus glikoproteidi sifatida nomlanadi. Endopeptidaza ta'sirida qobiqdagi gp160 dan gp120 va gp41 glikoproteidlari hosil bo'ladi.

OIV-1 ning genomi,

OIV-1 virioni tarkibida doimo "plyus-zanjir" nomli ya'ni virus oqsilini kodlaydigan ikkita bir xil bo'lgan RNA molekulasi joylashgan. Boshqa barcha retroviruslar qatori OIV-1 da ham quyidagi genlar mavjud:

1. Ichki oqsillarni kodlaydigan gag (group-specific antigen).
2. OIV-1ning uchta fermentini kodlaydigan va uning rivojlanishi uchun zarur bo'lgan pol (polymerase).

gp120 va gp41 qobiq oqsillarini kodlaydigan env (envelope).

Bundan tashqari OIV-1 genomi strukturali bo'lmagan oqsillarning tat, rev, vif, nef, va vpu genlariga ega.

RNK molekulasining ikkita uchida bir-birini навбатлашувини takrorlaydigan, hech qanday oqsillarni kodlamaydigan va "uchlarida uzun takrorlar" (long terminal repeats, LTR) nomli strukturalar joylashgan. Matriks RNK hujayralariga o'xshagan holda OIV-1dagi

RNK ham molekulaning 5'-uchida (cap) ga va 3'-uchida poliadenil "dum" ga ega. Har bir bo'lakchanning tarkibida kam miqdorda RNKning yana bir turdagi teskari transkriptaza davrida zarur bo'ladigan molekulasi joylashgan, bu transport (tRNK)dir.

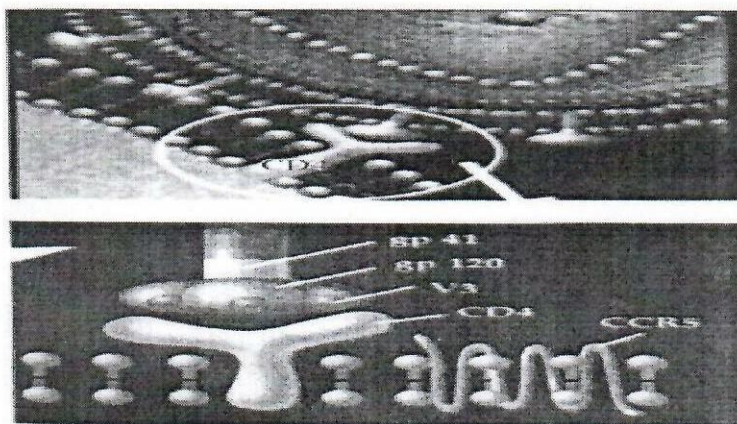
OIV-1 ning hayot sikli.

Har qanday biologik obyekt kabi OIV-1 da ham ikkita asosiy vazifa mavjud: yashab ketish va nasl qoldirish. Yashab ketish uchun virusga ko'p sonli sirtmoqlardan o'tishga to'g'ri keladi: individual virus genomi darajasida - hujayra ichiga tushganda nobud bo'lmaslik uchun; umumiy intilishda viruslarning populyatsiyasi darajasida - egasining immun tizimi ta'sirida nobud bo'lmaslik uchun uni "aldash". Bu holatda "son bilan emas, balki epchillik orqali" yondashishga to'g'ri keladi, mana nima uchun OIV-1 ning deyarli har bir oqsili bir vaqtning o'zida yoki ketma-ketlik bilan bir necha xil vazifani uddalay olishga qodir. Shunday qilib, hujayradagi viruslarning ko'payish jarayoni tinimsiz himoya omillari va natijalarni saqlab qolish jarayonlari bilan bog'langan, virus bularning har birini katta qiyinchilik evaziga amalga oshiradi.

OIV-1 ning hayot sikli bu nishon-hujayraning zararlanishidan to virus nasli hosil bo'lgunigacha bo'lgan davrdir. Bu jarayonni quyidagi bosqichlarga bo'lish mumkin:

1. Virusning hujayra retseptorlariga birikishi. OIV-1 ning gp120 oqsili egasi hujayrasi membranasidagi CD4-retseptor va CCR5/CXCR4 koretseptorlar bilan o'zaro ta'sirlashadi. (2-rasm) Organizmda CD4 hujayralarning asosiy vazifasi II sinf (MHC-II) gistomuvofiqlik antigenlari bilan o'zaro ta'sirlashish. CD4-retseptorlar T-xelper limfotsitlar, monotsitlar, makrofaglar, mikroglia, Langergans, dendrit va boshqa hujayralar yuzasida joylashgan. Aynan shu hujayralar OIV uchun

organizmda asosiy nishon hujayralar hisoblanadi; ular vazifalarining buzilishi yoki uning parchalanishi tufayli immunotaniqlik rivojlanadi. Gp120 yuza glikoproteini CD4-рецепторлар билан умумий ўхшашликка эри



2-rasm. Virusning hujayra retseptorlariga birikishi

OIV dr120 glikoproteinining CD4-xujayra retseptorlari bilan birikishi. Gp120 birikkanidan keyin dr41 ning gidrofob uchlari xujayra membranasiga kiradi va spirallanadi, natijada virus zarrasi bilan xujayra yuzasi qo‘shiladi.

2. OIV-1 yuza antigenlarining konformatsiyasi o‘zgarishi va ikki membrananing birikishi. dr41 ning CD4-xujayralarga ekspressiyasi ko‘p yadroli sinsitiylar shakllanishiga va hujayralarning o‘limiga olib keladi;

Z. "Virusning yechinishi." Virus DNKsi kapsid va nukleokapsid oqsillaridan ozod bo‘ladi;

4. Virus RNKsining qaytarma transkripsiyasi egasi hujayrasi ichida OIV-1 ning qaytarma transkriptaza fermenti ishtirokida sodir bo‘ladi va virus genomining nusxasi vujudga keladi, keyinchalik u yadroga kirib egasi-hujayrasining genomiga birikadi. Avval virus RNKsi bir zanjirli DNKga aylanadi, keyinchalik esa ikki zanjirli DNK shakllanishi uchun DNKning komplementar ipi hosil bo‘ladi.

5. DNKning xujayin xujayra yadrosiga migratsiya (translokatsiya)si - preintegratsiyalangan majmua tarkibida ilk yadro membranasini orqali kiradi. Provirus egasi-xujayrasida latent yoki faol shaklda bo‘lishi mumkin. Faol shakli virus genamlari transkripsiyasi va virusning replikatsiyasi uchun matritsa hisoblanadi. Tinch holatdagi xujayralarda qayta transkriptaza jarayoni samarasizdir, chunki hosil bo‘lgan provirus DNKsi turg‘un bo‘lmaydi va egasi-xujayrasi

genomiga birika olmaydi. Shunday qilib, virus genomi ekspressiyasi virus va xujayra omillariga bog'liq. Integraza DNK iplarini har birining uchini shunday qirqadiki, natijada ularning uchlarida bog'lanish nihoyasi paydo bo'ladi. So'ngra integraza OIV DNK iplarini egasi-xujayrasining yadrosiga o'tkazadi.

6. Integraza yordamida OIV DNKsining egasi-xujayrasidagi xromosoma DNKsiga integratsiyasi (botib kirishi). Shu paytdan boshlab integratsiya qilingan OIV DNKsi, provirus DNKsi deb yuritiladi.

7. RNKning xujayra fermenti polimeraza ishtirokida provirus DNKsining transkripsiyasi (ma'lumotning o'qilishi) integratsiyadan keyin (provirus genomining latent holati) kuzatilishi mumkin. Xujayraning faollashuvi provirus DNKsining informatsion OIV RNKsiga transkripsiyasini aktivlashtiradi.

8. OIV-1 RNKsining yadrodan egasi-sitoplazmasiga o'tishi. Bu jarayonda - birikmagan ("butun") mRNK alohida ahamiyatga ega, ular keyinchalik virionlar genomiga aylanadi.

9. Xujayra fermentlari ishtirokida virus bloklarining hosil bo'lishi. RNK sitoplazmaga o'tganidan keyin yangi virus bloklari:

strukturali proteinlar, enzimlar, glikoproteinlar va boshqaruvchi proteinlar shakllanadi.

Proteaza uzun proteinlarni mayda qismlarga bo'ladi. Bu bosqich yangi viruslarning yuzaga kelishi uchun juda muhimdir.

10. Virus oqsillarining yig'ilishi, tashib o'tilishi, qadoqlanishi va yangi virionlarning shakllanishi. Virusning ikkita RNK zanjiri replikatsion enzimlar bilan birga yig'iladi va yangi virus kapsidi shakllanadi.

11. OIV-1 ning proteaza fermenti ishtirokida virus zarrachalarining kurtaklanishi va yetilishi, Yetilmagan kapsid so'ngra qobiq bilan o'raladi va yuza glikoproteinlar hosil qilgan holda egasi-hujayrasidan chiqadi. Virus yetildi va endi u egasining boshqa hujayralarini shikastlashga tayyor.

OIV replikatsiyasi immun tizimni izdan chiqargan holda kasallikning avj olishiga sabab bo'ladi va bir kunda milliard martalab sodir bo'ladi. Bu jarayon uchun OIV-1 sarflaydigan vaqt 2 soatni tashkil qiladi; har bir zararlangan hujayra

virus kirgan vaqtdan to o'zining o'limigacha bo'lgan vaqt ichida 250 taga yaqin yangi virionlarni shakllantirishga ulguradi. OIV-1 ning bunchalik yuqori mahsuldorligining asosiy sababi uning rivojlanish strategiyasi va taktikasi bilan chambarchas bog'liqdir.

Virusning hayot siklidagi barcha bosqichlari antiretrovirusli (ARV) preparatlar bilan davolash uchun imkoniyat hisoblanadi.

Epidemiologiyasi.

OIV infeksiyasi epidemiologik nuqtai nazardan antroponoz hisoblanadi, bu infeksiyaning yuqish manbai faqat OIV yuqtirgan odamdir. OIV yuqtirganlarning limfoid hujayralari tashqi muhitda quritilganda bir necha kunlarda virusning faolligi yo'qoladi. Hujayradan tashqari suyuqlikda odam qon zardobi qo'shilgan holatda quritilganda virus 23-27 °S haroratda 7 kundan keyin faolsizlanadi. Suyuq muhitda 23-27 °S haroratda virus faolligini 15 kun, 36-37 °S da - 1 kun davomida saqlaydi. Quyish uchun mo'ljallangan qonda virus yillar davomida faolligini yo'qotmaydi, muzlatilgan zardobda esa uning faolligi 10 yilgacha saqlanadi. OIV dezinfeksiyalovchi moddalar va ultrabinafsha nurlar ta'sirida tez nobud bo'ladi; 56° S dan yuqori haroratda virus faolligini 30 daqiqadan keyin yo'qotadi.

OIVning yuqish yo'llari quyida:

1. Jinsiy yo'l (gomo- va geteroseksual kontakt). Dunyoda 35% ga yaqin infeksiya jinsiy yo'l bilan yuqqan. OIV infeksiyasi yuqtirgan kishining spermasi, undagi limfotsitlar va monotsitlar, qin ajratmasi va bachadon bo'ynining shilliq ajratmalarida ko'p uchraydi. Anal jinsiy aloqalarda OIVning yuqish xavfi ancha yuqori hisoblanadi. Bu jinsiy aloqa vaqtida to'g'ri ichak shilliq qavatining shikastlanishi mumkinligi bilan izohlanadi, bunda virus bevosita qonga kiradi. Shu bilan birga virus zararlanmagan to'g'ri ichakning nozik shilliq qavati orqali ham kirishi mumkin, natijada u va shilliq osti qavatida joylashgan Langergans hujayralarini zararlaydi. Jinsiy a'zolarining teri va shilliq qavatlaridagi yarali zararlanishlar OIV yuqish xavfini oshiradi va uning uchun kirish darvozalari hisoblanadi. Jinsiy a'zolarining yarasiz shikastlanishi bilan birga bachadon bo'yni silindrsimon epiteliylarining ektopiyasi ham OIVni jinsiy yo'l bilan yuqishi uchun

sharoit yaratadi. Hayz vaqtidagi jinsiy aloqalarda ikki sherik uchun ham OIV yuqish xavfi yuqori bo'ladi.



3-rasm. Parenteral yo'l

Oral jinsiy aloqalarda ham infeksiya yuqish xavfi mavjud, lekin u anal va vaginal aloqalarga nisbatan kam xavfga ega.

2. Parenteral yo'l (qon va boshqa biologik suyuqliklar orqali). OIV infeksiyasining giyohvand moddalarni igna orqali qabul qiluvchilar orasida tarqalishi bugungi kunda OIVning asosiy yuqish yo'llaridan biri hisoblanadi. Bu guruhda infeksiya (Z-rasm) yuqish xavfining yuqoriligi qon bilan zararlangan igna va shpritslardan umumiy foydalanishga bevosita bog'liq. Infeksiya yuqish xavfi giyohvand moddalarni igna orqali uzoq vaqt davomida qabul qilganlar va OIV keng tarqalgan joylarda yashovchilar orasida ancha yuqori. OIV bilan zararlangan qonni quyish 90-100% hollarda infeksiya yuqishiga sabab bo'lishi mumkin. Nafaqat qon, balki eritrotsitar, trombotsitar va leykotsitar massalar, yangi muzlatilgan qon zardobi ham infeksiya manbai bo'lishi mumkin. OIV yuqish xavfi, ayniqsa qonning VIII va IX ivish omillarini quyishda ancha yuqori. Bular gemofiliya bilan og'rigan bemorlarga o'rin bosuvchi davolash tarzida qo'llaniladi. Bu mazkur preparatning ko'p miqdordagi donor qoni namunalaridan tayyorlanishi bilan bog'liq. Termik ishlovdan o'tkazilganligi bois immunoglobulinlar orqali infeksiya yuqish xavfi birmuncha kam.

Sterillanmagan shpris, igna va tibbiy buyumlarni ko'p marta ishlatilishi OIV infeksiyasi tarqalishining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Parenteral yo'l orqali tibbiy va klinik laboratoriya xodimlari infeksiya yuqtirishi mumkin. Muolaja xonalari yoki laboratoriyalarni tozalovchi xodimlar ham OIV yuqqan material bilan kontaktda bo'lishi mumkin. Ish vazifasini bajarish teshuvchi yoki kesuvchi

buyumlar bilan bog'liq bo'lsa, infeksiya yuqish xavfi oshadi. O'tkir buyumlar bilan ishlashning turli bosqichlari - ish jarayonida bevosita foydalanish, ish tugagandan keyin, chiqindilarni yo'q qilish, zararlangan yoki mustahkam bo'lmagan konteynerlardan foydalanishda ham yuzaga kelishi mumkin. Ichi teshik bo'lgan igna orqali OIVning yuqish xavfi juda yuqori hisoblanadi. Boshqa ignalar, masalan jarrohlik ignalari orqali infeksiya yuqish xavfi nisbatan past. Ayniqsa OITS bosqichidagi bemorning qoni yuqori virusli yuklamasiga egaligi va virus virulentligining balandligi tufayli juda yuqumli hisoblanadi.

Tibbiyot xodimlarining in'yeksiya xavfsizligi qoidalariga rioya qilmasliklari, ya'ni muolaja vaqtida tibbiy rezina qo'lqoplardan foydalanmaslik, ishda dezinfeksiya qoidalariga rioya qilmaslik, ishlatilgan shpris va ignalarni to'g'ri usulda xavfsiz yo'q qilmaslik va boshqalar ularning o'zlari hamda patsiyentlariga infeksiya yuqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Z OIVning onadan bolaga yuqishi. OIV infeksiya yuqtirgan onadan bolaga vertikal (homiladorlik va tug'ruq vaqtida) va gorizontal (ko'krak suti bilan emizganda yoki sog'ib olingan ko'krak suti bilan boqilganda) yo'llar bilan yuqishi mumkin. OIVning infeksiya yuqtirgan onadan bolaga o'tish xavfi tug'ruq jarayonida juda yuqori bo'ladi. Bu ko'rsatkich o'rtacha 60% ni tashkil qiladi.

OIV yuqishida onaning sog'ligi ham katta ahamiyatga ega. Homilador ayolda xorioamnionit bo'lganda mazkur infeksiyaning yuqish xavfi yanada oshadi. Chekish va giyohvand moddalar qabul qilish fetoplatsentar qon aylanishining buzilishi orqali infeksiya yuqishiga bilvosita ta'sir ko'rsatadi. OIVning vertikal yuqish darajasi platsentaning vaqtdan ilgari ajralishi va qon ketishda yuqori bo'ladi. Cho'ziluvchan (12 soatdan ortiq) tug'ruqlarda va uzoq (4 soatdan ortiq) vaqt davom etadigan suvsiz davrda ham infeksiyaning yuqish xavfi oshadi. Tug'ruq jarayonida homilaning ona qoni bilan ko'proq kontaktda bo'lishiga sabab bo'ladigan invaziv muolajalar va chaqaloqni invaziv monitoringi, tug'ruqlarning asorati OIV yuqtirish xavfini oshiradi.

Barcha ajratmalardagi kabi infeksiya yuqtirgan onaning og'iz suti va ko'krak sutida ham OIV aniqlangan. Ko'krak bilan ovqatlantirishda OIV yuqish xavfi 7%

dan 22% gacha kuzatiladi. Uzoq (6 oydan ortiq) vaqt ko'krak bilan ovqatlantirish, onada kuchli immunodepressiya holati, yuqori virusli yuklama va A gipovitaminozda bu ko'rsatkich yanada oshadi.

OIV infeksiyasini yuqtirgan kishilarning deyarli barcha ajratmalarida, jumladan so'lak, ko'z yoshi, siydik, najas va terda uchrashi bilan birga, bu biologik suyuqliklarning zararlanmagan teriga tushishi natijasida infeksiya yuqishi isbotlanmagan.

1.2.OIV INFEKSIYASINING KLINIK BOSQICHLARI VA KECHISH XUSUSIYATLARI

OIV yuqtirib olganlarning 50-90%da birinchi 3 oyida o'tkir OIV infeksiyasi ro'yxatga olinadi. Odatda, o'tkir infeksiyaning boshlang'ich davri serokonversiyadan oldin namoyon bo'ladi, shu sababli birinchi klinik belgilar yuzaga kelganda bemorning qon zardobida oqsil va OIV glikoproteidlariga nisbatan antitanachalar topilmasligi mumkin. O'tkir infeksiya bosqichida SD4 limfotsitlar sonining tranzitor pasayishi kuzatilishi mumkin.

O'tkir OIV infeksiyasi turli hil klinik simptomlar ko'rinishida namoyon bo'lishi mumkin. Eng ko'p uchraydigan belgilar - limfa tugunlarining kattalashuvi, isitma, faringit, teri va shilliq qavvatlar (urtikar, papulez, petexial) toshmalaridir. Ba'zan jigar va taloqning kattalashuvi, diareyaning namoyon bo'lishi kuzatiladi. Ayrim xolatlarda atipik meningit rivojlanib, meningial sindromlar bilan kechadi, biroq miya ichki bosimi yuqori bo'lsa ham, likvorda vizual va tsitologik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Kam xollarda serozli meningit rivojlanadi.

O'tkir OIV infeksiyasining klinik ko'rinishi qizamiq, qizilcha, infeksiyon mononukleznı eslatgani uchun, uni bazan "mononukleozsimon sindrom", "qizilchasimon sindrom" deb ataydilar. O'tkir OIV infeksiyali bemor qonida yirik donachali limfotsitlarning (mononuklearlar) paydo bo'lishi infeksiyon mononukleozga o'xshashligini oshiradi. O'tkir OIV infeksiyali bemorlarning 15-30%da mononukleozsimon yoki qizilchasimon klinik ko'rinishlar bilan kechadi. Ko'pchilik bemorlarda yuqorida keltirilgan simptomlarning 1-2tasi qo'shib keladi. Ba'zi bir bemorlarda autoimmunli o'zgarishlar yuzaga keladi..

O'tkir OIV infeksiyali bemorlarning 10-15% da SD4 limfotsitlarning pasayishi va immuntanqislik holatining rivojlanishi natijasida turli etiologiyali ikkilamchi kasalliklar (angina, bakterial zotiljam, kandidozlar, gerpetik infeksiya va boshqalar) yuzaga keladi. Bu o'zgarishlar odatda kuchsiz namoyon bo'luvchi, qisqa muddatli bulib, davolash yaxshi samara beradi, ammo og'ir kechishi (kandidozli ezofagit, pnevmotsistli zotiljam) va o'lim bilan tugashi mumkin. O'tkir OIV infeksiyasining klinik ko'rinishi davomiyligi bir necha kundan bir necha oygacha, odatda 2-3 haftagacha namoyon bo'ladi. Limfa tugunlarining kattalashuvi bundan istisno bo'lib, kasallikning oxirgi davrigacha saqlanishi mumkin. O'tkir OIV infeksiyasining klinik ko'rinishi qaytalanib turishi mumkin.

OIV yuqtirish xavfi yuqori bo'lgan guruhlar.

1. Xavfli jinsiy muloqotlarda bo'lgan kishilar:

- jinsiy aloqada bo'ladigan sheriklari ko'p bo'lgan kishilar;
- jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklari bo'lgan, ayniqsa jinsiy yo'llarning shilliq pardalarida yarali o'zgarishlar bo'lgan kishilar;
- alkogol va giyohvand moddalar qabul qiladigan kishilar;
- hayz vaqtida jinsiy aloqa qiladigan ayollar;
- homiladorlik vaqtida jinsiy aloqa qiladigan ayollar;
- anal jinsiy aloqa qiladigan kishilar;
- prezervativlardan foydalanish ko'nikmasining yo'qligi.

2. Qon, qon mahsulotlari, tana a'zolari va boshqa biologik materiallar retsiptiyentlari.

3. Giyohvand moddalarni igna orqali qabul qiluvchilar.

4. Pirsing va tatuirovkaga ruju qo'ygan kishilar.

5. O'zaro qon aralashtirish udumlaridan foydalanadigan kishilar.

6. OIV infeksiyasi ko'p tarqalgan hududlardagi tibbiyot xodimlari.

Immunopatogenezi. Virus hujayraga kirishdan oldin hujayra yuzasiga birikishi lozim. Bu birinchi zaruriy shart hisoblanadi. Olimlarning aniqlashicha, OIV faqat

yuzasida maxsus CD4 retseptorlari bo'lgan hujayralargagina birika oladi. Bu retseptor va virusning gp120 antigeni qulf-kalitday bir-biriga mos keladi.

OIV infeksiyasida epidermis yuzasida OIV bilan zararlangan CD4 retseptorlari bo'lgan Langerhans hujayralari aniqlanadi. OIVning in vitro yuqishiga follikulyar dendrit hujayralar, megakariotsitlar, eozinofillar, astrotsitlar, oligodendrotsitlar, mikrogliya hujayralari, CD8-T-limfotsitlar, V-limfotsitlar, buyrak kanalchalaridagi va bachadon bo'yni epitelial hujayralari, hazm yo'llaridagi shilliq pardalar hujayralari, o'pka fibroblastlari, kardiomiotsitlar, so'lak bezlari epitelial hujayralari, ko'z to'r pardasining pigment epiteliysi, prostata bezi, buyrak usti bezlari hujayralari va boshqalar moyildir.

Shunday qilib, CD4-retseptor va gp120ning bog'liqligi virionlar qobig'ining va CD4-hujayralar membranasining strukturali o'zgarishlar silsilasini tashkil qiladi. Bu o'zgarishlar virionlar

Sog'liqni saqlash amaliyotida qo'llaniladigan antiretrovirus terapiya opportunistik kasalliklarni davolash, hayot davri va sifatini oshirishga, kasallik asoratlarini kamaytirishga qaratilgan.

Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti OIV infeksiyasining klinik bosqichlarini quyidagicha tavsiflaydi: OIV infeksiyasining o'tkir shakli

1-klinik bosqich 2-klinik bosqich 3-klinik bosqich

4-klinik bosqich

OIV infeksiyasining o'tkir isitmali davri: Yashirin davrdan keyin 50-80% OIV yuqtirganlarda o'tkir retrovirusli serokonversiya belgilari rivojlanadi.

Umumiy intoksikatsiya simptomlari: holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qusish, yuqori nafas yo'llarining kataral o'zgarishlari, faringit, diffuz eritematoz toshmalar, limfatik tugunlarining kattalashuvi, ich ketishi, mialgiya va artralgiya, tana ~~azizini~~ haroratining pasayishi bilan kechadi.

Markaziy asab tizimining vaqtincha ishdan chiqishi (bosh og'rig'i, periferik nevropatiya: yelka pleksopatiyasi, mononevrit, mononevropatiya, orientatsiya va xotiraning yo'qolishi, aseptik meningoensefalit, o'tkir qaytalanadigan ensefalopatiya) kuzatilishi mumkin.

CD-4 limfotsitlarning tranzitor kamayishi og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardalarining yarali zararlanishi, qizilo‘ngach va jinsiy a‘zolar kandidozi bilan kechishi mumkin.

O‘rab oluvchi temiratkini filtrlanuvchi virus chaqiradi. Kasallik o‘tkir o‘tadi, og‘riq va isitma bilan kechadi;

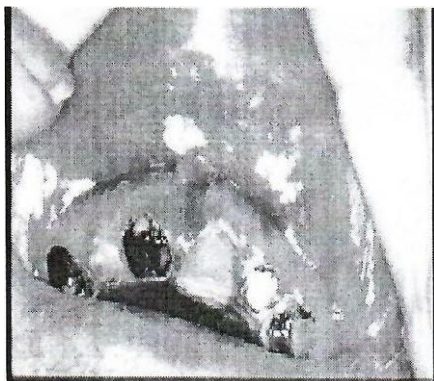
Periferik nerv tolalari bir tomonlama jarohatlanadi, ko‘pincha qovurg‘alararo nervlar jarohatlanib, nerv tolalari yo‘nalishi bo‘yicha toshma toshib, og‘riq bezovta qiladi.

O‘ta shishgan, qizargan shilliq pardada hosil bo‘lgan pufakchalar tezda yorilib, hajmdor eroziyalar hosil qiladi va uning yuzi fibroz pardalar bilan qoplanadi.

Kam quvvatli, og‘ir xastalikka uchragan bemorlarda kasallikning gangrenoz turi uchraydi, kasallikni ushbu turida toshmalar o‘rnida yaralar hosil bo‘lib, chandiq qoldiradi. Qamrab oluvchi temiratki o‘zidan so‘ng immunitet qoldirib, qaytarilish kuzatilmaydi. Ammo immunitetning pasayishi bilan kechadigan kasalliklarda (OITS, o‘sma, leykoz) qamrab oluvchi temiratki qaytarilishi va tarqoq turga o‘tishi mumkin.

III klinik bosqich. Tilning tukli leykoplakiyasi; Bir oydan ortiq kelib chiqishi noma‘lum bo‘lgan diareya (ich ketish); Og‘iz bo‘shlig‘ining qaytariluvchi stomatiti (oxirgi 6 oyda ikki va undan ko‘p marta); Og‘ir bakterial infeksiyalar (zotiljam, yiringli miozit, meningit, plevra empiyemasi, suyak va bo‘g‘imlar infeksiyasi); O‘tkir yarali nekrotik kasalliklar (stomatit, gingivit, periodontit).

Tukli leykoplakiya - til epiteliysi hujayralarida Epshteyn-Barr virusining yuqori replikatsiya darajasi bilan bevosita bog‘liq. U tilning yon tomonlarini oq burmalar yoki bo‘rtmalar shaklida epiteliylarni zararlashi bilan xarakterlanadi. Jarayon til orqasiga tarqalishi mumkin va shpatel yordamida olinmaydi, og‘riq kuzatilmaydi. Yakuniy tashxis qo‘yish uchun molekulyar gibridlash yordamida virusni topish talab qilinadi. Nekrotik gingivit va periodontit ko‘p uchraydigan bakterial infeksiyaning asoratlaridan biridir. Klinikasida milklarda og‘riq paydo bo‘lishi, qon ketishi, og‘izdan badbo‘y hid kelishi, milk yuzasida qizil aylana dog‘ hosil bo‘lishi, milk to‘qimasining yarali yoki nekrotik shikastlanishlari kuzatiladi.



4-rasm. Tukli leykoplakiya

Zotiljam bakterial zararlanishlar orasida eng ko‘p uchraydi. Bakterial zotiljamda tana haroratining ko‘tarilishi, balg‘am ajralishi bilan kechadigan yo‘tal, namli xirillash, o‘pkaning rentgenologik manzarasida zichlashish kabi belgilar kuzatiladi.

IV klinik bosqich. O‘pka sili; O‘pkadan tashqaridagi sil; OIVga asoslangan kaxeksiya sindromi (Tana vaznining 10% dan ortiq kamayishi); Pnevmonsistli zotiljam; Qaytalanuvchi og‘ir yoki rentgenologik tasdiqlangan bakterial zotiljam; Sitomegalovirusli retinit (yoki ko‘r qiluvchi); Bir oydan ortiq diareya bilan kechuvchi kriptosporidioz; O‘pkadan tashqari kriptokokkoz; Teri, shilliq pardalar va ichki a‘zolarining oddiy uchuk virusi chaqirgan infeksiyalari (surunkali yoki 1 oy ichida qaytalanuvchi tarqoq uchuk); Ensefalopatiya; OIV infeksiyasi chaqirgan kardiomiopatiya; OIV infeksiyasi chaqirgan nefropatiya; Rivojlanuvchi multifokal leykoensefalopatiya; Kaposhi sarkomasi va boshqa o‘smalar; Toksoplazmoz; Qaytalanuvchi va tarqoq zamburug‘li infeksiyalar (kandidoz, koksidioidomikoz, gistoplazmoz); Kriptokokkli meningit; Atipik mikobakteriyalar chaqirgan tarqoq infeksiyalar.

OIV-infektsiyasi tashhisini asoslash

OIV-infektsiyasiga tashhis qo‘yishda birinchi navbatda tibbiy xujjatlarga tashhisning o‘zi yozilib, keyin uni asoslash kerak.

Tashhisni asoslashda avval epidemiologik, klinik va o‘tkazilgan laborator ko‘rsatkichlar inobatga olinishi kerak. Kasallikning bosqichi esa, tasnifda

ko'rsatilganidek, qachonlardir o'tkazilgan eng og'ir holatidan kelib chiqqan holda aniqlanadi.

Tashhisning formulirovkasida OIV ta'snifiga binoan, kasallikning bosqichi, keyin hamma boshdan o'tkazilgan opportunistik va/yoki OITS indikator kasallik/simptomlari, ko'rsatiladi.

SHu bilan birga RQT qabul qilish hisobiga kasallikning davri - OIV infeksiyasining progressiya yoki remiissiyasi ko'rsatilishi zarur.

Bundan tashqari, OIV –infektsiyali bemorlarda yondosh kasalliklar ham bo'lishi mumkin ular ham tashhisda aks ettirilishi shart.

O'tkazilgan og'ir opportunistik kasalliklarning aniklangan sanasi ko'rsatilishi kerak.

1- misol:

Asosiy kasallik:

OIV-infektsiyasi, 3- klinik bosqich, progressiya davri, RQT kabul kilmasdan. Surunkali diareya. O'pka sili (2014y), PLAP, o'rab oluvchi temiratki, onixomikoz.

Yondosh kasallik:

Surunkali gepatit S. O't tosh kasasalligi.

2- misol:

Asosiy kasallik:

OIV-infektsiyasi,3 klinik bosqich, remissiya davri, RQT fonida. Surunkali diareya. O'pka sili(2014y), PLAP, o'rab oluvchi temiratki,onixomikoz.

Yondosh kasallik:

Surunkali gepatit S. O't tosh kasasalligi.

BSST tomonidan OIV-infektsiyasi klinik bosqichlarining kattalar hamda o'smirlarda tasnifi

O'tkir OIV-infektsiyasi

- Simptomsiz kechishi
- O'tkir isitma bilan kechuvchi bosqichi (o'tkir retrovirus sindromi)

1-klinik bosqich

- Simptomsiz kechish
- Persistirlanuvchi tarqalgan limfadenopatiya

2- klinik bosqich

- Angulyar xeylit
- O'rab oluvchi temiratki
- Tirmoqlarning zamburug'li zararlanishi
- Tana vaznining kamayishi (5-10% gacha) va oxirgi 6 oy davomida sababsiz ozish
- Qichishadigan papulyoz toshma
- Og'iz shilliq qavvatining retsidivlanuvchi yarasi (oxirgi 6 oy davomida ikki va undan ortiq marta)

Yuqori nafas yo'llarining infektsiyasi - retsidivlanuvchi (6 oy ichida ikki va undan ortiq marta sinusit, o'rta quloqning otiti, bronxit, faringit yoki traxeit)

- Seboreyali dermatit

3- klinik bosqich

- O'tkir yarali-nekrotik stomatit, gingivit yoki parodontit

- Og'izning tukli leykoplakiyasi
- Orofaringial kandidoz yoki oral kandidoz-retsdivlanuvchi (oxirgi 6 oyda ikki va undan ortiq) yoki doimiy (bir oydan ko'p vaqt)
- Sababsiz surunkali diareya (bir oydan ko'p vaqt mobaynida)
- Gematologik o'zgarishlar-sababsiz anemiya (gemoglobin < 8 g %), neytropeniya (neytrofillar soni < $0,5 \times 10^9$ l),trombotsitopeniya
- Sababsiz doimiy isitma (1 oydan ko'p mobaynida)
- O'pka sili
- Limfa tugunlari sili
- Og'ir bakterial infektsiyalar (masalan, bakterimiya, suyak va bo'g'imlar infektsiyasi, plevra empiemasi, meningit, bachadon va uning ortiqlarining og'ir yalig'lanishli kasalliklari, zotiljam, piomiozit)
- Ozish –oxirgi 6 oy mobaynida sababsiz tana vaznining 10% ortiq kamayishi

4- klinik bosqich

- Qizilo'ngach yoki pastki nafas yo'llarining kandidozi
- Bachadon bo'yni saratoni (invaziv, faqat displaziya emas)
- Surunkali oddiy herpes virusi infektsiyasi (VPG) yaralanishning 1 oydan ortiq davomiyligida
- Surunkali kriptosporidioz (1 oydan ortiq diareya bilan)
- Surunkali izosporioz (1 oydan ortiq isitma bilan)
- Kriptokokkoz – o'pkadan tashkari (meningit bilan)
- TSetomegalovirusli infektsiya – retinit, kolit yoki ezofagit
- O'pkadan tashkari sil (limfadenitdan tashqari)
- OIV – nefropatiya
- OIV - entsefalopatiya
- OIV- kaxeksiya
- OIV infektsiyasi oqibatida kelib chiqqan yomon sifatli o'smalar va Kaposhi sarkomasi

- Leyshmanioz – viseral (tarqalgan)
- Yomon sifatli limfoma – birlamchi markaziy asab tizimining limfomasi va V-xujayrali noxodjkin limfomasi
- Tarqalgan - atipik mikobakteriyalar (nosil) chaqirgan infeksiyalar
- Zamburug'li - tarqalgan infeksiyalar (masalan, kandidoz, koktsidioidoz, gistoplazmoz)
- Pnevmonsistli zotiljam (Pneumocystis jirovecii chaqirgan zotiljam)
- Rivojlanib boruvchi ko'p o'choqli leykoentsefalopatiya
- Toksoplazmoz – markaziy asab tizimining zararlanishi, retinit
- Salmonellaspp chaqirgan qaytalanib turuvchi septitsemiya
- OIV - kardiomiopatiya

1.3 OIV INFEKSIYASINING III-IV BOSQICHLARIDA ENG KO'P UCHRAYDIGAN OPPORTUNISTIK INFEKSIYALAR

OITS - OIV infeksiyasining oxirgi bosqichi hisoblanadi, bu bosqichda immunitetning keskin susayib ketishi, opportunistik infeksiyalar va o'sma kasalliklarining rivojlanishiga sabab bo'ladi. Laboratoriya tekshiruvlarida kamqonlik, neytropeniya, limfopeniya, trombotsitopeniya, SD4-limfotsitlar mutlaq sonining 1 mkl da 200 ta, kasallikning terminal bosqichida esa 50 tadan ham kamayishi kuzatiladi. Virusli yuklama yuqori ko'rsatkichda bo'lib, virusning p24 antigeni ham aniqlanadi.

OIV infeksiyasining barcha klinik davrlariga xos asosiy simptom bu- limfa tugunlarining kattalashuvidir (limfadenopatiya) . OIV infeksiyali bemorlarda limfa tugunlari og'riqsiz, elastik, atrofdagi to'qimalar bilan birikmagan va teri yuzasi o'zgarishsiz bo'ladi.

OIV infeksiyasiga xos asosiy belgilardan biri bu - rivojlanib boruvchi limfadenopatiyadir (PGL). Bu termin ostida ikki yoki undan ortiq guruhga (kattalarda chov sohasi limfa tugunlaridan tashqari) mansub bo'lgan limfa tugunlarining bir biriga qo'shilmagan >1 sm o'lchamda (bolalarda $>0,5$ sm), uch oydan kam bo'lmagan muddatgacha kattalashishi tushuniladi. Biroq OIV infeksiyali bemorlarda limfa tugunlarining kattalashuvi rivojlanib boruvchi limfadenopatiyaga hos bo'lmasligi ham mumkin.

Immuniteti saqlangan sog'lom odamlarda uchramaydigan kasalliklarning aniqlanishi xam OIV infeksiyasidan darak berishi mumkin. Xususan, quyida keltirilgan kasalliklardan birontasining bo'lishi OIV infeksiyasining mavjudligidan dalolat beradi (rivojlanishi uchun boshqa sabablar bo'lmaganda):

- Traxeya, bronxlar, o'pka, qizilungach kandidozlari.
- Koktsidiodomikoz (tarqalgan yoki o'pkadan tashqari)
- O'pkadan tashqari kriptokokkoz

- Kriptosporidioz bir oydan ortiq diareya bilan
- TSMV infektsiya (bir oylikdan katta bemorlarda boshqa organlarning, jigar, taloq, limfa tugunlaridan tashqari zararlanishi; TSMV-retinit ko'rish faoliyatining yo'qolishi bilan);
- Oddiy virusli herpes (VPG) infektsiyasi (bir oydan ortiq surunkali yaraning bitmasligi yoki bronxit, zotiljam. ezofagit):
- Kundalik hayot faoliyatining susayishiga olib keluvchi rivojlanib boruvchi dementsiya;
- Oziqlanishining chuqur buzilishi - tana vaznining $>10\%$ ortiq yo'qotilishi yoki bir oygacha davom etgan diareya yoki bir oydan ortiq isitma bo'lishi;
- Gistoplazmoz (tarqalgan yoki o'pkadan tashqari);
- Surunkali ichak izosporozi (bir oydan ortiq);
- Kaposhi sarkomasi;
- Berkitta limfomasi;
- Immunoblastli sarkoma;
- Birlamchi miya limfomasi;
- Mikobakteriozlar, *M.avium-intracellulare* yoki *M.kansasii* yoki boshqa atipik mikobakteriyalar (tarqalgan yoki o'pkadan tashqari ko'rinishida, teri, bo'yin yoki limfa tugunlarida);
- O'pkadan tashqari sil;
- Salmonellezli qaytalama septitsemiya (tif-paratifdan tashqari);
- Pnevmonsistli zotiljam;
- Rivojlanib boruvchi ko'p o'choqli leykoentsefalopatiya;
- Bir oydan katta bo'lgan bemorlardagi bosh miya toksoplazmozi.

2.OIV infektsiyali bemorga klinik tashhis qo'yish

Bemorda OIV infektsiyasi tasdiqlanganidan so'ng, to'liq klinik tashhis qo'yish bemorning keyingi tasarrufi uchun zarur. Lozim bo'lganda qo'shimcha tekshiruvlar o'tkazilishi mumkin. OIV infektsiyasiga klinik tashhis qo'yish uchun bosqichini

aniqlash zarur. Kasallikning bosqichi faqat klinik ko'rinishlar (ikkilamchi kasalliklarning borligi) asosida qo'yiladi. Virus yuklamasi va SD4- limfotsitlar darajasi kasallikning klinik bosqichini aniqlash uchun asos bo'lib hisoblanmaydi.

Bakterial pnevmoniya. OIV bilan bog'liq bakterial infeksiya bakterial pnevmoniyaga aylanishi mumkin. Chekish yoki giyohvand moddalarni iste'mol qilish xavfni oshiradi. PCP (Pneumocystis carinii pnevmoniyasi) ning oldini olish ham bakterial pnevmoniyaning oldini olishga yordam beradi. Bakteriyalar ham jiddiy oshqozon-ichak muammolariga olib kelishi mumkin.

Odam papillomavirusi (HPV) - bu inson papillomavirusi (HPV) deb nomlanuvchi viruslar guruhi tomonidan qo'zg'atiladigan keng tarqalgan genital infeksiya. HPV bir odamdan boshqasiga jinsiy aloqa orqali osongina yuqadi. Virus jinsiy olat, vagina yoki anusda bo'rtmalar ko'rinishida paydo bo'ladigan jinsiy siğillarni keltirib chiqaradi. HPVning ayrim turlari ham bachadon bo'yni saratoniga olib kelishi mumkin. Virus alomatlar bo'lmasa ham, bir odamdan boshqasiga yuqishi mumkin. HPV har kimga yuqishi mumkin, ammo OIV bilan kasallangan odamlarda kasallik ancha og'irroq, qayta-qayta takrorlanishi va uzoq vaqt davom etishi mumkin. HPV uchun davo yo'q, ammo HPV keltirib chiqaradigan siğillarni olib tashlash va bachadon bo'yni va anal displaziyasini davolashning ko'plab usullari mavjud.

Gistoplazmoz tuproqda yashovchi va qush axlati yoki boshqa organik moddalar orqali yuqadigan qo'ziqorin tufayli yuzaga keladi. Odamlar qo'ziqorinni o'z ichiga olgan changni nafas olish orqali yuqtiradilar. Ko'p odamlar qo'ziqorin bilan kasallanishadi, ammo sog'lom odamlarda odatda kasallik rivojlanmaydi. Gistoplazmoz odatda o'pkaga ta'sir qiladi, ammo immuniteti zaif odamlarda u butun tanaga tarqalishi mumkin. Gistoplazmoz odamdan odamga yuqmaydi. Gistoplazmoz antifungal dorilar bilan davolanadi.

Candida (qo'ziqorin) odatda og'iz, halqum, o'pka va/yoki vaginaga ta'sir qiladi. Kandidozni keltirib chiqaradigan qo'ziqorinlar inson tanasida tabiiy ravishda

mavjud bo'lib, kasallikning ko'p holatlari uchun javobgardir. Bu OIV-manfiy odamlarda ham keng tarqalgan, ammo OIV-musbat odamlar ancha moyil. Kandidozning og'ir holatlari immunitet holati 200 hujayra/ml dan past bo'lgan odamlarda uchraydi. Kandidoz antifungal dorilar bilan davolanadi, ammo qaytalanishlar keng tarqalgan.

Mycobacterium avium kompleksi - bu Mycobacterium avium va Mycobacterium intracellulare bakteriyalari keltirib chiqaradigan kasallik. Bu ikki o'xshash bakteriyalar turi suvda, tuproqda, changda va oziq-ovqatda hamma joyda uchraydi. Infeksiya har kimga yuqishi mumkin, ammo OIV bilan kasallangan odamlarda jiddiy kasallik rivojlanish xavfi ancha yuqori. Bakteriyalar ma'lum joylarga ta'sir qilishi yoki butun tanaga tarqalishi mumkin. Mycobacterium avium kompleksining oldini olish va davolash, shuningdek, qaytalanishlarning oldini olish uchun keng turdagi dorilar mavjud.

Kriptokokk meningiti CD4 soni 50 dan past bo'lganda yuzaga keladi. Bu odatda tuproqda uchraydigan va qush axlati orqali yuqadigan Cryptococcus qo'ziqorinidan kelib chiqadi. Odamlar Cryptococcusni qo'ziqorinni o'z ichiga olgan changni nafas olish orqali yuqtirishadi. Ko'p odamlar qo'ziqorin bilan kasallanishadi, ammo sog'lom odamlarda odatda kasallik rivojlanmaydi. Kriptokokk meningiti bir odamdan boshqasiga yuqmaydi.

Kriptosporidioz - bu suv, najas va Cryptosporidium paraziti bilan ifloslangan oziq-ovqat bilan aloqa qilish orqali osongina yuqadigan ichak infeksiyasi. OIV bilan kasallanmagan odamlarda kasallik bir-ikki hafta davom etadi, ammo OIV bilan kasallangan odamlarda u ancha uzoq davom etishi va hatto hayot uchun xavfli bo'lishi mumkin. Kriptosporidiozning oldini olish yoki davolash uchun dorilar yo'q, ammo infeksiya keltirib chiqaradigan diareyani yengillashtirish uchun turli xil davolash usullari mavjud.

Herpes zoster (herpes zoster), shuningdek, herpes zoster deb ham ataladi, suvchechakni keltirib chiqaradigan virus, herpes varicella-zoster virusi tufayli kelib chiqadi. Garchi bu virus OIV bilan kasallangan odamlarga ham ta'sir qilsa-da,

immunitet tizimining zaiflashishi tufayli OIV bilan kasallangan odamlar orasida eng ko'p uchraydi. Infektsiya ko'krak qafasi, orqa va yuzda juda og'riqli toshmalarga olib keladi. Toshmalar odatda tananing bir qismida paydo bo'ladi va bir necha hafta davom etadi. Herpes zoster antiherpes dorilari va og'riq qoldiruvchi vositalar bilan davolanadi.

Pneumocystis carinii pnevmoniyasi (PCP). Qo'zg'atuvchisi atrof-muhit bo'ylab uchraydigan mikroorganizm bo'lgan Pneumocystis carinii. Qo'ziqorin havo orqali tarqaladi deb ishoniladi. Qo'ziqorin har qanday odamning o'pkasida bo'lishi mumkin, ammo pnevmoniya faqat immunitet holati 200 hujayra/ml dan past bo'lgan odamlarda rivojlanadi. To'liq oldini olish va davolash mumkin bo'lsa-da, Pneumocystis pnevmoniyasi davolanmasa, o'linga olib kelishi mumkin bo'lgan jiddiy holatdir. Pnevmosist pnevmoniyasini kotrimoksazol (Biseptol) kabi turli antibiotiklar bilan davolash va oldini olish mumkin.

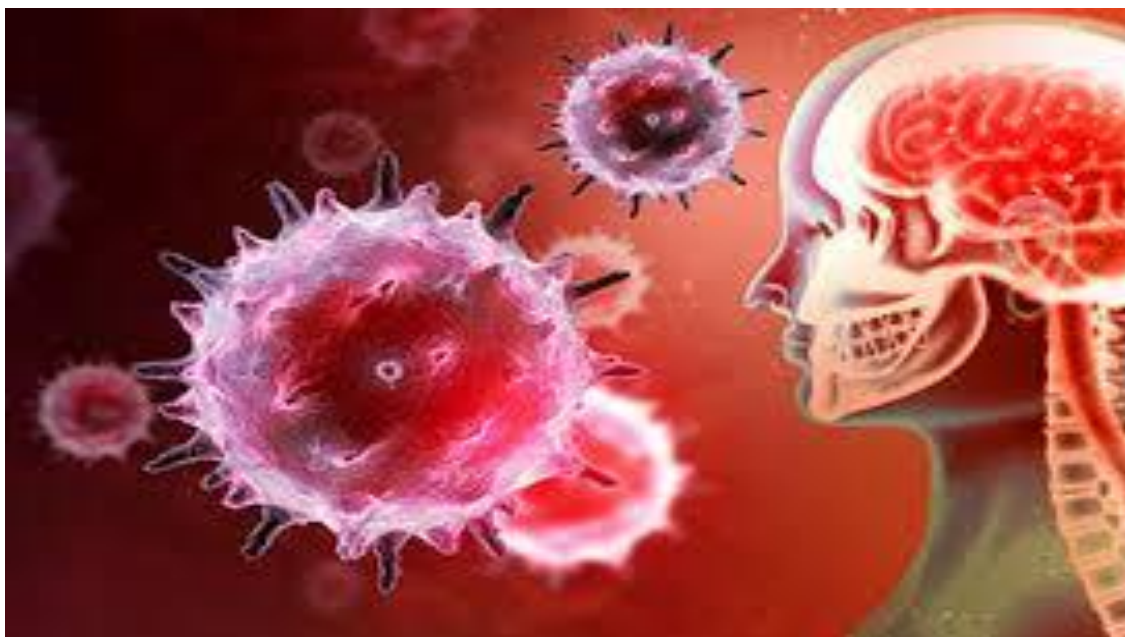
Herpes simplex (HSV) - bu herpes simplex virusi keltirib chiqaradigan kasallik. Herpes simplex virusi lablarda ("sovuq yaralar") va ko'zlarda herpes yaralarini keltirib chiqaradi.

O'pka sili OIV infeksiyasida alohida o'rin tutadi. CD4 hujayralari miqdori 35% dan past bo'lganda rivojlanadi va atipik holda kechadi. Klinikasida asteniya, doimiy ($37-38^{\circ}\text{C}$) va almashib turadigan isitma, uzoq davom etadigan yo'tal, tana vaznining kamayishi kuzatiladi. O'pka zararlanishida rentgenologik jihatdan infiltratsiya kam rivojlanadi, aniq joylashish sohasiga ega bo'lmaydi. Ko'pchilik hollarda balg'amning abatsillyarligi (balg'amda Kox batsillalarining bo'lmasligi) bilan xarakterlanadi va immunitetning kamayishi bilan rivojlanishining zo'rayib borishi tufayli Mantu sinamasi manfiy natija beradi. O'pkada patologik jarayon keng tarqalib miliar sil shakllanishiga olib keladi va uning asorati sifatida septik shok rivojlanishi mumkin.



5-rasm. Kaposhi sarkomasi

Patologik jarayon plevraga ham o'tadi. OIV infeksiyasining rivojlanishining sababi immunitetning zaiflashishi bilan bog'liq opportunistik kasalliklarning rivojlanishidir. Opportunistik infeksiyalarga bakterial, virusli, zamburug'li va parazitlar patogenlar sabab bo'ladi. Virusli opportunistik infeksiyalar orasida herpesviruslar yetakchi o'rinni egallaydi. OIV bilan kasallangan odamlar orasida eng keng tarqalgan bakterial infeksiyalardan biri sil kasalligidir; mikobakteriyalar va odam immunitet tanqisligi virusi bilan bir vaqtda infeksiyalanish hayot sifatini va prognozni sezilarli darajada yomonlashtiradi. Asab tizimi kasalliklari ham ahamiyatlidir, klinik ko'rinishlar OIV infeksiyasining turli bosqichlarida bemorlarning 40 foizida kuzatiladi va ba'zi bemorlarda OIV infeksiyasi nevrologik alomatlar bilan boshlanadi. OIV bilan kasallangan bemorlarda teri va shilliq pardalar shikastlanishi juda tez-tez rivojlanadi (70% gacha); immunitet tanqisligi rivojlanishi bilan bu kasalliklar umumlashib, terapiyaga chidamli bo'lib qoladi. Atipik mikobakteriozlar OIV yuqtirgan bemorlarda ko'p uchraydi. Ular bemorning o'limiga sabab bo'ladigan og'ir shakldagi tarqalgan jarayon bilan namoyon bo'ladi.



6-rasm. Atipik mikobakteriozlar

Tarqoq mikobakteriozda yuqori darajali isitma, kechqurun ko'p terlash, tana vaznining kamayishi, qorinda og'riq bo'lishi, diareya, polilimfadenopatiya, kamqonlik, gematokrit ko'rsatkichining pasayishi, ishqoriy fosfataza faolligining oshishi kuzatiladi.

Kaposhi sarkomasi - terining angiomatoz kasalligi hisoblanadi. Bu kasallikda qon tomirlar devorlarining endoteliy va periteliy qavatlar proliferatsiyasi hamda ular devorida gemosiderin yig'ilishi kuzatiladi. Kaposhi sarkomasi bilan asosan erkaklar kasallanadi.



7 -rasm. Kaposhi sarkomasi

Kaposhi sarkomasi uch bosqichda kechadi:

yallig'lanish, granulematoz va sarkomatoz. Kasallik tizza, oyoq panjasi sohalarida kichkina qizg'ish-sianotik yoki jigarrang-qizg'ish dog' ko'rinishida paydo bo'la boshlaydi. Dog'lar sekin-asta infiltratlashadi va ko'kimtir-jigarrang ko'rinishidagi qalin zich infiltrat yoki tugunchani hosil qiladi. O'choqlar bir-biri bilan qo'shib, katta-katta o'choqlarni hosil qiladi, ayrim hollarda infiltrat o'choqlari chuqur yaralanishi mumkin. Ko'pincha o'choq yuzalarida gemorragiyalar aniqlanadi. Oyoqlarda shish paydo bo'ladi. Bemorlarni kuchli og'riq bezovta qiladi. Boshqa og'ir kasalliklar bilan kechsa juda jadal rivojlanadi.

Nexodjkinli limfomalar

OIV infeksiyasining keyingi bosqichlarida taxminan 5% bemorlarda uchraydi. Bemorlar og'riq va tishlarning qimirlashidan shikoyat qiladilar, bo'yin

limfadenopatiyasi aniqlanadi. Ko'pchilik limfomalar markaziy asab tizimida uchraydi. Asosiy qismini bosh miyaning birlamchi limfomasi tashkil etadi.

OIV ensefalopatiyasi (OITS-dement kompleksi) asosida OIV qo'zg'atadigan o'tkir ensefalit yotadi. Miya egatlarining kattalashishi va katta yarim sharlar burmalarining yupqalashishi, qorinchalarning kengayishi aniqlanadi.

Sindrom idrok qilish, harakatlanish va fe'l-atvor funksiyalarining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar fikrlash yoki gaplashish tartibini yo'qotadilar, tez o'ylashga qodir emaslar va savolga javob berishdan oldin uzoq muddat jim qoladilar. Psixoz, maniya va xulqning o'zgarishi kuzatiladi.

Zamburug'li infeksiyalar orasida kandidoz ko'p uchraydigan opportunistik infeksiyadir. OITS bosqichida kandidoz 20-25% bemorlarda uchraydi va oshqozon-ichak yo'llari, nafas olish a'zolari shilliq qavati va MAT ning zararlanishi bilan kechadi. Qorinda noqulaylik, ovozning bo'g'iqligi va yo'tal asosiy belgi hisoblanadi, ezofagit rivojlanadi.

Kriptokokkoz - SD4-limfotsitlar soni mkl da 50 ta hujayragacha kamayganda rivojlanadi. Asosiy klinik ko'rinishi kriptokokkli meningit hisoblanadi. Bemorlarda bosh og'rig'i va isitma, biroz ko'ngil aynishi, qusish, meningeal belgilar kuzatiladi. Kriptokokkozning teri ko'rinishi odatda bosh va bo'yinda joylashadi,

Koksidiomikoz kasalligida yuqori isitma, shilimshiq va yiringli balg'amli yo'tal, ko'krak qafasida og'riq, og'ir hollarda qon tupurish kuzatiladi, zotiljamning perkutor va auskultativ belgilari aniqlanadi. Virusli zararlanishlar orasida gerpetik infeksiya Varicella Zoster virusi qo'zg'atadigan infeksiyalar ko'p uchraydi.

Gerpetik infeksiya - SD4 hujayralari 200 dan kamayganda rivojlanadi va teri, shilliq pardalar, markaziy nerv tizimi hamda boshqa a'zolarining zararlanishi bilan xarakterlanadi. Gerpetik toshma odatda yo'qolmaydi, zararlangan joylarda yaralar hosil bo'ladi.

Sitomegalovirus infeksiyasi (SMV) SD4 hujayralari 200 dan kam bo'lganda rivojlanadi va bir vaqtning o'zida bir qancha a'zolar zararlanadi. Infeksiya isitma, holsizlik, ishtahaning yo'qolishi, terlash, mialgiya va artralgiyalar bilan boshlanadi.

Bemorlarni quruq yoʻtal va nafas qisishi bezovta qiladi. SMV infeksiyasida oshqozon-ichak yoʻllarining barcha boʻlimlari zararlanadi. Ezofagit uchun turli chuqurlikda va kattalikda yaralarning hosil boʻlishi xarakterli. Ichak devorining perforatsiyasi yuzaga keladi. SMV infeksiyasida oshqozon-ichak yoʻlidan qon ketish kuzatiladi.

Kolitda klinik belgilar enteritdagi kabi isitma, qorinda ogʻriq, ich ketishi (ayrim hollarda qon aralash ich ketishi) bilan xarakterlanadi. Orqa miyaning SMV bilan zararlanishida oyoqning pastki qismlari va qoʻl barmoqlarining paresteziyasi rivojlanadi.

Koʻzning SMVli zararlanishida bemorlar buyum koʻrinishi aniq emasligi va koʻrishning pasayganligidan shikoyat qilishlari mumkin.

Odatda bitta koʻz zararlanadi, toʻr parda atrofi toʻqimalarining qizarishi va shishganligi bilan koʻrinadigan oq rangli nekroz qismi hamda toʻr parda tomirlarining berkilganligi va ular devorining infiltratsiyasi aniqlanadi. Bir necha hafta ichida nekroz qismi kengayadi, atrofiya, yupqalashish kuzatiladi. Bular koʻrlikka sabab boʻladi.

Protozoyli opportunistik invaziyalar: pnevmotsistoz, toksoplazmoz, kriptosporidioz, izosporoz, mikrosporidioz, siklosporo, blastotsistoz. OITS kasalliklar CD-4 hujayralari 100-200 dan past boʻlganda rivojlanadi.

Pnevmonsistoz - protozoy kasallik boʻlib, u immuniteti pasaygan kishilarda zotiljamning rivojlanishiga sabab boʻladi. Pnevmonsistlar havo-tomchi yoʻli bilan yuqadi. Nafas qisishi, isitma va yoʻtal pnevmonsist zotiljamning koʻp uchraydigan belgilari hisoblanadi. Yoʻtal doimiy tus oladi va bemorlarni kechqurun bezovta qiladi. Pnevmonsist zotiljamning oʻpkaga tegishli asoratlari orasida koʻproq pnevmotoraks kuzatiladi

Toksoplazmozni sodda jonivorlar chaqiradigan opportunistik infeksiyalar ichida ikkinchi oʻringa qoʻyish mumkin. Alimentar, transplatsentar yoʻl va aʼzolari koʻchirib oʻtkazish orqali infeksiya yuqishi mumkin.

Toksoplazmoz bemorlarda SD4-limfotsitlar soni mkl da 100 ta hujayradan kam bo'lganda rivojlanadi, isitma, sepsis va septik shok belgilari, ruhiyatning buzilishi kuzatiladi.

Kriptosporidioz - hazm yo'llarining zararlanishi bilan kechadigan protozoy kasallikdir. Klinikasida surunkali enterokolit tarzida o'tadigan diareya sindromi yotadi. Tana vaznining kamayishi kuzatiladi.

Izosporoz - ichak protozoy invaziyasi bo'lib, klinik jihatdan kriptosporidiozga o'xshashdir.

Mikrosporidioz - obligat parazit. Klinikasida surunkali suyuq ich ketishi, tana vaznining kamayishi, jigar, buyrak, buyrak usti bezlari, bosh miya, ko'zning zararlanishi kuzatiladi.

Siklosporo - ko'p jihatdan kriptosporidioz va izosporozga o'xshash bo'lgan ichak protozoy infeksiyasidir.

Blastotsistoz keng tarqalgan ichak infeksiyasi. Qaytariluvchi kuchli diareyadan tashqari, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning yo'qolishi, qorinda og'riq kuzatiladi.

Bu bosqich avj olgan OITS bosqichiga to'g'ri keladi. Immun tizimining izdan chiqib borishi OITSning ikkita asosiy klinik ko'rinishi —opportunistik infeksiyalar va o'smalar rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Ular keng tarqalishi va o'limga sabab bo'lishi bilan xavfli hisoblanadi.

Opportunistik kasalliklarning bevosita OITS infeksiyasiga bog'liq bo'lgan asosiy klinik sindromlari, shuningdek patologik holatlari quyidagi jadvalda taqdim etiladi.

Shunday qilib, ushbu bobning bo'limi tahlili quyidagi xulosalarga olib keladi. OIV infeksiyasining yer yuzida keng tarqalishi insoniyat uchun katta xavf tug'dirmoqda va dunyo taraqqiyotiga jiddiy tahdid solmoqda. Yer kurrasida OIV infeksiyasi qayd etilmagan birorta ham mamlakat qolmadi. Keyingi 5 yilda Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyo davlatlarida OIV epidemiyasining faollashuvi kuzatilmoqda.

OIV-infektsiyasining opportunistik kasalliklar bosqichiga o'tishi makroorganizmning himoya zaxiralarining tukashi bilan bog'liq bo'lsada, biroq bu jarayon pog'onali xarakterga ega. Muvofiqlashtirilgan muolajalarning olib borilishi davomida ikkilamchi kasalliklarning klinik belgilari yo'qolishi mumkin. Shu bois, OIV-infektsiyasining 4-bosqichini tasniflashda uning avj olish va remissiya davrlari farqlanadi. OIV-infektsiyasining yakunlovchi bosqichi terminal bosqich bo'lib, bunda qondagi CD4-limfositlar miqdorining nol darajagacha tushib ketishi hamda boshqa immunologik ko'rsatkichlarning ham sezilarli pasayishi, bemorning qaytarib bo'lmaydigan opportunistik kasalliklarni boshidan kechirishi va natijada bir necha oy mobaynida halok bo'lishi bilan xarakterlanadi. OIV-infektsiyasining

qaytaianishini to'xtatuvchi hamda opportunistik kasalliklarni oldindan olish va davolash bilan birgalikda o'z vaqtida o'tkazilgan RKT immun tizimini tiklashga yordam beradi, kasallikning avvalgidek avj olishi, ikkilamchi infeksiyalar va o'smalarning qaytaianishiga yo'l qo'ymaydi, mehnat layoqatini saqlab qoladi va shu bilan birga OIV-infektsiyasini yuqtirgan odamlarning umrini uzaytirish va hayot tarzini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi.

OIV infektsiyasi bilan bog'liq bo'lgan xolatlar, 10 - XKT

OIV infektsiyasi bilan bog'liq bo'lgan tibbiy xizmat xalqaro kasalliklar tasnifida (MKB-10) ko'rsatilishi bo'yicha:

- V20- Odam immun tanqisligini chaqiruvchi virus (OIV) kasalligi, yuqumli va parazitar kasalliklar ko'rinishida namoyon bo'luvchi
- V20.0- OIV infektsiyasining mikobakterial infektsiya bilan namoyon bo'lishi
- V20.1 OIV infektsiyasining boshqa bakterial infektsiyalar bilan namoyon bo'lishi
- V20.2- OIV infektsiyasining tsitomegalovirusli kasalliklar bilan namoyon bo'lishi
- V20.3- OIV infektsiyasining boshqa virusli infektsiyasi bilan namoyon bo'lishi
- V20.4- OIV infektsiyasining kandidozlar bilan namoyon bo'lishi

- V20.5- OIV infektsiyasining boshqa mikroorganizmlar bilan namoyon bo'lishi
- V20.6- OIV infektsiyasining *Pneumocystis carinii* chaqirgan zotiljam bilan namoyon bo'lishi
- V20.7- OIV infektsiyasining boshqa har xil infektsiyalar bilan namoyon bo'lishi
- V20.8- OIV infektsiyasining boshqa yuqumli va parazitlar kasalliklari bilan namoyon bo'lishi
- V20.9- OIV infektsiyasining noma'lum sababli boshqa yuqumli va parazitlar kasalliklari bilan namoyon bo'lishi
- V21-OIV infektsiyasining yomon sifatli o'smalar bilan namoyon bo'lishi
- V21.0- OIV infektsiyasining Kaposi sarkomasi bilan kechishi
- V21.1-OIV infektsiyasining Berkitta limfomasi bilan kechishi
- V21.2-OIV infektsiyasining noxodjkin limfomasi bilan kechishi
- V21.3-OIV infektsiyasining boshqa yomon sifatli limfatik, qon xosil qiluvchi va unga yaqin bo'lgan to'qimalar o'smalari bilan kechishi
- V 21.7- OIV infektsiyasining ko'plab yomon sifatli o'smalar bilan kechishi
- V 21.8- OIV infektsiyasining boshqa yomon sifatli o'smalar bilan kechishi
- V 21.8- OIV infektsiyasining noaniq bo'lgan yomon sifatli o'smalar bilan kechishi
- V 22- OIV infektsiyasining boshqa aniq bo'lgan kasalliklar bilan kechishi
- V22.0- OIV infektsiyasining entsefalopatiya bilan kechishi
- V 22.1-OIV infektsiyasining limfoidli intersitsial pnevmonit bilan kechishi
- V 22.-OIV infektsiyasining bezgak sindromi bilan kechishi
- V22.7 OIV infektsiyasining ta'snifda keltirilgan boshqa ko'p sonli kasalliklar bilan kechishi
- V23- Odam immun tanqislik virusi (OIV) kasalligi boshqa xolatlar bilan namoyon bo'lishi
- V23.0 – O'tkir OIV infektsiyali sindrom

- V23.1- OIV infeksiyasining persistent tarqalgan limfadenopatiya bilan kechishi
- V 23.2 – OIV infeksiyasining ta'snifdagi boshqa bo'limlarda ko'rsatilmagan, gemotologik va immunologik o'zgarishlar bilan kechishi
- V23.8 - OIV infeksiyasining boshqa ma'lum bo'lgan xolatlari bilan kechishi
- V24- Odam immun tanqislik virusi (OIV) ning noma'lum shakli bilan kechishi
- F02.4- Odam immun tanqislik virusi (OIV) oqibatida kelib chiqqan dementsiya (V22.0)
- R75- Odam immun tanqislik virusi (OIV)ni laboratoriyada aniqlash
- Z11.4- Odam immun tanqislik virusi (OIV)ni maxsus skrening usuli bilan aniqlash
- Z20.6- Odam immun tanqislik virusi (OIV) bilan kasallangan bemor bilan muloqatda bo'lish va yuqtirib olish ehtimoli
- Z21- Odam immun tanqislik virusi (OIV)ning simtomsiz infeksiyali statusi
- Z71.7- Odam immun tanqislik virusi (OIV) xaqida maslaxat olish
- Z83.0 - Odam immun tanqislik virusi bilan kasallangan bemorning oilada bo'lishi

II-BOB. MATERIALLAR VA TEKSHIRISH USULLARI

2.1 KLINIK ANAMNESTIK, UMUMIY FIZIKAL VA LABORATOR TEKSHIRUVLAR.

OIV aniqlash va davolash (OVI) - OIV infeksiyali bemorlarga kompleks tibbiy yordam ko'rsatishning zarur elementi hisoblanadi.

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimida amalga oshirilayotgan islohotlar jarayonida aholi salomatligini muhofaza qilish, shu jumladan, OIV infeksiyasining profilaktikasi, diagnostikasi va davolash masalalarida ham ijobiy natijalarga erishildi.

Mamlakatda 2007-yildan boshlab bugunga qadar OIV infeksiyasi tarqalishining oldini olishga qaratilgan 2 ta strategik dastur va 2014-2016-yillarda O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashish sohasidagi Davlat dasturi qabul qilingan bo'lib, ushbu dasturlarda Respublikamizda OIV infeksiyasining tarqalishini oldini olishga qaratilgan barcha tadbirlar o'z aksini topgan.

Profilaktika, kasallikni aniqlash va bemorlarni davolash bo'yicha kompleks chora-tadbirlarning amalga oshirilishi OIV infeksiyasi bo'yicha epidemik vaziyatning barqarorlashuviga olib keldi. Kasallik yuqishi xavfi yuqori bo'lgan guruhlar o'rtasida OIV infeksiyasining tarqalganlik ko'rsatkichi 2016-yilda 2013-yilga nisbatan 19,7 foizdan 7,2 foizgacha kamayishiga erishildi va OIV infeksiyasining aholi o'rtasida keng tarqalishiga yo'l qo'yilmadi.

Davolash muolajalarini jinsi, ijtimoiy holatidan qat'iy nazar, shuningdek tomir orqali giyohvand moddalarni qabul qiluvchi giyohvandlar, moddiy mablag' evaziga intim xizmat ko'rsatuvchilar, jazoni ijro etish muassasasidagi ozodlikdan mahrum etilgan shaxslar, immigrantlar, barcha opportunistik infeksiyasi bor shaxslar olishi kerak. Davolash muolajalarini olish kerakligi haqidagi qaror qat'iy tibbiy ko'rsatmalar asosida qabul qilinadi.

1. Opportunistik infeksiyali bemorlarni olib borish taktikasi

1-jadval

OIV infeksiyasi sababli yuzaga kelgan infeksiya va kasalliklar				
Bakterial Infeksiyalar	Zamburug‘li infeksiyalar	Virusli infeksiyalar	Sodda mikroorganizmlar chaqirgan infeksiyalar	Boshqa kasalliklar
- Nafas yo‘llari infeksiyalari -Ichak infeksiyalari -Atipik mikobakteriyalar chaqirgan infeksiyalar - Bartonellez	Kandidozli ezofagit Kriptokokkoz Gistoplazmoz Pnevmonsistli zotiljam Koksidioidomikoz	- Oddiy herpes virusi chaqirgan infeksiyalar O‘rab oluvchi temiratki Sitomegalovirusli tipdagi inson herpes virusi chaqirgan infeksiya (Kaposhi sarkomasi bilan assotsirlangan herpesvirus) -Inson papillomasi virusi chaqirgan infeksiya	- Toksoplazmoz -Kriptosporidioz -Mikrosporidioz -Izosporiaz -Leyishmanioz	-Kaposhi sarkomasi Noxodjkin limfomasi -Bachadon bo‘yni saratoni Ensefalopatiya Vakuolyar miyelopatiya

		-Zo‘rayib boruvchi multifokal ensefalopatiya -V va S gepatitlar (OIV infeksiyali shaxslarda og‘irroq kechadi)		
--	--	---	--	--

1. Birlamchi tekshiruv.

OIV infeksiyasida uchrashi mumkin bo‘lgan kasalliklar, OIV statusi noma’lum bo‘lgan bemorlarga, OIV infeksiyasiga maslahat va testdan o‘tishni taklif qilish lozim.

Vrach bemorga OIVga maslahat va testdan o‘tishni taklif qilish sababini va natija davolash uchun kerakligini tushuntirishi kerak.

Biroq bemor testdan o‘tishni rad etish huquqiga egadir.

OIVni birlamchi baholash;

Testdan oldingi maslahat;

OIVga antitanachalarni aniqlash uchun serologik tekshiruv (immunoferment tahlil (IFA) yoki ekspress-usul) keyinchalik olingan natijani Immunoblot tekshiruvi bilan tasdiqlash;

Testdan keyingi maslahat (tekshiruv natijasidan qat’iy nazar xavfli xatti-harakatlarni kamaytirish ma’lumotlarini o‘z ichiga oladi). Musbat natija olinganda

OIV infeksiyasi bosqichini va yoʻldosh kasalliklarni, holatni aniqlash uchun birlamchi klinik tekshiruvlar oʻtkaziladi.

2 Oiv muammolari va boshqa holatlar boʻyicha maslahat.

Vrachlar va oʻrta tibbiyot xodimlari mijozga va uning qarindoshlariga OIV-infeksiyasi surunkali davom etuvchi kasallik boʻlib, opportunistik infeksiyalar yuzaga kelishi mumkinligi haqida tushuntirishi kerak. Mijozlarga ayrim infeksiyalarning oldini olish mumkinligi haqida maʼlumot berish kerak. Mijozlar opportunistik infeksiyalarni erta aniqlash va OIV infeksiyasining zoʻrayishiga gumon qilinganda vrach maslahatining muhimligini tushunishlari kerak.

OIV bilan kasallanganlarda uchraydigan simptomlar haqida va bu simptomlar yuzaga kelganda davolovchi vrachga aytish kerakligi haqida gapirib berish kerak.

Bu simptomlar quyidagilar hisoblanadi: hansirash: PSZ, Sil, boshqa zotiljamlar; yoʻtal: PSZ, Sil, boshqa zotiljamlar; Yoʻtal qon bilan: PSZ, Sil, boshqa zotiljamlar;

Nevrologik buzilishlar: serebral toksoplazmoz, serebral sil, serebral limfoma yoki bakterial, zamburugʻli va virus tabiatli meningit, ensefalit.

Tana vaznining kamayishi, isitma, tungi terlash: Sil, atipik mikobakterioz, limfoma; koʻrish oʻtkirligining pasayishi: SMV chaqirgan retinit, Sil retinit; yutishdagi ogʻriq: kandidozli ezofagit, SMV-ezofagit, limfoma;

Diareya: kriptosporidioz, mikrosporidioz, salmonellez, amebiaz, CMV va boshqalar chaqirgan kolit; koʻrish maydonini torayishi (gazeta oʻqitish - yaxshi test): CMV-retinit; oyoq-qoʻllardagi holsizlik: serebral toksoplazmoz; mijoz doʻstlari va yoki qarindoshlari tomonidan seziladigan ruhiy buzilish belgilari boʻlib hisoblanadigan ruhiy holat va ruhiyatdagi har qanday oʻzgarish: gerpetik meningit, toksoplazmoz, rivojlanib boruvchi multifokal leykoensefalopatiya va boshqalar); teri yoki ogʻiz shilliq qavatlarini zararlanishi: kandidoz ("zamburugʻ") retrovirusga qarshi terapiyani (RKT) samara bermayotganligi belgisi boʻlishi mumkin.

Mijozlar oʻzlarida mavjud boʻlgan surunkali kasallik belgilarini namoyon boʻlishini kuzatish muhimligini tushunishlari kerak.

Anamnezida sil bo'lgan mijozlar bir yilda bir marta ko'krak qafasi rentgenografiya tekshiruvidan o'tishlari kerak. Surunkali gepatiti bor mijozlar gepatotsellular karsinoma rivojlanishi xavfi borligi uchun bir yilda bir marta qorin bo'shlig'i a'zolarini ultratovush tekshiruvidan (UTT) o'tishlari kerak.

Semizlik va gipertoniya kasalligi bor va proteaza ingibitori bilan RKT olayotgan katta yoshdagi OIV infeksiyali mijozlar qon-tomir kasalliklari, qandli diabet va boshqa kasalliklar yuzaga kelishi mumkinligini aniqlash uchun doimiy ravishda tekshiruvdan o'tib turishlari kerak.

Mijozlarni doimiy laborator va klinik tekshiruvlardan o'tish grafigi bilan ta'minlash. Yo'ldosh kasallik namoyon bo'lsa yoki holati

o'zgarsa rejasi o'zgarishi mumkin.

Z. OIV infeksiyali mijozlarda OIV profilaktikasi

OIV bilan yashovchi shaxslardagi ayrim kasalliklarni oldini olish mumkin. OIV infeksiyasi bilan yashovchi shaxslarda kasalliklar profilaktikasi ularga ko'rsatilayotgan kompleks tibbiy yordamning bir qismi bo'lishi kerak.

OIVni birlamchi profilaktikasini, ART qabul qilinishi bilan va CD4 limfotsitlar soni belgilangan miqdorga yetib 3-6 oy mobaynida saqlanib turgandagina to'xtatish mumkin. (masalan, PCP uchun $>200/\text{mkl}$, toksoplazmoz uchun $>100/\text{mkl}$, MAK chaqirgan infeksiya uchun $>50/\text{mkl}$). Ikkilamchi profilaktikani to'xtatish ham yuqoridagi holat bo'yicha, biroq mijozni yaxshilab kuzatish kerak. Agar CD4 hujayralar soni ko'rsatilgan miqdordan kamayadigan bo'lsa profilaktika yana qaytadan boshlanadi.

2-Jadval. OIV infeksiyali mijozlarda OIV profilaktikasi

Qo'zg'atuvchi	Ko'rsatma	Tanlangan preparatlar	Alternativ preparatlar

Pneumocystis jirovecii	CD4 limfotsitlari soni <200/mkl yoki og'iz bo'shlig'i va yutqin kandidozi	Trimetoprim/sulfametoksazol (TMP/SMK) (kotrimoksazol). 80/400 mg kuniga 1 marta ichishga yoki (standart tabletka 80/400 mg bir kunda 2 marta).	TMP/SMK 80/400 mg (tabletkalar odatdagi dozada) har kuni ichishga 1 kunda 1 marta. TMP/SMK 160/800 mg tabletka (ikki marta oshirilgan dozada) ichishga haftasiga 3 marta (masalan, dushanba, chorshanba, juma kunlari). Xuddi shuningdek klindamitsin 150 mg ichishga bir kunda 4 marta
Mikobakterioz- <i>Tuberculosis</i>	Aktiv belgilari ftiziatrlar tomonidan inkor qilingan barcha OIV infeksiyasi bilan yashovchilarga har 36 oyda	isoniazid- 300 mg ichishga + piridoksin 50 mg 1 kunda 1 marta 6 oy mobaynida.	isoniazidga yuqori chidamli tarqalgan geografik joylarda. Sil ximioprofilaktikasining alternativ usullarini topib chiqish uchun kelajakda tekshiruvlar o'tkazish kerak

Toksoplazma <i>Toxoplasma gondii</i> (первичная) profilaktikasi	CD4 limfotsitlar soni < 200/mkl	TMP/SMK. 160/800 mg (1 tabletka ikki marta ko'paytirilgan doza) ichishga bir kunda 1 mahal	TMP/SMK. 80/400 mg (1 oddiy tabletka) ichishga 1 kunda 1 mahal
Toksoplazma uchun (ikkilamchi profilaktika)	CD4 limfotsitlar soni < 100/mkl	TMP/SMK, 160/800 mg (tabletka ikki marta ko'paytirilgan doza) ichishga 1 kunda 1 mahal	Dapson, 50 mg ichishga 1 kunda 1 mahal + pirimetamin 50 mg ichishga 1 kunda 1 mahal foliy kislotasi 15-25 mg 1 kunda 1 mahal
kompleks Mycobacterium avium	CD4 limfotsitlar soni < 50/mkl	Azitromitsin, 1200 mg ichishga haftada 1 mahal	klaritromitsin, 500 mg ichishga 1 kunda 2 mahal
Cryptococcus	CD4 limfotsitlar soni < 50/mkl	Flukonazol 100 mg kunda 1 mahal	

2.2 OIV INFEKSIYASINING OITS BOSQICHIDA OPPORTUNISTIK INFEKSIYALARNI OLIB BORISHNING MILLIY PROTOKOLI

Opportunistik infeksiyalar — bu immunitet zaiflashganida shartli-patogen viruslar yoki bir hujayrali organizmlarning (bakteriyalar, zamburug'lar, sodda bir hujayrali mikroorganizmlar) faol rivojlanishi natijasida yuzaga keladigan bir qator kasalliklardir. Opportunistik kasalliklar odam organizmida OIV ko'payishining bevosita oqibati bo'lib, ularning kechishi asosiy kasallikning avj olishi yoki remissiyasiga bog'liq bo'ladi.

Opportunistik infeksiyalarni OIV aniqlash va davolash — OIV bilan yashovchi shaxslarga ko‘rsatiladigan kompleks tibbiy yordamning zaruriy qismidir. OIV-infeksiyasida opportunistik infeksiyalarni davolash taktikasi asosiy kasallik (OIV infeksiyasi)ning bosqichiga bog‘liq ravishda va patologik jarayonning joylashganiga qarab amalga oshiriladi. Opportunistik infeksiyasi bor bo‘lgan barcha OIV bilan yashovchi shaxslar va boshqa ijtimoiy ahamiyatli guruhga mansub bo‘lgan shaxslar, jinsi va ijtimoiy mavqeidan qat’i nazar davolanishlari zarur.

Opportunistik infeksiyalarni aniqlash va davolash sog‘liqni saqlash tizimining barcha bo‘g‘inlarida amalga oshiriladi. Opportunistik infeksiyalarni aniqlash va davolash, OIV-infeksiyasi bilan zararlanmagan shaxslar xuddi shu kasalliklarni davolash tamoyillari va standartlari asosida amalga oshiriladi.

OBYS h orasida turli xil keng tarqalgan ko-infeksiyalar, yondosh kasalliklar va boshqa birga keladigan salomatlikning turli buzilishlarida, ularni davolash va parvarish qilish jarayonida, shu jumladan davolanish muddatini aniqlash va o‘z vaqtida RVDQ dori vositalarini tanlash hisobga olinishi zarur. Ularni o‘z vaqtida aniqlash va erta davolash DPMLarda boshlash, so‘ngra RQD bilan qamrab olish, tibbiy yordamning ajralmas qismidir.

OIV diagnostikasi va davosi

Nafas yo‘llari infeksiyasi

Pastki nafas yo‘llari infeksiyasi OIV bilan yashovchi shaxslarda eng keng tarqalgan qaytalanadigan infeksiya bo‘lib, ko‘proq bemor hayotiga xavf soladi. Bu infeksiya qo‘zg‘atuvchisi bakteriyalar, ayrim hollarda virus va zamburug‘lar hisoblanadi.

Bakterial zotiljam OIVning erta bosqichlarida kuzatilib, antibiotiklar bilan davolanganda yaxshi natija beradi.

Streptococcus pneumoniae va *Haemophilus influenzae* bakteriyalar chaqiradigan infeksiya turiga kiradi. OIV o‘pka zararlanishi bilan rivojlanadi, bulardan eng xavflisi o‘pka silidir.

OIV infeksiyali bemorlarda hujayra immunitetining susayishi hisobiga, hayot uchun xavfli bo'lgan, virus va zamburug'lar chaqiruvchi OYI, ya'ni [II 13 va og'ir zotiljam rivojlanishi mumkin.

3-jadval. OIV bilan yashovchilarda nafas yo'llari kasalliklari.

Infeksiyalar	Ko'p uchraydigan asoratlari
Bakterial	
Pnevmonokokkli zotiljam	Plevra empiyemasi, plevraga suyuqlik to'planishi, o'pka abssessi
Zotiljam. Qo'zg'atuvchisi Haemophilus influenzae	Plevraga to'planish, o'pka abssessi Plevra empiyemasi
Zotiljam. Qo'zg'atuvchisi Klebsiella pneumoniae	Plevra empiyemasi, plevraga suyuqlik to'planishi
Stafilokokkli zotiljam	O'pka abssessi, plevra empiyemasi, plevraga suyuqlik to'planishi
O'pka sili	Plevraga suyuqlik to'planishi, o'pka abssessi, plevra empiyemasi, perikardga suyuqlik to'planishi
Zotiljam qo'zg'atuvchisi MAS	Ba'zan: abssess (ko'proq immunitet qayta tiklanish sindromida)
Virusli	
SMV-infeksiya	Пневмонит (O'lim ko'rsatkichi yuqori)
SL-infeksiya	Pnevmonit (O'lim ko'rsatkichi yuqori)

Zamburug‘li	
Pnevmonsistli	Pnevmotoraks
Kriptokokkoz	
Gistoplazmoz	
Aspergillez	O‘pka abssessi
boshqa kasalliklar	
Kaposhi sarkomasi	Plevral yoki perikardial bo‘shliqlariga suyuqlik to‘planishi
limfomalar	Plevral yoki perikardial bo‘shliqlariga suyuqlik to‘planishi
Karsinoma (OIV bilan bog‘liq bo‘lmagan)	Perikardial bo‘shliqlariga suyuqlik to‘planishi

2.2.1. Bakterial etiologiyali pnevmoniya

Bakterial pnevmoniya hatto nisbatan yaxshi immunitet holatida ham (200 dan ortiq CD4 hujayralar/mkl) paydo bo'lishi mumkin. Immunitet tanqisligi darajasi ortgan sari OITS-indikator kasalliklar qatoriga kiradi. Rentgenologik va ekib ko'rish usullari orqali tasdiqlangan takrorlangan o'tkir pnevmoniya (oxirgi 12 oy ichida bir necha marotaba takrorlangan) OIV bilan kasallanmagan bemorlardagi kabi shifoxona ichi pnevmoniya o'rtasida differensial tashxis qo'yish kerak.

Bakterial infeksiya pastki nafas yo'llarida keng tarqalgan bo'lib, OIV infeksiyali bemorlarda immunitet yetishmovchiligi hisobiga ko'proq uchraydi va og'ir kechadi. Giyohvand moddalarni tomir ichiga qabul qiluvchilarda ko'p uchraydi. (CD4 miqdori yuqori bo'lgan hollarda ham) Eng ko'p tarqalgan qo'zg'atuvchisi - *Streptococcus pneumoniae*.

Bakterial zotiljamda bemor yo'tal, tana haroratining ko'tarilishi, tez-tez ko'krak qafasidagi og'riq, qiyinlashgan va tezlashgan nafasga shikoyat qiladi. Rentgenologik tekshiruvda o'pka bo'laklari zotiljami va bronxopnevmoniya; ba'zan atipik infiltratli o'zgarishlar aniqlanishi mumkin.

Tashxis: Zotiljamga tashxis qo'yishda klinik ko'rinish va rentgen tekshiruvlar natijasiga asoslanib qo'yiladi, ya'ni quyidagilar aniqlanadi: Bo'lak va o'choqli sohalarda xiralashish; Diffuz infiltrat; Tipik bo'lmagan • kovakli o'zgarishlar bilan ham kechishi mumkin.

Davolash. Zotiljamning yengil kechishida va pnevmotsistli zotiljamga shubha qilinmaganda davolashni uy sharoitida olib borish mumkin.

4-jadval. Bakterial zotiljamni davolashda birinchi guruh antibiotiklar.

Antibiotik	Doza	Ichish vaqti	Ichish tartibi	Davolanish davomiyligi

Amoksitsilin (agar iloji bo'lsa penitsillin! ampitsillin. sezuvchanligini aniqlab, preparat in'ektsiyaper [β - laktamaz bilan birga buyuriladi)	500-1000 mg	Kuniga 3 mahal	Ichishga	7 kun yoki ko'proq (Tuzalgunga qadar)
Yoki				
Eritromitsin	500 mg	Kuniga 4 mahal	Ichishga	7 kun
Yoki				
Klaritromitsin	500 mg	Kuniga 2 mahal	Ichishga	7 kun
Yoki				
Azitromitsin	500 mg	Kuniga 1 mahal	Ichishga	3-4 kun
Yoki				
Ftorxinolon, zotiljamga aktiv ta'sir ko'rsatadi (masalan, moksifloksatsin)	400 mg	Kuniga 1 mahal	Ichishga	7 kun
[1.7 i				
Doksitsiklin	100 mg	Kuniga 2 mahal	Ichishga	7 kun

Agar bemor holati birinchi guruh preparatlari bilan davolanishi davomida, ya'ni 72 soat ichida yaxshilanmasa (tana haroratining ko'tarilishi, leykotsitoz, S-reaktiv oqsilini miqdorini oshishi), tezlik bilan shifoxonaga yotqizilib, antibiotiklarning ikkinchi guruhi bilan davolash boshlanadi. (5-jadvalga qarang). Ayrim bemorlarga kislorod ingalyatsiyasi zarur bo'ladi (bunday holatlarda o'pka sili yoki pnevmotsistli zotiljamga gumon qilinadi). Zotiljamning o'rta va og'ir darajalarida shifoxonada davolanishga ko'rsatma bo'ladi.

5-Jadval Bakterial zotiljamni davolash uchun ikkinchi guruh antibiotiklar

Antibiotiklar	Miqdori	Ichish vaqti	Ichishga ko'rsatma	Davolash davomiyligi
Seftriakson + Eritromitsin	500 mg	Kuniga 1 mahal Kuniga 4 marta		7 kun
Yoki				
Ampitsillin+ sulbaktam	1500 mg	Kuniga 3 mahal		
eritromitsin	500 mg	Kuniga 4 marta		
Yoki				
Ftorxinolon, zotiljamga aktiv ta'sir ko'rsatadi (masalan, moksifloksatsin)	400 mg	Kuniga 1 mahal	ichish	
[1.7I]				

Xloramfenikol (agar boshqa preparatlar bo'lmaganda)	12.5mg/kg (asos bo'yicha hisoblab chiqiladi)	Kuniga 4 mahal	tui	pun
--	--	-------------------	-----	-----

Agar empirik antibakterial davolash 72 soat ichida yaxshi natija bermasa, OITS va o'pka silini inkor qilish lozim. Pnevmonsistli zotiljamga "oltin standart" usulida tashxis qo'yiladi - antibakterial davolashdan oldin bronxoalveolyar lavaj bilan birga qo'zg'atuvchi ajratib olinadi. Balg'amni ekish va qonni mikrofloraga ekish maqsadga muvofiq bo'lib, shu bilan birga MBTga ham (ekishni 5 martagacha qaytarish mumkin).

2.2.2. ATIPIK MIKOBAKTERIYALAR CHAQIRUVCHI INFEKSIYA.

Mycobacterium avium-intracellulare (MAK yoki MAYI) kompleksi chaqiruvchi infeksiyalar, silga qaraganda kam hollarda uchraydi.

Tana haroratining ko'tarilishi; Tana vaznining kamayishi; Tungi terlash; Ich ketishi, Kam quvvatlilik.

Bemor qonida MAK kompleksi aniqlanib topiladi. Tashxisni tasdiqlash uchun yuqori chidamlilikka ega hujayra bakteriyasi, organizm suyuqliklarida va to'qimalarida (orqa miya suyuqligida, qon, bosh miya suyagi va jigarda) ham aniqlanadi.

Tashxis: Tashxis qo'yishning asosiy usuli - maxsus muhitga qonni ekish hisoblanadi. Bemorda klinik belgilarning namoyon bo'lishi, qonda mikobakteriyalar miqdorining yuqori bo'lishiga bog'liq.

Atipik mikobakteriyalar chaqiruvchi disseminirlangan infeksiyada, ko'proq jigar va suyak ko'migi zararlanadi va shu organlardan olingan bioptatlarni Sil-Nilsen usulida bo'yab, qo'zg'atuvchini aniqlash mumkin. Jigar biopsiyasi taxminiy tashxis qo'yish va vaqtdan yutishga yordam beradi.

Davolash

6-Jadval Atipik mikobakteriyalar chaqirgan infeksiyalar

Antibiotik	Miqdori	Ichish vaqti	Ichish tartibi	Davolashni davomiyligi
Birinchi guruh preparatlari				
Klaritromitsin + Etambutol Rifabutin	500-1000 mg	Kuniga mahal	2 Ichishga	6 oy - davomiyligi bemor holatiga bog'liq
	15 mg/kg	Kuniga mahal	1 Ichishga	6 oy: davomiyligi bemor holatiga bog'liq
	300-450 mg	Kuniga mahal	1 Ichishga	6 oy; davomiyligi bemor holatiga
MAK ga nisbatan yuqori aktivlikdagi boshqa preparatlar				
Azitromitsin	500-1200 mg	Kuniga mahal	1 Ichishga	6 oy
Siprofloksatsin	500 mg	Kuniga mahal	2 Ichishga	6 oy
Amikatsin	5mg/kg/sut yoki	Kuniga mahal	1 tui v/v	4 haftagacha
	7,5 mg/kg/sut	Kuniga marta	2	

* MAKka Rifampitsin ta'sir qilmaydi.

RVK terapiya bilan birga antibakterial davoni boshlash muhim, chunki MAKni faollashish xavfi va immunitetning qayta tiklanish sindromini rivojlanmasligini oldini olish maqsadida. Davolanish vaqtida bemorning holati yaxshilansa, preparatlarni organizm yaxshi qabul qilsa, RVK davoni boshlash zarur.

MAK chaqirgan infeksiyani 4-6 hafta davolagandan so'ng RVK davoni boshlash mumkin. 6 oydan so'ng limfotsitlar soni, $CD4 > 100/mk$ dan oshsa, antibiotiklar miqdorini kamaytirib yoki quvvatlovchi davo kursiga o'tkazish mumkin (ikkilamchi profilaktika).

MAK qo'zg'atuvchisi chaqirgan infeksiyada ikkilamchi infeksiyani, davo kursini samarasi va retsidivni oldini olish uchun 6 oy davomida muolajani olib borish kerak.

MAK infeksiyani klinik belgilari yo'qolganda (davo kursi to'liq olib borilganda), $CD4$ limfotsitlar soni 3-6 oy davomida turg'un ko'tarilib turganda, ikkilamchi profilaktik davoni to'xtatish mumkin.

Ba'zan RKT ta'siri natijasida immunitetning qayta tiklanish sindromi va MAK infeksiyasining avj olishi ham kuzatiladi.

2.2.3. PNEVMOTSISTLI ZOTILJAM

PSZ — OIV infeksiyasi bilan birgalikda ko'p tarqalgan opportunistik infeksiyadir.

Qo'zg'atuvchisi — zamburug' *Pneumocystis jirovecii* (oldingi nomi — *Pneumocystis carinii*). Pnevmonsistli zotiljam o'tkir boshlanishi bilan xarakterlanadi. (2 hafta ichida quruq yo'tal) Yo'tal, hansirash va tana haroratini ko'tarilishi tipik belgilar hisoblanadi.

PSZ bilan og'rigan bemorlarda nafas yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi: hansirash va sianoz. Ayrim hollarda fizikal auskultativ tekshiruvda o'pkaning yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. PSZ og'ir kechadi va o'z vaqtida davo olib borilmasa, o'limga olib keladi.

Tashxisi: OIV infeksiyali bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, nafas yetishmovchiligi, sianoz, yo'tal klinik belgilari kuzatilsa, tashxis qo'yiladi. Bemorda quruq yo'tal bo'lishi mumkin, fizikal tekshiruvda o'pkaning zararlanish belgilari kuchsiz yoki umuman bo'lmasligi mumkin.

Rentgenologik **ўзгаришлар**: **ГОМОГЕН** soyalanish (xira oyna tipida) pastki yoki hamma bo'limida ikkala o'pka yuqorisida (doimo emas); ikkala o'pkada o'choqli

o'zgarishlar, zotiljam va o'pka sili bakterial ham shunga o'xshash. O'pka sili bilan solishtirilgan tashxis talab qilinadi.

Ko'p hollarda PSZ tasdiqlansa-da, rentgenologik tekshiruvlarda o'pkaning zararlanish belgilari kuzatilmaslari mumkin. "Oltin standart" bo'lib bu bronxoalveolyar yuvindi suvi (lavaj) tekshiruvidir. Yo'talda yoki aspiratsiyada bronxoalveolyar lavaj qilinganda balg'amda *Pneumocystis jirovecii* aniqlanganda tashxis tasdiqlanadi. PSZ tashxisida bronxoskopiya qilishning iloji bo'lmasa, tashqi nafas olish funksiyasi va arterial qondagi gazlar ko'rsatkichini pasayishiga qarab tasdiqlanadi. Bioximik tekshiruvlarda qonda LDG ning ko'rsatkichi yuqori bo'ladi. Davolash tashxis qo'yilganidan so'ng darhol boshlash zarur.

Davolash: Davolash statsionar sharoitda olib boriladi. Qo'shimcha patogenetik va simptomatik davo choralari talab qilinadi - kislorodli ingalyatsiya. O'tkazish ham yaxshi natija beradi.

Davo sxemasi 9 va 10 jadvalda.

7-jadval PSZ davolashda birinchi guruh preparatlar

Mikrobgaga qarshi preparatlar	Miqdori	Ichish vaqti	Qabul qilish yo'li	Davolanish davomiyligi
TMP/SMK	240/1200 (tana vazni < 60 kg) 4 yoki 320/1600 (tana vazni > 60 kg)	Kuniga 4 mahal	Ichish yoki t/i	21 kun

8-Jadval. PSZ davolashda ikkinchi guruh preparatlar

Mikrobgaga qarshi preparatlar	Miqdori	Ichish vaqti	Qabul qilish yo'li	Davolanish davomiyligi
-------------------------------	---------	--------------	--------------------	------------------------

Klindamitsin Primaxin	600 mg	Kuniga	ichishga,	21 kun
	15 mg	4 mahal Kuniga 2 mahal	t/i ichishga	

Qo'shimcha patogenetik davo sifatida prednizolonning 60-120 mg kuniga ichishga yoki tomir ichiga 1-2 hafta davomida. (O'pkaning interstitsial shishi kamayadi). Og'ir zotiljamda o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi yoki kislorodli ingalyatsiyani qo'llash zarur. ($SpO_2 < 92\%$). Davo Preparatlarning nojo'ya ta'siriga qarab, buyrak tomonidan va suyak ko'migida buzilishlar bo'lishi mumkin (TMP/SMK). Haftada ikki marta qon tahlilini o'tkazib, tekshirib baholab turish kerak. PSZning o'tkir belgilari yo'qolgandan so'ng PSZning ikkilamchi profilaktikasini TMP/SMK 160/800 mg miqdorda kuniga 1 mahal ichishni davom ettirish kerak; CD-4 ko'rsatkichi bemorda $>200/\text{mkldan}$ ko'tarilsa yoki shu holda turg'un saqlanib tursa profilaktikani to'xtatish mumkin va ba'zan 3 oygacha davom ettiriladi.

1. Boshqa etiologiyali zotiljam. Zotiljamni qo'zg'atuvchisiga virus va zamburug'lar ham kiradi. Bu infeksiyani laborator tekshiruvlarsiz tashxislash va davolash qiyinchilik tug'diradi. Virusli zotiljam qo'zg'atuvchisi oddiy herpes virusi, uchuk (virus varicella-zoster) va SMV ham bo'lishi mumkin. PSZdan tashqari zotiljamni boshqa zamburug'lar ham chaqirishi mumkin: Histoplasma capsulatum, Cryptococcus neoformans va Aspergillus spp.

Tashxis: Zotiljamda antibiotiklar bilan standart davolash samara bermasa, o'pka sili yoki virus, zamburug' va boshqa qo'zg'atuvchilar chaqirgan 9-Jadval. OIV infeksiyasi bilan kasallanganlarda ko'p uchraydigan oshqozon-ichak traktidagi belgilar.

Infeksiya	Klinik belgilari va diagnostika	Davosi
-----------	---------------------------------	--------

Salmonellez (<i>Salmonella typhi</i> va <i>paratyphi</i>)	Tana haroratining ko'tarilishi, qorin sohasidagi og'riq, diareya (ayrim hollarda axlatda qon bo'lishi), ozish, ishtaha pasayishi, jigar va taloqning kattalashishi, splenomegaliya. Diagnostika: qon va axlatni ekish.	Siprofloksatsin 500 mg ichishga kuniga 2 mahal >2 hafta
Shigellez	Tana haroratini ko'tarilishi, qorinda og'riq, diareya, axlatda qon va yiring bo'lishi. Diagnostika uchun: qon va axlatni ekish.	Siprofloksatsin 500 mg ichishga kuniga 2 mahal 7-10 kun davomida yoki Nalidiksin kislota 500 mg ichishga kuniga 4 mahal 7-10 kun davomida yoki '1 mP/SMK 60/800 mg kuniga 2 mahal 7-10 kun davomida
Kriptosporidioz	Suv singari diareya, ishtahani yo'qolishi, subfebril tana harorati. Diagnostika: axlatning mikroskopik tekshiruvi	Paromomitsin qichish uchun kuniga 2 mahal azitromitsin 600 ichishga kuniga 2 mahal 4 kun davomida so'ng faqat paromomitsin 8 hafta davomida (2). 21). Davo ko'proq o'ffektisiz(22).

Mikrosporidioz	Suv singari diareya, ishtahani	Albendazol 400 mg ichishga
	YO‘QOLISHI, subfebril tana harorati. Diagnostika: axlatning mikroskopik tekshiruvi	kuniga 2 mahal 4 hafta: Agar effekt bo‘lmasa: Mebendazol 200 mg ichishga kuniga 3 mahal (albendazol ko‘proq mebendazolga nisbatan effektlir) (23)

2.2.4. KANDIDOZ

Ikkala jinsda ham oshqozon-ichak traktida *Candida albicans* ko‘payadi. *C. albicans* har uchta sog‘lom ayolning bittasida qin mikroflorasida aniqlanadi.

Ayollarda qin kandidozida qindan "tvorogsimon" ajralma kelishi, tashqi jinsiy a‘zolarida va qinda qichishish. Eraklarda genital kandidozda balanit yoki balanopostit rivojlanadi, jinsiy olat uchida ajralma va qichishish kuzatiladi. Og‘iz bo‘shlig‘i kandidozida ("molochnitsa") shilliq qavatlar yallig‘lanishi va qattiq oqarish bilan qoplanishi ("tvorogsimon") kuzatiladi. *Candida albicans* terini zararlanishini chaqirishi mumkin - teri qichishishi bilan kechuvchi dermatit. Kuchaygan immun tanqisligidagi og‘iz bo‘shlig‘i kandidozi qizilo‘ngachda ham tarqalishi mumkin.

Bronxlar zararlanishi yoki disseminatsiyalangan infeksiya kam uchraydi. Simptomlari: og‘iz bo‘shlig‘i kandidozi quyidagi a‘zolar zararlanishi bilan kechadi: lunj, til, og‘iz, halqum, milk, qattiq va yumshoq tanglayda. Belgilarsiz kechishi mumkin; ayrim hollarda bemor ovqat yeganda og‘izdagi achishishga shikoyat qiladi. Ba’zi bemorlar og‘iz bo‘shlig‘ida oqish qatlamlar va oq dog‘lar paydo bo‘lishiga shikoyat qiladi.

Qizilo‘ngach kandidozida quyidagi shikoyatlar paydo bo‘ladi:

Ovqat yutganda og‘riq; to‘sh ortida, qizilo‘ngach bo‘ylab og‘riq; so‘lak ajralishining kuchayishi. Kandidoz faqat OIV infeksiyali bemorlarda emas, boshqa kategoriyali aholida ham uchraydi: Og‘iz orqali kontratseptiv preparatlar qabul qiluvchi sog‘lom homilador ayollar va sog‘lom ayollar; Chaqaloqlar, asosan chala

tugʻilganlar; Uzoq muddat keng taʼsir doirali antibiotiklar qabul qilgan bemorlar; steroid gormon qabul qilgan bemorlar; Qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlar; Tugʻma va orttirgan immunitanqislikka uchragan shaxslar;

Kuchsizlangan va holsizlangan bemorlar; Ovqatlanishning ogʻir buzilishi boʻlgan bemorlar; Nur yoki kimyoterapiya olayotgan onkologik bemorlar.

Diagnostika. Ogʻiz halqum kandidoziga tashxis qoʻyishda klinik koʻrinishiga va ogʻiz boʻshligʻi shilliq qavatidan olingan surtmani mikroskopik natijasiga asoslanib qoʻyiladi.

Koʻrilganda shilliq qavatning yalligʻlanishi, qizarishi va oq plakchalar, oq "tvorogsimon" qarashlar kuzatilishi yoki kuzatilmasligi mumkin. Tanglay, halqum, milk, til va luj yalligʻlanishi mumkin, til qizarib soʻrgʻichlari tekislangan boʻlishi mumkin. Tashxisni tasdiqlash maqsadida faqat qiziloʻngach kandidozida zararlangan toʻqima va oʻpka aspergillyoziga shubha qilinsa biopsiya oʻtkazish kerak.

Qiziloʻngach kandidozida diagnostika qilishda klinik belgilariga yaʼni yutingandagi ogʻriqqa, toʻsh ortidagi ogʻriq, qiziloʻngach boʻylab ogʻriqqa va yutinganda kuchayib boruvchi, FEGDSda xarakterli oʻzgarish boʻlishiga qarab qoʻyiladi.

Disseminrlangan kandidozda zararlangan organlar tomonidan belgilar va tana haroratining koʻtarilishi bilan namoyon boʻladi, kamroq hollarda kuzatiladi.

Davosi: Kandidoz bilan zararlangan sohaga qarab mikonazol yoki klotrimazol bilan davolanadi.

Mahalliy zamburugʻga qarshi preparatlar yordam bermaganda tomir ichidan ketokonazol, flukonazol, itrakonazol, amfoteritsin B qilish mumkin. Tomir ichi va mahalliy zamburugʻga qarshi dori vositalari bilan birgalikda qoʻllanganda kutilgan natijani beradi.

10-Jadval. Ogʻiz boʻshligʻi kandidozining davosi.

Zamburugʻga qarshi dorilar	Miqdori	Ichish vaqti	Qoʻllanish yoʻli	Davolanish davomiyligi
----------------------------	---------	--------------	------------------	------------------------

Birinchi guruh preparatlari				
Mikonazol	So‘rish uchun tabletka	Kuniga 1 mahal	Tabletkani lunjda to‘liq eriguncha ushlab turish kerak	7 kun
Flukonazol	mg	Kuniga 2 mahal 3 kun, so‘ng kuniga 1 mahal 4 kun	ichishga	7 kun
Ikkinchi guruh preparatlari				
Itrakonazol	200-400 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	7 kun

11-Jadval. Kandidozli vulvovaginitning davosi

Zamburug‘ga qarshi dorilar	Miqdori	Ichish vaqti	Qo‘llanish shakli	Davolanish davomiyligi
Birinchi guruh preparatlari				
Flukonazol	200 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	7 kun
Klotrimazol	500 mg	Kuniga 1 mahal	Intravaginal	7 kun
Ikkinchi guruh preparatlari				
Ketokonazol	200 mg	Kuniga 2 mahal	ichishga	3 kun so‘ng
Ketokonazol	200 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	7 kun
Kuyvatlovchi terapiya				

Nistatin	2-4 mln yed.	Kuniga 2 mahal	ichishga	10 kun
yoki				
Flukonazol	200 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	10 kun
Uchinchi guruh preparatlari				
Ketokonazol	200 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	Davolashga bo'lgan javobga qarab, o'rtacha 14 kun
Itrakonazol	100 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	Davolanishga bo'lgan javobga qarab, o'rtacha 14 kun

12-Jadval Kandidozli ezofagit va dissiminirlangan kandidozning davosi

Zamburug'ga qarshi preparatlar	Miqdori	Ichish vaqti	Qo'llanish shakli	Davolanish davomiyligi
Birinchi guruh preparatlar				
Ketokonazol	200-400 mg	Kuniga 2 mahal	Ichishga	21 kun
Flukonazol (ketokonazoldan effektivroq)	200-400 mg. 3 kundan so'ng (klinikasiga qarab) miqdorni 200 mg gacha kamaytirish mumkin	Kuniga 1 mahal	Ichishga-t/i	21 kun
Ikkinchi guruh preparatlar				
Amfoteritsin V	0,3-0,5 mg/kg	Kuniga 1 mahal	t/i	14 kun

yoki				
Itrakonazol	200-400 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	14 kun

Kandidozli ezofagit bilan og‘riganda konazol (100 mg) yoki ketokonazol (200 mg); barcha preparatlar kuniga 1 mahal ichish uchun beriladi. Agarda kursning effekti bo‘lmasa, oddiy virus gerpesi uchun tekshiruv o‘tkazish kerak bo‘ladi yoki SMV-ezofagitga, buning uchun FEGDS o‘tkazish shart hisoblanadi, iloji bo‘lsa davoni qaytarish kerak.

2.2.5. KRIPTOKOKKLI MENINGIT MENINGIT-KRIPTOKOKKOZNING ENG ASOSIY BELGISI. O‘PKA VA DISSEMINATSIYALANGAN KRIPTOKOKKOZ KAMROQ UCHRAYDI.

Kriptokokkli meningit — OIV infeksiyali bemorlarda sistemali kasallik bo‘lib, qo‘zg‘atuvchisi zamburug‘lar hisoblanadi. Davolanishsiz kriptokokkli meningit bilan og‘rigan bemorlarning o‘rtacha yashashi bir oydan kam bo‘lishi mumkin. Kasallik bemorlarda kuchaygan immunotaniqlik vaqtida ko‘proq kuzatiladi. ($CD4 < 100-200/mkl$).

Диагностика. Bemorda; bosh og‘rig‘i, orqa miya mushaklari tortilishi yoki bosh miya nervlarining zararlanishi belgilari; xotirani yo‘qotib koma holati ham kuzatiladi. Ayrim hollarda miya qobig‘ini yallig‘lanishi belgilari bo‘lmasligi ham mumkin. Orqa miya suyuqligini lyumbal punksiya qilib tekshirish shart. Qo‘zg‘atuvchini orqa miya suyuqligi sentrifuga qilingandan keyingi qoldiqdan mikroskop orqali ko‘rib ham aniqlash mumkin. (tush bilan bo‘yab).

Surtmada achitqi hujayralari, yo‘g‘on kapsula bilan o‘ralgan holda bo‘ladi. Diagnostikaning boshqa usuli orqa miya suyuqligidan olingan kriptokokkli kulturani ekish hisoblanadi. Yana bir diagnostika usuli orqa miya suyuqligi va qonda kriptokokk antigenlarini aniqlashdir. Sil meningiti bilan differensial diagnostika maqsadida orqa miya suyuqligini ekish va MBT o‘tkazish lozim.

Davolash:

13-Jadval Kriptokokkli meningitni davolash

Zamburug‘ga qarshi preparatlar	Miqdori	Ichish vaqti	Qo‘llash usuli	Davolanishning davomiyligi
Birinchi guruh vositalar				
Amfoteritsin V -4-	0.7-1.0 mg/kg	Kuniga mah Kuniga 4	t/i	14 kun
5-ftorsitozin	25mg/kg	mahal		
So‘ng flukonazol	mg	Kuniga I mahal	ichishga	10 haftadan kam bo‘lmagan.
Flukonazol	200 mg	Kuniga 1 mahal	ichishga	Bir umr
Ikkinchi guruh vositalar				
Amfoteritsin B 5-ftorsitozin	0.7-1.0 mg/kg 25 mg/kg	Kuniga 1 mahal Kuniga bir sutka	t/i	6-10 hafta
yoki				

Ikkilamchi ximioprofilaktika yoki quvvatlovchi terapiya

Bir umrlik ikkilamchi ximioprofilaktika zarur; buning uchun flukonazol, 200 mg kuniga 1 mahal ichish lozim.

Alternativ preparat bu uzoq vaqt ikkilamchi ximioprofilaktika qabul qilish itrakonazol, 200 mg kuniga 1 mahal umrbod ichish uchun. Profilaktikani davom ettirish va to‘xtatish aniq ko‘rsatma immun tizimining ko‘tarilishi. (CD4 >200/mkl)

4.5. Nerv tizimi infeksiyasi.

Markaziy nerv tizimining zararlanishini bakterial, virusli va zamburug‘li opportunist infeksiyalar chaqiradi. Eng ko‘p uchraydigan infeksiyon tabiatga ega bo‘lgan MNT zararlanishi:

Toksoplazmoz; Gerpetik ensefalit; Sitomegalovirusli ensefalit;

Kriptokokli meningit

OIV to'g'ridan-to'g'ri OITS-demensiya (OIV ensefalopatiya) sindromini rivojlanishiga sabab bo'luvchi MNT zararlanishi mumkin.

MNT zararlanishi boshqa etiologik faktorlarini inkor qilish bilan diagnostika qilinib, og'ir kechishi bilan xarakterlanib, hayot uchun yomon oqibatlar tug'diruvchi hisoblanadi.

OIV infeksiyasi bilan bog'liq infeksiyon va noinfeksiyon genezli MNT va periferik nerv tizimining nevrologik simptom va sindromlari to'g'risida ma'lumotlar bor: Bosh miya atrofiyasi va degeneratsiyasi; Miyacha atrofiyasi; Vakuolyar miyelopatiya; Giyen-Barre sindromi.

Sensor va motorli periferik neyropatiya og'riqli sindrom bilan

(RVKT nojo'ya ta'siri bilan differensial diagnostika lozim).

Yuz nervi paralichi.

4.5.1. TOKSOPLAZMOZ

Toksoplazmoz OITSda ko'p uchraydi. U bosh miyada bitta yoki ko'p o'choqli yallig'lanishni rivojlanishiga olib keladi. OITSda toksoplazmoz ensefalit yoki tarqalgan infeksiya ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Diagnostikasi. Toksoplazmozli bemorlarda kuzatiladigan klinik ko'rinishlar: Hushidan ketish; Иситма;Талваса;Бонш og'riq; O'choqli nevrologik belgilar (fikrlash buzilishi, parez va paralichlar, harakat buzilishlari, muvozanat holatlarining buzilishi, ko'rish maydonining torayishi, afaziya), ayrim bemorlarda kuchsiz namoyon bo'ladi yoki umuman bo'lmasligi mumkin.

O'choqli nevrologik belgilar kasallik avj olib borgan sari namoyon bo'ladi va kuchayadi. Bosh miyani KT yoki MRT o'tkazish lozim. Miya sili bilan qiyosiy tashxis qilish kerak bo'ladi. Bemorda bosh miya KT va MRTsida perifokal yallig'lanish maydonlari bilan o'ralgan bitta yoki ko'plab aylana va doirasimon o'choqlar topiladi.

Serebral toksoplazmozni ko'pchilik bemorlarda diagnostika qilishda yordam beruvchi Toxoplasma gondii (aniqlanadi IgG) chaqirgan oldingi

O'tkazilgan infeksiyaning serologik belgilari aniqlanadi. IgM, odatda aniqlanmaydi. Toksoplazmozga gumon qilinganda kechiktirmay sinov davosini boshlash kerak.

Agar 2 haftalik sinov davosi klinik natija bermasa, bu bosh miyani biopsiya qilishga ko'rsatma bo'ladi. Tashxis biopsiyaga olingan bosh miya to'qimalarini gistologik tekshiruvlariga asoslanib tasdiqlanadi.

14-Jadval, Toksoplazmozni davolash

Antivirus preparat	Dozasi	Qabul qilish chastotasi	Qo'llash usuli	Davolash davomiyligi
Pirimetamin	200 mg	Bir marotaba (yuqori doza)	Ichishga	Bir marotaba
keyin pirimetamin Folinat kalsiy Sulfadiazin	25 mg yoki 50 mg	kunda 2 mahal 1 kunda 2 mahal sutka	Ichishga	6-8 hafta
		1 kunda 1 mahal	Ichishga	6-8 hafta
		1 kunda 4 mahal	Ichishga	6-8 hafta

Jadvalda keltirilgan sxemadagi sulfadiazinni quyidagi preparatlardan biriga almashtirish mumkin:

klindamitsin, 600 mg v/i yoki ichishga, 1 kunda 4 mahal, 6 hafta davomida, azitromitsin, 1200 mg ichishga 1 kunda 1 mahal 6 hafta davomida, klaritromitsin, 1 g ichishga 1 kunda 2 mahal 6 hafta davomida, atovakvon,

750 mg ichishga kunda 4 mahal 6 hafta davomida.

Davolashning intensiv fazasi 6-8 hafta davomida o'tkaziladi.

Ba'zi bemorlarda o'tkir infeksiyani nisbatan uzoqroq intensiv davolash lozim bo'ladi. Davolashning nisbatan maksimal davomiyligi yuzasidan standart tavsiya yo'q. Qo'llab-quvvatlovchi davolashga o'tish klinik ko'rsatmalarga va dinamikada KT va MRT tekshiruv natijalariga asoslanib qaror qabul qilinadi.

Ikkilamchi profilaktika uchun intensiv fazadagi davolashda samara bergan preparatning kunlik yarim dozasi belgilanadi. Davolash CD-4 limfotsitlar soni 3 oy mobaynida $>200/\text{mkl}$ ko'rsatkichda saqlanganiga qadar davom ettiriladi.

4.5.2. Oddiy herpes virusi chaqirgan infeksiya

OGV - infeksiya klinik amaliyotda ko'p uchraydi.

Herpesning birlamchi epizodlaridan keyin tez retsidivlar kuzatiladi. Immunodefitsitli bemorlarda gerpetik zararlanish nisbatan keng va uzoq kechuvchi bo'ladi, tarqalgan infeksiya bo'lishi mumkin. OGV meningit va meningoensefalit chaqirishi mumkin.

Diagnostikasi. OGV-infeksiya tashxisi odatda xos bo'lgan klinik belgilariga qarab qo'yiladi: Qizargan shishgan asosdagi vezikulalar va og'riqli yuzaki eroziyalar, yaralar, og'iz atrofida, burun qanotlari atrofida, lab va/yoki jinsiy a'zolarida joylashgan pufakchalar ko'riladi.

Ko'p hollarda generalizatsiyalashgan OGV-infeksiya tashxisini qo'yish qiyin bo'ladi. Alohida tekshirish usullari lozim bo'ladi: hujayra kulturasida virusni o'stirish, monoklonal antitanachalar bilan to'g'ridan-to'g'ri immunofluoressensiya usuli, qonda 1, 2 tipdagi OGV miqdorini aniqlash uchun PZR, SMJ. OGV bilan chaqirilgan ensefalit KT va MRT bilan aniqlanuvchi bosh miyaning ko'p sonli zararlanish o'choqlari rivojlanishiga olib keladi.

15 jadval. OGV-infeksiyasini davolash: yengil shakli

Antivirusli preparat	Dozasi	Qabul qilish chastotasi	qo'llash usuli	Davolash davomiyligi
1-qator preparatlari				
Atsiklovir	400 mg	1 kunda 3 mahal sutki	Ichishga	7-10 kun
yoki				
Famsiklovir	250 mg	kunda 3 mahal	Ichishga	7-10 kun
yoki				
Valatsiklovir		kunda 2 mahal	Ichishga	7-10 kun

16-Jadval. OGV infeksiyasini davolash: retsidivlar bo'lganda

Antivirusli preparat	Dozasi	Qabul qilish chastotasi	qo'llash usuli	Davolash davomiyligi
BIRINCHI preparat tanlovi				
Atsiklovir	800 mg	1 kunda 5 mahal		7-10 kun
Yoki				
Famsiklovir	500 mg	1 kunda 3 mahal	Ichishga	7-10 kun
Yoki				
Valatsiklovir		1 kunda 2 mahal	Ichishga	7-10 kun

17-Jadval. OGV infeksiyasini davolash: og'ir shakli

Antivirusli preparat	Dozasi	Qabul qilish chastotasi	qo'llash usuli	Davolash davomiyligi
Ikkinchi qator preparatlari				
Atsiklovir	10 mg/kg	1 kunda 3 mahal	v/i	7-10 kun
Yoki				
Valatsiklovir		1 kunda 2 mahal	Ichishga	7-10 kun

2.2.6. O'RAB OLUVCHI TEMIRATKI

Urmalovchi temiratki virusi bilan (varitsella-zoster) chaqirilgan birlamchi infeksiya, ko'p hollarda generallashtgan shaklda kechadi.

Birlamchi infeksiya suv chechak kasalligini chaqiradi, kasallikdan so'ng hech qanday kasallik simptomlari va belgilari kuzatilmaslgi mumkin. Orqa miya gangliyalarida yillar davomida virus latent holatda saqlanishi mumkin. Har qanday

etiologiyali immunodefitsit holatda virus faollashadi, ko'payadi va dermatoma chegarasida nerv bo'ylab teri zararlanishini chaqiradi. (O'rab oluvchi temiratki).

Zararlangan dermatom chegarasida herpesga xos toshmalar kuzatiladi.

Teri asab tizimi, o'pka va shilliq qavatlarni zararlovchi disseminlangan shakli rivojlanishi mumkin. Immunodefitsitli bemorlarda o'rab oluvchi temiratki bir qancha dermatom chegarasidagi nerv va teridagi keng va retsidiylangan zararlanish bilan kechadi. Va kuchli og'riq va

kamquvvatlik beradi. O‘rab oluvchi temiratki kasalligining gerpesdan keyingi asorati sifatida og‘riqli nevrалgiya, ganglionitlar, dermatom chegarasida giperpigmentatsiya va chandiqli o‘zgarishlar kuzatilishi mumkin.

Diagnostikasi: Diagnostika odatda klinik manzarasiga qarab qo‘yiladi.

18-jadval. O‘rab oluvchi temiratki davosi (dermatoma chegarasida)

Antivirusli preparat	Dozasi	Qabul qilish chastotasi	Qo‘llash usuli	Davolash davomiyligi
Birinchi qator preparatlari				
Atsiklovir	800 mg	kunda 5 mahal	Ichishga	10-14 kun yoki zararlanish so‘nguncha
Valatsiklovir		kunda 3 mahal	Ichishga	10-14 kun
Yoki				
Famsiklovir	500 mg	1 kunda 3 mahal	Ichishga	10-14 kun

O‘rab oluvchi temiratkini ko‘p va og‘ir asorati gerpesdan keyingi nevrалgiyadir. U dermatoma chegarasida nerv yo‘llari bo‘ylab kuchli og‘riq beradi va bemorlar buni og‘ir o‘tkazadi. Og‘riqsizlantirish uchun nosteroid yallig‘lanishga qarshi preparatlar (NSYAQP) buyuriladi. Agar NSYAQP yordam bermasa, gabapentin, amitriptilin, karbamazepin yoki fenitoin buyurish mumkin.

2.2.7. LIMFOIDLII INTERSTITSIAL PNEVMONIT

Limfoidli interstitsial pnevmonit asosan bolalarda uchraydi, biroq OITS bo‘lgan kattalarda ham uchraydi. O‘pkada diffuz interstitsial infiltratlar bo‘lishi xarakterli, bularni sil yoki PCP ni namoyon bo‘lishi deb ham qabul qilish mumkin. Biroq limfoidli interstitsial pnevmonitda aksariyat bemorlarda o‘pkaning og‘ir zararlanish belgilari bo‘lmaydi. Limfoidli interstitsial pnevmonitning maxsus davosi yo‘q.

P. Umumiy simptomlar

1. OIV infeksiyali kattalarda persistirlanuvchi tarqalgan limfadenopatiya (PGL)

PGL deb ikki yoki undan ortiq guruh limfa tugunlarini (chov limfa tugunidan tashqari) kattalashishi (diametri 1 sm dan katta) va 1 oydan ortiq saqlanish holatiga aytiladi.

OIV infeksiyasida eng ko'p uchraydigan belgi - limfa tugunlarining simmetrik ravishda tarqalganligi bilan xarakterlanadi. Kattalashgan limfa tugunlari, odatda, og'riqsiz, zich elastik konsistensiyaga ega, harakatchan; bo'yin, qo'ltiq osti, jag' osti va chov limfa tugunlari yaxshi aniqlanadi. Limfadenopatiya OIV infeksiyasining yagona belgisi bo'lishi mumkin. Ko'p hollarda limfa tugunlarining gistologik tekshiruvida faqat "reaktiv giperplaziya" yoki "follikulyar giperplaziya" topiladi. Limfadenopatiya sababini aniqlash uchun kattalashgan limfa tugunini biopsiya qilish kerak.

Diagnostikasi

Mijozni tekshirayotganda quyidagi guruh limfa tugunlarini paypaslash kerak: Oldi va orqa bo'yin limfa tugunlari; Jag' osti limfa tugunlari; Ensa limfa tugunlari; Quloq oldi va quloq orti limfa tugunlari; O'mrov osti va o'mrov usti limfa tugunlari; Qo'ltiq osti limfa tugunlari; Bilak limfa tugunlari; Chov limfa tugunlari.

PGL nafaqat OIV infeksiyasining namoyon bo'lishi mumkin, balki boshqa kasalliklar, masalan sil, leykoz, limfomalar, KS, sifilis, venerik limfogranulema (кўзгатувчиси *Chlamydia trachomatis*), SMV-infeksiya, toksoplazmoz, Epshteyn-Barr virusi chaqirgan infeksiya, kriptokokkoz, gistoplazmoz, terining yiringli zararlanishi, o'lat buboni, gepatit V larda ham uchraydi.

OIV infeksiyasi chaqirgan PGLlarda, OIV infeksiyasining boshqa belgilarini topish mumkin, jumladan: ogiz bUshligi kandidozi, ogiz bUshligi tukli leykoplakiyasi; teridagi kichimali toshimalar; tirnoklar giperpigmentatsiyasi; oral yoki genital herpes; sababsiz tana vaznini yUkotish; sababsiz isitma. Periferik limfa tugunlarining biopsiyasiga kUrsatma PGL bor mijozlarni limfa tugunlari biopsiyasiga yuborish kerak, agar ularda: limfa tugunlarning anik kattalashuvi bUlsa

(kech bUlmasa, bitta limfa tuguni diametri 2 smdan katta bUlsa); limfa tugunlarning simmetrik bUlmagan kattalashuvi aniklansa; 1 haftadan ortiq davr mobaynida tana vaznini kamayishi, isitma va tungi terlash bUlsa; kuzatish davri mobaynida limfa tugunlari kattalashgan holda kolsa; rentgenografik tekshiruvda sil belgilari aniklansa; rentgenografik va ultratovush tekshiruvlarida limfa tugunlari ildiz usti, korin ichi limfa tugunlarining kattalashuvi kuzatilsa,

KS ning har kanday joylashuvi.

OIV infeksiyasi bilan birga kelgan PGL tashxisi boshqa ogir kasalliklarni inkor etmaydi (masalan, limfomani, agar limfa tuguni biopsiyasi Utkazilmagan bUlsa). Shuning bilan bir katorida, mijoz holatining har kanday Uzgarishida, uzok vakt isitmada yoki boshqa gumon kilinayotgan simptomlarda limfa tugun biopsiyasini kaytarish kerak yoki limfadenektomiya kilish kerak.

2. Isitma: Isitma infeksiya yoki yomon sifatli o'sma sababli bo'lishi mumkin. Kattalarda persistirlovchi isitma 2 haftadan ortiq vaqt mobaynidagi tana haroratini 38⁰S dan yuqorida bo'lish holati hisoblanadi. OYUYa da persistirlovchi isitma sababi zotiljam, sil, oshqozon-ichak yo'llari infeksiyasi, limfoma kabi kasallik belgilari sifatida kechishi mumkin. Kattalarda persistirlovchi isitma bilan OIV infeksiyani quyidagi belgilar bo'lganda ko'rish mumkin:

Anamnezda xavfsiz jinsiy munosabatga rioya qilinmagan bo'lsa;

Mijoz sherigi yoki bolasi OIV bilan zararlangani ma'lum bo'lsa;

OIV infeksiyasining boshqa belgilari, jumladan: og'iz bo'shlig'i yoki genital kandidoz; og'iz bo'shlig'i tukli leykoplakiyasi; terida qichimali toshmalar; oral yoki genital herpes; sababsiz ozish; tirnoqlar giperpigmentatsiyasi; lab gipopigmentatsiyasi; sochni noziklashishi va to'g'rilanishi.

OBYAda persistirlovchi isitma OIV infeksiyasining yagona belgisi bo'lishi mumkin, shuning uchun sababsiz persistirlovchi isitma bilan kelgan bemorni tekshirganda unda OIV infeksiya bo'lishi mumkinligini esdan chiqarmaslik kerak.

Z. OIV infeksiyali kattalarda tana vaznini yo'qotilishi. Kattalarda tana vaznini yo'qotilishi ko'p hollarda OIV infeksiyasi bilan bog'liq. Tana vaznini o'ta

yo'qotilishi oxirgi 6 oy mobaynida tana vaznining oldingi vaznidan 10% dan ortiq yo'qotilishi hisoblanadi.

OITSda tana vaznini o'ta yo'qotilishi "OIV-kaxeksiya" nomini olgan. Kaxeksiyaning sababi oxirigacha aniq emas; quyidagi omillar ta'sir etishi mumkin: surunkali va qaytalanadigan infeksiyalar; surunkali diareya; ovqatlanishning buzilishi; OIV bilan bog'liq miopatiya; OIV bilan bog'liq ishtaha yo'qolishi.

Klinik manzarasi: Bemor sababsiz tana vaznini kamayishiga yoki ayrim hollarda isitma va diareya bilan kechuvchi ishtaha yo'qligiga shikoyat qilishi mumkin. OIV-kaxeksiyali bemorlarda o'zini yomon his qilish va holsizlik kuzatiladi, isitma va oziqsizlanish bo'lishi mumkin. Bunday bemorlarda ko'p hollarda og'iz bo'shlig'i kandidozi kuzatiladi. Bemorlarda OITSning boshqa belgilari, jumladan ensefalopatiya, OITS demensiya sindromi kabi nevrologik buzilishlar kuzatilishi mumkin.

4. OIV infeksiyali kattalarda surunkali diareya.

Surunkali diareyadan aziyat chekuvchi katta yoshdagi bemorlar 14 kun va undan ortiq davr mobaynida kuniga 3 va undan ortiq marta yuz beruvchi suyuq ich ketishiga shikoyat qilishi mumkin. Surunkali diareya fonida bemorlarda o'tkir diareya holati kuzatilishi mumkin.

Odatda axlatda qon aralashmasi surunkali dizenteriya holatlari bo'lmasa kuzatilmaydi. Bundan tashqari, bemorlar ishtaha yo'qligiga va tana vaznining kamayishiga shikoyat qiladi. Ko'rik paytida oziqsizlanish, anemiya va ozish belgilari kuzatiladi.

Surunkali diareyasi bor kattalarda ko'p kuzatiladi:

Odatda oziqlanishning buzilishi oqibatida yuzaga keladigan teri va sochning o'zgarishi. Labning gipopigmentatsiyasi; Aniq namoyon bo'lgan tirnoqlarning giperpigmentatsiyasi; Og'iz bo'shlig'i kandidozi, tukli leykoplakiya, limfa tugunlarining kattalashishi. Katta yoshdagi OIV infeksiyali bemorlarda oziqsizlanishni baholash va diareyani davolash Milliy bayonnomaning "OIV bilan yashovchi insonlarga palliativ yordam ko'rsatish" bo'limida batafsil yozilgan.

5. Og'iz bo'shlig'i zararlanishi

OIV infeksiyali shaxslarda kandidoz bilan bir qatorda og‘iz bo‘shlig‘ining boshqa kasalliklarini ham kuzatish mumkin (G bo‘lim.5.Z yuqorisiga qaralsin). Ulardan ayrimlari 21-jadvalda keltirilgan. 20-jadval. OIV bilan kasallanganlarda og‘iz bo‘shlig‘ida ko‘p uchraydigan kasalliklar sharhi va davosi.

Kasallik	Klinik manzarasi	Davosi
Gingivit	Milkning giperemiyasi, shishi va qonashi	Metronidazol, 400 mg dan ichishga 1 kunda 2 mahal 7 kun davomida Yoki eritromitsin, 500 mg dan ichishga 1 kunda 4 mahal 7 kun davomida
Pioreya	Tish milk cho‘ntaklarida yiring to‘planishi	Har ovqatlangandan so‘ng tuzli iliq suv bilan og‘iz chayqaladi; tishlarni bir kunda 2 marotaba tozalash
Periodontit	Tish atrofidagi suyak va yumshoq to‘qimalarning tezda og‘riqli zararlanishi: milklarning qonashi, tishlarning tushishi, yaralar	Og‘iz bo‘shlig‘i sanatsiyasi, o‘lgan to‘qimalarni olib tashlash, xlorxeksidin eritmasi bilan og‘iz bo‘shlig‘ini chayqash. Amoksitsillin 500 mg dan ichishga bir kunda 3 mahal yoki metronidazol 200 mg

tarqalib follikulitlarni keltirib chiqaradi, o‘z navbatida bu holat, ko‘p hollarda surunkali bakterial infeksiya degan xato fikrni

o‘rgatadi. Davolashda zamburug‘ga qarshi preparatlarni ichganda ham uzoq vaqtni talab etadi. Kasallik retsidiv berishga moyil hisoblanadi.

Diagnostikasi. Qo‘zg‘atuvchini teridan olingan qirindidan mikroskop orqali topiladi. Zamburug‘ turini esa ekish orqali aniqlanadi.

Davolash odatda zamburug‘ga qarshi maz va kremlar ishlatilishi yaxshi natija beradi. Quyida dermatomikozlarni davolash uchun ishlatilishi mumkin bo‘lgan preparatlar keltirilgan. (26-jadvalga qarang).

21-jadval. Dermatomikozlarni davolash

Zamburug‘ga qarshi preparat	Dozasi	Qabul qilish chastotasi	Qo‘llash usuli	Davolash davomiyligi
1-qism preparatlari				
Mikonazol	Bir kunda 2 mahal		Mahalliy	21 kun
yoki				
Klotrimazol	Bir kunda 3 mahal		Mahalliy	21 kun
2-qism preparatlari				
Ketokonazol	200 mg dan bir kunda bir mahal		Ichishga	1-3 oy
Yoki				
Itrakonazol	200 mg dan bir kunda bir mahal		Ichishga	1-3 oy

Salmonellyoz septitsemiya

Odatda sog‘lom odamlarda enteritni keltirib chiqaradigan tif bo‘lmagan Salmonella turlarini yuqtirish, immunosupressiyali bemorlarda og‘ir septitsemiya olib kelishi mumkin. Qo‘zg‘atuvchining eng muhim rezervuari oziq-ovqat, birinchi navbatda uy parrandasi go‘shidir. Qaytalanuvchi tif bo‘lmagan septitsemiya OITS-indikator kasallik hisoblanadi.

Klinik ko‘rinishi

Bemorlarning ahvoli ko‘pincha og‘ir. Aksariyat hollarda tana haroratining yuqori bo‘lishi, titroq, diareya paydo bo‘lishi ham mumkin. O‘z vaqtida davolanmasa, septik shok rivojlanadi. Qonni ekish va siydik orqali birinchi navbatda

S. enteritidis va S. typhimuriumning enterit chaqiruvchi shtammlarini ajratish mumkin. S. typhi va S. paratyphi qo'zg'atuvchilari kam uchraydi.

Davolash
Boshlang'ich va tanlov davosi

Dori vositasi	Doza	Izoh
Siprofloksatsin	2 mahal × 1 flakon, infuziya 200 mg/i	7–14 kun
Seftriakson (alternativ)	1 mahal × 1 flakon, infuziya 2 g/i	7–14 kun

Ikkilamchi profilaktika:

Dori	Doza	Davomiyligi
Siprofloksatsin	2 mahal × 1 tabl. 500 mg	6–8 oy (retsdivlarga qarshi)

O'pkaning invaziv va disseminirlangan (tarqalgan) aspergillozi

Aspergilloz – Aspergillus turdagi mog'or zamburug'lari keltirib chiqaradigan kasallik. Immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda kasallik teri va shilliq pardalarning invaziv va tarqalgan shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi. Aspergilloz OIV bilan kasallangan bemorlarda uchraydi.

Klinik ko'rinishi va tashxislash

Kasallik ko'rinishlarida tana haroratining yuqori ko'rsatkichlargacha keskin ko'tarilishi, hansirash, yo'tal va balg'am ajralishi kuzatiladi. Yondosh plevrit nafas olayotganda og'riq keltirib chiqaradi, ammo haqiqiy nafas qisishi kam uchraydi.

Tashxisni aniqlash uchun ko'krak qafasi rentgenografiyasi qo'llaniladi. Bunda tashqi SRO (C-reaktiv oqsil) darajasi sezilarli darajada ko'tariladi, LDG odatda me'yorda bo'ladi. Davolashdan oldin tana harorati 38,5° dan oshganda qonni ekib tekshirish kerak. Balg'amni tekshirishning (24–48 soat) nisbatan past sezuvchanligi sababli, qonni ekib ko'rish chidamli ajralishni baholashning yagona usuli

hisoblanadi. Balg'amni tahlil qilish deyarli kasallik etiologiyasini tekshirishga imkon beruvchi usuldir.

Davolash

Ambulator davolash (engil turi)

Dori vositasi

Doza

Izoh

Augmentin (Amoksitsillin + klavulan kislotasi)

3 mahal $\times$ 1 tabl. 875/125 mg

Davomiyligi 7–10 kun

Klaritromitsin

2 mahal $\times$ 1 tabl. 500 mg

Regidratsiya etarlicha bo'lishi kerak

Roksitromitsin

1 mahal $\times$ 1 tabl. 300 mg

Ambulator sharoitda

Sefuroksim

2 mahal $\times$ 1 tabl. 500 mg

Mukolitiklarni biriktirish

Sefpodoksim

2 mahal $\times$ 1 tabl. 200 mg

Yo'talga qarshi dorilar qo'llash maqsadga muvofiq

Shifoxona sharoitida davolash (og'ir shakli)

Dori

Doza

Izoh

Piperatsillin + tazobaktam

3 mahal $\times$ 1 flakon inf. 4,5 g/i

Shifoxonaga yotqizilgandan so'ng

Makrolid (Klatsid PRO)

1 mahal $\times$ 1 tabl. 300 mg

Ikki antibiotik bilan birgalikda

—
2 mahal $\times$ 1 tabl. 500 mg

Tomir ichiga yuborish amalga oshiriladi

Invaziv aspergilloz (davomi)

Bolalarda tez-tez uchramaydi, lekin yuqori o'lim bilan tavsiflanadi. Aspergillus aerob zamburug'lar turkumiga tegishli bo'lib, sabzavot chiqindilarida yaxshi o'sadi, kulturada mitseliylari perpendikulyar yo'nalishda shoxlanadi. Odamlarda kasallik qo'zg'atuvchi eng keng tarqalgan turlar: *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger*.

Klinik ko‘rinishi

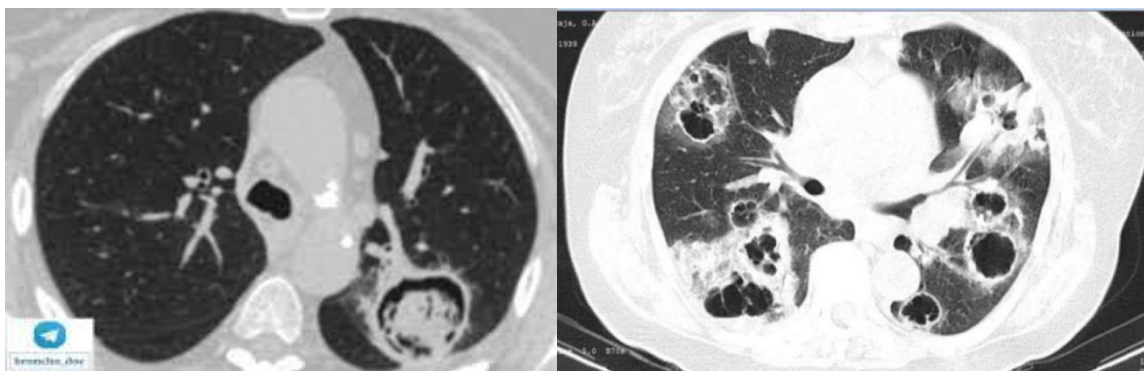
O‘pkaning invaziv aspergillozi klinik belgilarining aniq bo‘lmasligi mumkin, chunki og‘ir immunitet tanqisligi bo‘lgan bolalarda kuchli yallig‘lanish reaksiyasi rivojlanmaydi. Eng xarakterli belgilar: isitma, bosh og‘rig‘i, yo‘tal, nafas qisishi va plevral og‘riq. Kasallik dinamikasida qon qusish, burundan qon ketishi va ortib borayotgan gipoksemiya kuzatilishi mumkin. Traxeobronxit rivojlanib, obstruktiv sindrom birinchi o‘ringa chiqadi.

Tashxislash

Klinik va instrumental tadqiqotlarda o‘ziga xos belgilar yo‘qligi sababli aspergillozni tashxislash qiyinchilik tug‘diradi. Tashxis qo‘yishning qiyinligi shundaki, invaziv aspergillozni aniqlash ko‘p hollarda autopsiyada ma’lum bo‘ladi. Agar aspergillozdan shubha qilinsa, balg‘am, bronxoalveolyar suyuqlik, orqa miya suyuqligi, teri skraplari va biopsiya materiallari mikroskopik yoki ekib ko‘rib tekshiriladi (gematoksilin-eozin, Gomori-Grokott singdirishlari).

Aspergilloz asosan o‘tkir (taxminan 45° burchak ostida joylashgan) dikotomiyali shoxlanishga ega. Mavjud serologik diagnostika usullari (qon zardobida antigen *A. fumigatus* uchun galaktomannan aniqlash, bronxoalveolyar yuvindida, orqa miya suyuqligida ferment bilan bog‘langan immunosorbent tahlil) yordam beradi.

Ko‘krak qafasi rentgenogrammasida subplevral infiltratlar aniqlanishi mumkin, ammo bu belgilar o‘ziga xos emas. O‘pkaning yuqori aniqlikdagi kompyuter tomografiyasi (YUA-KT) periferik bo‘laklarda, ko‘pincha plevra yuzasiga yaqin joylashgan ikki tomonlama ko‘p tugunli shoxlanishlarni aniqlaydi. Dastlabki belgilar “hilol” va “yarim oy” belgilaridir, ammo ular kamdan-kam hollarda bolalarda kuzatiladi.



O'pkaning invaziv aspergillozi

Davolash sxemasi

Davolash	Doza	Izoh
Vorikonazol	6 mg/kg i/v 2 mahal 12 soatlik interval bilan, keyin 4 mg/kg i/v 12 soatda	Klinik samaradorlikka erishilgunga qadar

Keyingi bosqich

Davolash	Doza	Izoh
Vorikonazol	200 mg × 2 mahal kuniga	CD4 limfotsitlar >200 huj/mkl bo'lgunga qadar
Amfoteritsin B	1 mg/kg/kun	Doimiy miqdor oshishiga qadar
Amfoteritsin B (lipid shakli)	5 mg/kg/kun	Doimiy miqdor oshishiga qadar

Oshqozon-ichak trakti infeksiyasi

Oshqozon-ichak trakti infeksiyasi (JKT)OIV infeksiyasida quyidagilar chaqirishi mumkin:

- bakteriya
- zamburug'lar
- viruslar
- sodda qo'zg'atuvchilar
- parazitalar;
- OIV (Oshqozon-ichak trakti infeksiyasi ta'sirida);
- OIVda diareyaga tashxis qo'yish uchun,boshqa etiologik faktorlarni inkor etish kerak.
- Ba'zan oshqozon ichak trakti tomonidan yuzaga keladigan belgilar ichak xivchinlarini atrofiyasi xisobiga sodir bo'ladi,surilishning buzilishi bilan kuzatiladi. (malʼabsorbtsiya).
- Oshqozon ichak traktida eng ko'p tarqalgan zararlanish diareyaning, o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechuvchan belgilari bilan namoyon bo'ladi.
- Surunkali diareya OIV infeksiyasining oxirgi bosqichidagi belgi bo'lib,ba'zan o'limga olib kelishi mumkin.
- O'tkir diareya ayrim xollarda suvsizlanishga olib keladi, regidratatsion davo kursi o'tkazish kerak bo'ladi.
- Oshqozon ichak traktidan qon ketishi va axlatda qon bo'lishi bu dizenteriya belgisi bo'lib, qo'zg'atuvchisi shigella yoki dizenteriya amyobasi bo'lishi mumkin.
- OIV infeksiyali bemorlarda oshqozon ichak trakti tomonidan buzilishlar:ishtaxani pasayishi;
- Ko'ngil aynish;
- Qayt qilish;
- Tana vaznining kamayishi.

OXIRGI BOSQICHLARDAGI OIV-INFEKTSIYASI

1. Oxirgi bosqichlardagi OIV-infektsiyasining kechishi

OIV-infektsiyasi uzoq vaqtgacha kechadigan infeksiyon kasallik hisoblanadi hamda bemorning immun tizimi zararlanishi va uning o'limiga sabab bo'ladigan opportunistik kasalliklarning avj olishi bilan xarakterlanadi.

OIV-infektsiyasining o'tkir bosqichida kasallikning jiddiy klinik belgilari mononukleozosifat sindrom ko'rinishida tana haroratining ko'tarilishigina emas, balki kandidoz ezofagit, gerpetik zaralanishlar, nevrologik belgilar (meningoentsefalit, aseptik meningit, periferik neyropatiya) tarzida ham namoyon bo'ladi.

Keyinchalik ko'p yillik latent davr boshlanadi, bu davr mobaynida VICH faolligi qonda mazkur virusning borligi va ko'p yillar davomida CD4-limfotsitlarning kamayishi, boshqa immunologik buzilishlar tarzida namoyon bo'ladi. 6 – 8 yildan so'ng qonda CD4-limfotsitlarning 250 - 350 huj/mklgacha kamayishi natijasida bemorda takroriy faringit, sinusit, furunkulez, og'iz bo'shlig'i kandidozi, temiratki, shilliq qavatlarning oddiy herpesdan tez-tez yallig'lanishi avj oladi hamda vaznning kamayishi kuzatiladi.

Kasallik yuqqan paytdan 7-10 yildan keyin CD4-hujayralarining 200 – 250huj/mkl gacha kamayishi vaznning 10% gacha kamayishiga; bir oydan ortiq vaqt mobaynida diareya yoki bezgakka; tukli leykoplakiya; o'pka sili, ichki organlarning takroriy yoki barqaror virusli, bakterial, zamburug'li, protozoy zararlanishlariga olib keladi, takroriy yoki doimiy temiratki, lokal Kaposhi sarkomasini keltirib chiqaradi.

Kasallikning asosiy bosqichlari OIV -infektsiyasining klinik tasnifida o'z aksini topgan. RQT o'tkazilmagan holatlarda OIV-infektsiyasi yuqqan paytdan 10-12 yildan keyin CD4-limfotsitlarning qondagi miqdori 200 huj/mkldan ham kamayib ketadi, bu o'z navbatida, opportunistik kasalliklar (kandidoznogoezofagit, pnevmotsistli pnevmoniya, tserebral toksoplazmoz, tsitomegalovirusli infeksiyalar, kriptokokkli meningit, Kaposhi sarkomasi va b.)ning avj olib ketishiga olib keladi. Ularning kuchayishi jismoniy va psixik holatlarning surunkali ravishda buzilishlariga,

bemorning mehnatga muqim layoqatsizlik va o'z-o'ziga xizmat qila olish qobiliyatining pasayishi yoki yo'qolishiga olib keladi

OIV-infektsiyasining opportunistik kasalliklar bosqichiga o'tishi makroorganizmning himoya zahiralarining tugashi bilan bog'liq bo'lsada, biroq bu jarayon pog'onali xarakterga ega. Muvofiqlashtirilgan muolajalarning olib borilishi davomida ikkilamchi kasalliklarning klinik belgilari yo'qolishi mumkin. SHu bois, OIV – infektsiyasining 4-bosqichini tasniflashda uning avj olish va remissiya davrlari farqlanadi.

OIV-infektsiyasining yakunlovchi bosqichi terminal bosqich bo'lib, bunda qondagi CD4-limfotsitlar miqdorining nol darajagacha tushib ketishi hamda boshqa immunologik ko'rsatkichlarning ham sezilarli pasayishi, bemorning qaytarib bo'lmaydigan opportunistik kasalliklarni boshidan kechirishi va natijada bir necha oy mobaynida halok bo'lishi bilan xarakterlanadi.

OIV-infektsiyasining qaytalanishini to'xtatuvchi hamda opportunistik kasalliklarni oldingi olish va davolash bilan birgalikda o'z vaqtida o'tkazilgan RQT immun tizimini tiklashga yordam beradi, kasallikning avvalgidek avj olishi, ikkilamchi infektsiyalar va o'smalarning qaytalanishiga yo'l bermaydi, mehnat layoqatini saqlab qoladi va shu bilan birga OIV –infektsiyasini yuqtirgan odamlarning umrini uzaytirish va yashash tarzini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi.

Zamonaviy terapevtik sxemalarning qo'llanilishi OIV -infektsiyasining bedavo, zo'rayadigan va o'lim bilan yakun topadigan dardlar qatoridan uzoq remissiyali surunkali patologiyalar guruxiga o'tishiga umid tug'diradi.

SHu bilan birga RQT davrida ham OIV -infektsiyasining og'ir klinik belgilari, kasallikning zo'raygan davrida bemorga psixoiijtimoiy yordam ko'rsatish va uni ruhan qo'llab-quvvatlash, OIV -infektsiyasini yuqtirgan odamlarning hayotdan munosib ravishda ketishlarini, og'ir yo'qotish davrida uning yaqinlariga dalda bo'lish kabi muammolar dolzarbligicha qoladi.

2.2 OIV -infektsiyali bemorning yashash tarzini qiyinlashtiruvchi asosiy simptomlar sabablari va uchrash tezligi

Yashash sifati – bu odamning jismoniy, psixologik va ijtimoiy bardamligi, salomatligi darajasidan qoniqqanligini ko'rsatuvchi sub'ektiv mezon hisoblanadi.

BJSST tavsiyalariga ko'ra, yashash sifati odamning jamiyatdagi holati, uning madaniyati va qadriyatlari tizimi, hamda shu individ maqsadlari negizidagi individual mutanosiblik sifatida tavsiflanadi.

Bemorning «yashash sifati» kasallik oqibatida unga maqbul hayot haqidagi xayoliy tasavvurlari chinakam mavjud vaziyatga qanchalik yaqinlashtirilganini bildiradi.

SHunday qilib, salomatlik bilan bevosita bog'liq bo'lgan yashash sifati uni tashkil etuvchi jihatlarni va salomatlik darajasini xolis baholash imkonini beruvchi integral ko'rsatkich hisoblanadi (Sergeev Yu.D., Moxov A.A., 2007).

OIV-infektsiyasi ijtimoiy ahamiyatga ega, o'lim bilan yakun topuvchi, uzoq davom etadigan infeksiyon kasallik sifatida kasal odamga jismoniy, psixik, ruhiy azoblar yetkazadi va ijtimoiy jihatdan moslasha olmasligiga sabab bo'ladi. Bu, o'z navbatida, uning yashash tarzining yomonlashuviga olib keladi. Bemor hayotini yaxshilash uchun turli soha mutaxassislarining bir yoqadan bosh chiqarib mehnat qilishlari talab etiladi.

Har qanday shikoyat bemorlar tomonidan tushukunlik, o'zini aybdordek xis qilish, yolg'izlik, o'lim vahimasi, xavotirlik holatlarida qayd etiladi. Kasalga hamdardlik bildirish, psixologik yordam ko'rsatish va qo'llab-quvvatlash uning umumiy holatini ancha yaxshilashi mumkin. SHu bilan birga xastalikning qator klinik belgilari jiddiy psixologik va psixik muammolarni keltirib chiqarishi mumkin.

Bu bemorga maslahat berish jarayonida uni psixologik, ruhan va emotsional jihatdan qo'llab-quvvatlash dori-darmonli davolashga qo'shimcha yordam hisoblanadi.

Opportunistik, ikkilamchi va turli patologiyalarni ham o'ziga hamroh qilib olgan OIV-infektsiyali bemorlardagi klinik belgilar turli tuman bo'lib, ko'pincha o'zaro qo'shib ketishadi, kasallik mobaynida uzoq vaqt, jadal namoyon bo'ladi, OIV-infektsiyasini yuqtirgan odam hayotiga sezilarli darajada ta'sir ko'rsatadi. Kasallikning bemor yashashiga ta'siri darajasi, uning psixologik va jismoniy holati, tibbiy yordamga moyilligi ko'p jihatdan shifokor va hamshiraning o'z vaqtida va to'g'ri ko'rsatgan yordamlari bilan belgilanadi.

O'z navbatida, tibbiy xulosalarning to'g'riligi ko'p jihatdan patologik belgini to'g'ri baholanishiga bog'liq. Kasallik belgisini aniqlash uning sababi, namoyon bo'lish darajasi, og'riqlar kuchi, ularning joylari, davomiyligi, uni kuchaytiruvchi yoki kamaytiruvchi omillar va, albatta, uni bartaraf etuvchi dori-darmonli va boshqa vositalarni bilishni taqozo etadi.

2.3. Turli belgilar namoyon bo'lganda umumiy yordam ko'rsatish qoidalari.

Klinik belgilar sabablarini aniqlash va ularni bartaraf etish kerak, zero bunda belgilar asosida yotgan kasalliklar yoki holatlarning o'zini, OIV-infektsiyasini davolash, dori-darmonlarni zararsizrog'iga almashtirish eng samarali yondashuv hisoblanadi. Bemorlik belgilari darajasini ko'taruvchi asosiy xastalikka hamroh boshqa kasalliklar hamda xavotirlik va tushkunlikni ham davolash zarur. Bemor va uning qarindoshlari bilan suhbatlashishga ham vaqt ajratish kerak.

Aniq klinik belgilarga qarshi kurash dori-darmonli muolajalar hamda dori-darmonsiz davolash usullariga tayanadi (og'riqlar bo'lganida psixoterapevtik usullarni qo'llash, dispepsik holatlarda ovqatlanishni to'g'ri tanlash va tashkil qilish, yo'talda noan'anaviy "uydagi" vositalardan foydalanish, o'z-o'ziga xizmat qilish qobiliyati pasaygan yoki umuman yo'qolgan kasallarga malakali hamshiralar tomonidan parvarish qilinishini tashkillashtirish).

2.4. Palliativ yordamga muhtoj bemorni birlamchi tekshirish

Palliativ yordamga muhtoj OBYa shaxsni birlamchi tekshirish OIV-infektsiyasi dastlab aniqlangan bemorni birlamchi tekshiruvidek o'tkaziladi.

Bu to'liq anamnez ma'lumotlarini yig'ish, fizikal tekshirish, kasallik bosqichini aniqlash hamda mamlakatdagi me'yoriy-xuquqiy xujjatlar asosida aralashish yoki kuzatishni taqozo etuvchi mavjud muammolar yoki boshqa holatlarni baholashni o'z ichiga oladi. Bundan tashqari zarur palliativ yordam hajmini baholash uchun mavjud belgilarni aniqlash, ular turi va og'riq darajasini, emotsional, psixologik, ruhiy, oilaviy va ijtimoiy muammolarni baxolash talab etiladi.

Birlamchi tekshirish natijasida OIV-infektsiyasining bosqichi hamda unga hamroh boshqa xastaliklar va boshqa tibbiy, psixik, ijtimoiy va maishiy muammolar, og'riqlarning turi va jadalligi va boshqa belgilar haqidagi ma'lumotlar olinishi kerak. Bu bemor va uning oilasi ehtiyojlarini hisobga olish va asosiy palliativ yordam kontseptsiyasiga muvofiq birlamchi yordam rejasini tuzish ikonini beradi.

III. OG'RIQNI DAVOLASH

3.1 OIV–infektsiyali bemorlarda og'riqli sindrom sabablari

OIV-infektsiyali kasallardagi og'riqlar quyidagi xususiyatlari bilan ajralib turadi: og'riqlarning keng tarqalganligi va turli shakllarda namoyon bo'lishi; sezilarli fiziologik va funktsional kasallanishlar bilan bog'liqligi; xavotirga soluvchi yetarli bo'lmagan samarasiz davolanish.

45% yaqin og'riqli belgilar bevosita OIV-infektsiyasi va opportunistik kasalliklar bilan bog'liq OIV nevitlar, mielopatiya, opportunistik kasalliklar, havfli o'smalar, aRQTitlar, vaskulitlar, miopatiyalar, miozitar), 15 dan 30% gacha esa – olib borilayotgan davolash muolajalari yoki diagnostik muolajalar oqibati hisoblanadi (retrovirusga qarshi, silga qarshiva boshqa kimyoviy preparatlar, kimyoviy terapiya, nur bilan davolash, jarohlik, lyumbal punktsiya, bronxoskopiya, EGDS, kolonoskopiya, suyak iligini punktsiya qilish), 25 dan 40% gacha -OIV - infektsiyasi yoki uni davolash bilan bog'liq bo'lmaydi (psixotrop preparatlarni qabul qilish, yo'ldosh kasalliklar).

OIV–infektsiyasini yuqtirgan ayollardagi og'riqli sindrom kichik tosdagi nospetsifik og'riqlar, ginekologik havfli o'smalar, infektsiyalari bilan farqlanadi.

Og'riqlarning 2 turi ma'lum:

- neyropatik
- notsitseptiv.

Neyropatik og'riq kuydiruvchi, sanchuvchi, badanni teshib yuboradigandek xarakterga ega, uvishish va boshqa xildagi yoqimsiz xissiyotlar bilan birga namoyon bo'ladi. Ularning asosida periferik asab tolalari va MNS zararlanishi yotadi. Bemorlarning 40% dan oshig'i OIV–infektsiyasining oxirgi bosqichlarida neyropatik og'riqdan aziyat chekadilar. Bu, ko'pincha, OIV–infektsiyasining o'zi, TSMVI, o'rab

oluvchi herpes va alkoholizm ta'sirida yuzaga keladigan oyoqlarning aksonal periferik polineyropatiyasi tufayli sodir bo'ladi.

Neyropatik og'riq poliradikulopatiya, mielopatiya belgisi bo'lishi mumkin. Periferik neyropatiyaga retrovirusga qarshi preparatlarning, xususan, videks va zeri, in'ektsiya orqali qabul qilinadigan giyohvand moddalar, kimyoviy terapiyaning neyrotoksik ta'siri sabab bo'ladi.

Notsitseptiv og'riqlar zirqirash, qattiq achishtirish, chuqur, tomir urgandek, doimiy va spazmli og'riqlardir; u to'qimalarning zararlanishidan (masalan, proteaza ingibitorlari bilan davolashda son suyagining aseptik nekrozi) va intaktli og'riqli retseptorlarni qo'zg'atish natijasida yuzaga keladi.

Somatik og'riq (teri, yumshoq to'qimalar, mushaklar va suyaklarda bo'ladi), ko'pincha cheklangan bo'ladi. **Vistseral og'riq** (ichki organ va bo'shliqlarda yuzaga keladi), odatda yoyiq, yoyilib ketadigan og'riq hisoblanadi.

VICH-infektsiyali kasallarda kuchli surunkali og'riq ko'pincha havfli o'smalar, surunkali pankreatit, bo'g'inlardagi og'riqlar, og'ir neyropatiya bor bo'lganda yuzaga keladi.

VICH-infektsiyali kasallardagi og'riqlarni davolashga xuddi havfli o'smalarni davolashdek yondashiladi. Bemorni tekshirish hamda undagi og'riqlar manbai, og'riq jadalligi va xarakterini, ularni kuchaytiruvchi yoki bo'shashtiruvchi omillar, ularga yo'ldosh belgilarni aniqlash zarur.

Og'riqlar oqibatini va ularning bemorning funktsional holati, kundalik faololigi va emotsional holatiga ta'sirini baholash ham juda muhim.

Og'riq turi, ayniqsa, neyropatik og'riq taxmin qilinganda, analgetiklarni to'g'ri tanlash imkoni paydo bo'ladi. Og'riq belgisini uni keltirib chiqargan kasallikni davolash mobaynida bartaraf etish kerak.

3.2. Og'riqli sindromni baholash

Og'riq sifat va son ko'rsatkichlari orqali baholanadi.

Sifat jihatidan baholashda og'riqning lokal joyi, davomiyligi va tabiati hamda uning namoyon bo'lishiga ta'sir qiluvchi omillar tavsiflanadi

Son jihatdan baholash og'riqning jadalligini og'riqlar shkalasi yordamida aniqlashdan iborat.

Raqamli baholash shkalasi (0 dan 10 gacha bo'lingan chiziq ko'rinishida bo'ladi, bunda 0 – og'riqli sindrom yo'qligini bildiradi) og'riqli xissiyotlar darajasini aniqlashga yordam beradi. Bu kasallik davomida og'riqlar darajasini aniqlashga yordam beradi. Bu kasallik kechishi davomida sodir bo'lgan o'zgarishlar va olib borilayotgan davolash muolajalarining samaradorligi haqida fikr yuritish imkonini beradi. Bunda og'riqlar jadalligining oddiy shkalasidan foydalaniladi. Unda «og'riq yo'q», «engil og'riq», «o'rtacha og'riq», «qattiq og'riq», «juda qattiq og'riq» va «chidab bo'lmaydigan og'riq» kabi bosqichlarga bo'linishlar o'z aksini topadi.

SHu bilan birga *og'riqning vizual analogli shkalasida* faqat «og'riq yo'q» va «maksimal qattiq og'riq» shkalalari belgilangan. Ularni belgilash bemorning o'ziga topshiriladi. U ko'rik payttidagi og'riqning jadalligiga qarab, uzining holatiga mos shkalani aniqlaydi.

Bemor tomonidan to'ldiriladigan «*Og'riqni baholash kartochkasi*» 4 qismdan iborat bo'lib, unda kayfiyat shkalasi, og'riq shkalasi, og'riqning pasayishi shkalasi hamda turli jadallikdagi og'riqlar (o'rtacha, bir oz sezilarli, kuchli og'riq, og'riq yo'q, yengil, azobli, og'ir, kuchsiz) tartibida berilgan.

Yana og'riq sindromining turli jihatlarini ballarda baholaydigan «*Og'riqni baholash uchun qisqacha anketa*»dan ham foydalanish mumkin.

Bolalar bilan ishlashda «*YuZLAR*» deb atalgan og'riqlar shkalasidan foydalanish mumkin. U 6 ta chizilgan siymodan iborat. Bunda kulib turgan “yuz”, “og'riq yo'q”, yig'lab turgan yuz esa eng qattiq og'riqni ifodalaydi.

Bunday baholashlarni har qanday muassasada hamda hamshira tomonidan bemor uyida ham amalga oshirish mumkin.

Baholash davolash boshlangandan keyin ma'lum vaqt oralig'ida muntazam ravishda olib boriladi, og'riq haqidagi har yangi xabarda belgilangan vaqt oralig'ida farmakologik yoki nofarmakologik aralashuvdan keyin, masalan parenteral terapiyadan 15 – 30 daqiqadan keyin, analgetiklar qabul qilingandan 1 soatdan keyin aniqlangan og'riqlar hal qiluvchi hisoblanadi.

OIV -INFEKTSIYASI, OPPORTUNISTIK VA UNGA YO'LDOSH XASTALIKLARNI DAVOLASHDA RQTning NOJO'YA TA'SIRINI KORREKTSIYALASH

5.1. RQTning nojo'ya ta'sirlari

RQTning nojo'ya ta'sirlari jiddiy muammolar tug'diradi. Ular sezilarli darajada davolashni qiyinlashtiradi. Zero ular OIVni doimiy bostirish bilan preparatlarning zaharliligi havfini hisobga olgan holda muolajalarni shunga mutanosib ravishda olib borishni taqozo etadi. Nojo'ya ta'sirlar tufayli davolashning dastlabki oylaridayoq qator bemorlarda RQT sxemasini o'zgartirishga to'g'ri keladi.

NIOT keltirib chiqaradigan keraksiz holatlar: lipoatrofiya, giperlaktatemiya, laktoatsidoz, jigar steatozi, mielotoksiklik, periferik nevropatiya, miopatiya.

Suyak iligi susayishi, kamqonlik ko'pincha RQT bilan bog'liq.

Neytropeniya kamdan -kam hollarda namoyon bo'ladi. Odatda bunday nojo'ya ta'sirlar bemorlarda OIV-infektsiyasining oxirgi bosqichlarida kimyoviy terapiya yoki suyak iligiga zaharli ta'sir etuvchi preparatlar qabul qilish natijasida qon hosil bo'lishining qiyinlashishida avj oladi. Davolanishdan bir necha yildan keyin ham kamqonlik avj olib ketishi mumkin. SHuning uchun har 3 oyda umumiy qon tahlilini tekshirib turish lozim.

Kamqonlikning og'ir holatlarida RQT bekor qilinadi, juda kam hollarda qon quyish tavsiya etiladi. Eritropoetin preparatlari va granulotsitar koloniestimullashtiruvchi omillardan ham foydalanish mumkin, biroq bunday davolanish juda qimmat turadi va uni aslo uzoq vaqt qo'llab bo'lmaydi.

5.2. Periferik nevropatiya

Ayniqsa, didanozin va stavudinga xos. Odatda, bunda distal simmetrik sensor-motorli buzilishlar avj oladi.

Paresteziyalar hamda qo'l va oyoqlarda og'riqlar bo'lishi xos — shikoyatlar, odatda, bir necha oy davolanishdan keyin paydo bo'ladi va kuchayib boradi.

Polinevropatiya OIV -infektsiyasi va opportunistik kasalliklar belgilaridan hisoblanadi, biroq dorilar tufayli u ancha avvalroq va tezroq avj oladi.

Yuzaga kelgan shikoyatlarning sabablarini aniqlash va ularni bartaraf etish chora-tadbirlari og'riqli sindromlarni davolash bo'yicha berilgan tavsiyalarga binoan o'tkazilishi lozim.

Oyoq va qo'llardagi belgilarga qarab OIV, TSMV yuzaga keltirgan polineyropatiya bilan boshqa opportunistik agentlar o'rtasida differentsial tashhis qo'yish kerak.

Toksik neyropatiya tasdiqlanganda, uni keltirib chiqargan preparatni bekor qilish va boshqa noneyrotoksik NIOT (masalan, zidovudin yoki abakavir) bilan almashtirish zarur. Kasallik belgilari odatda 2-3-hafta mobaynida yo'q bo'ladi.

5.3. Pankreatit

Pankreatit hayot uchun havfli davolash muolajalari asoratlaridan hisoblanadi. U asosan didanozin, stavudin kabi dorilarni qabul qilgandan keyin paydo bo'ladi.

Na klinik va na laborator belgilariga ko'ra, boshqa etiologiyali pankreatitdan farq qilmaydi. Ayniqsa, stavudin bilan didanozin birgalikda qo'llanilganda, pankreatit havfi yuqoriroq bo'ladi.

Bunday havf alkogol va pentamidin qabul qilinganda yanada oshadi. Pankreatit avj olganda, retrovirusga qarshi preparatlarni darhol bekor qilish kerak.

Boshqa etiologiyali pankreatit kabi bunday xastalik qanday davolansa, buni ham xuddi shunday davolanadi. Odatda ham klinik, ham laborator buzilishlar tez o'tib ketadi. GGT va amilaza darajasini nazorat qilish kerak; bunda yana qo'shimcha qo'llab-quvvatlovchi terapiya va parhez kerak bo'ladi.

Sxemadagizaharli preparat boshqa NIOTga almashtirilgach, oshqozon osti beziga zarar yetkazmaydigan RQT qayta boshlanadi (masalan, zidovudin yoki abakavir).

5.4. Laktoatsidoz

Laktoatsidoz – kam uchraydigan, biroq hayotga havf soluvchi holat. Stavudin i didanozin bir paytda qo'llanilganda namoyon bo'lishi mumkin. Paydo bo'lish sabablari mitoxondriyalarning zararlanishi va mitoxondrial DNK-polimerazaning shikastlanishi bilan bog'liq.

Laktoatsidoz holsizlik, qorinda og'riqlar, ich ketish, qusish, hansirash, tana vaznini yo'qotish, laktat darajasining metabolik atsidoz belgilari yoki ularsiz

ko'tarilishi, ALT, KFK, LDG, amilazalar, lipazalar faolliginingoshishi, anion intervalningko'tarilishi, jigarning yog'li distrofiyasi rivojlanishi orqali namoyon bo'ladi. (UZI va a'zo biopsiyasiga asosan).

Laktat darajasi 2-5 mmol/L bo'lganida bemorni diqqat bilan kuzatish va muntazam tekshirib turish tavsiya etiladi.

Laktat darajasi 5 mmol/L ga yetganida va undan oshib ketganida, NIOT bekor qilinadi va darhol qo'llab-quvvatlovchi muolajalar tavsiya etiladi, xususan, atsidozni korrektsiyalash lozim.

Laktat darajasi 10 mmol/L va undan oshib ketganida o'lim holatlari 80% ga yaqinni tashkil etadi. Giperlaktatemiya NIOT qabul qiluvchi bemorlarning deyarli 15% da kuzatiladi va uni nazorat qilib turish mumkin. Laktatning ko'tarilgan darajasi har doim ham laktatsidozga olib kelmaydi.

Laktatlar darajasi monitoringi, qo'llab-quvvatlovchi davolash, belgilar kuchayganda daolash sxemasini bekor qilish yoki o'zgartirish keyingi terapevtik taktikani tashkil etadi.

Laktoatsidozni davolash: V guruhi vitaminlari, tiamin (200 mg), riboflavin (40 mg), nikotinamid (40 mg), levokarnitin (2000 mg), natriy bikarbonati, gabopentin, preduktal, ismoniy mashqlar (laktat darajasi normallashtirishdan keyin), uqalash.

Kamdan kam hollarda IVL, gemodializ kerak bo'lib qolishi mumkin. O'rtacha laktat darajasini normallashtirish uchun 8 haftagacha vaqt kerak bo'ladi.

5.5. Lipodistrofiya (mitoxondrial toksiklik)

Hozirgi davrda RQT preparatlari bilan davolanishda NIOT va PI ni ham qabul qilayotgan OIV-infektsiyali kasallarda metabolizmning sezilarli darajada buzilishi va tashqi ko'rinishlaridagi katta o'zgarishlar haqida juda ko'p ma'lumotlar to'planib qolgan. Retrovirusga qarshi preparatlar, jumladan, nukleozidlar analoglari ta'sirida metabolik buzilishlar patogenezi, turli organlarning shikastlanishi va lipodistrofiyaning avj olishida mitoxondrial zaharlanish asosiy mexanizmi hisoblanadi. Turli nukleozidlar analoglari mitoxondrial zaharlanish hamda, xususan, lipodistrofiyani keltirib chiqarish xususiyati xilma- xil tarzda namoyon bo'ladi. NIOTdagi mitoxondrial zaharlanishni keltirib chiqarish havfi kamayishi

quyidagi tartibda: videks - zerit - epivir - ziagen - tenofovir (virid). Mitoxondrial zaharlanish bir yoki bir necha organlarning zararlanishi va jigarda yog' distrofiyasi, laktoatsidoz, miopatiya avj olishi tarzida namoyon bo'lishi mumkin.

Tor ma'noda «lipodistrofiya» atamasi yog' to'qimalarining tanada qayta taqsimlanishini tasniflash uchun ishlatiladi. Qator bemorlarda lipodistrofiya yog'ning qorin va bo'yinning orqa tomonida ortiqcha to'planishi sifatida namoyon bo'lsa, boshqalarda, aksincha, yog' to'qimasining tananing ayrim joylarida (yuz, chakkalar, oyoq va qo'llarning teri osti yog' qatlamida) kamayishi bilan ko'zga tashlanadi.

Lipodistrofiya, kasalda OIV-infektsiyali degan «yorliq»lilik xissi tufayli psixologik noqulaylik keltirib chiqaradi, RQTga nisbatan ishonchning kamyishiga sabab bo'ladi. RQT boshlangandan bir yildan keyin yuzaga keladigan yog' to'qimalarining kamayishi (lipoatrofiya)ni avvalgi preparatlarni testosteron, anabolik steroidlar, kuch talab qiluvchi mashqlar va parhezga almashtirganda qisman qaytarish mumkin.

Yog' to'qimalari yoki kollagen in'ektsiyalaridan foydalaniladi. Lipodistrofiya yoki lipoatrofiyaning bir qator hollarida plastik operatsiyalari yuzga silikon yoki boshqa implantatlar qo'yish yoki, aksincha, yog' to'qimalari joylashuvini sun'iy ravishda korrektsiyalash uchun liposaktsiya muolajalari qilinadi.

5.6. Gepatotoksiklik.

Og'ir hepatotoksiklik va jigar yetishmovchiligi nevirapin bilan davolanganda kuzatilishi qayd etilgan. Bunday asoratlar havfi qonida CD4-limfotsitlari miqdori 250 kl/mkl dan ko'p bo'lgan ayollar va 400/mkl dan ko'p bo'lgan erkaklarga nevirapin berilganda ko'proq kuzatiladi.

Nevirapin bilan davolanganda, jigar faoliyatining biokimyoviy ko'rsatkichlarini muntazam ravishda aniqlab turish kerak.

Jigar fermentlarining o'rtacha faolligida (yuqori chegara me'yoridan 3,5 martagacha katta bo'lsa) va hepatotoksiklikning birorta ham klinik belgilari namoyon bo'lmasa, davolash qattiq nazorat ostida davom ettiriladi. Agar fermentlar

faolligi yuqori chegara me'yoridan 3,5 martadan ham o'tib ketsa, qo'shimcha tekshirish, shu bilan birga qorin bo'shlig'i organlarini UTTi ham amalga oshiriladi.

5.7. MNS tomonidan nojo'ya ta'sirlar

Deyarli 40% kasallarda efavirenz bosh aylanishi, uyqusizlik, va tungi alahsirashlar keltirib chiqaradi; kayfiyatda ham o'zgarishlar, tushkunlikka tushish va depersonalizatsiya sodir bo'lishi mumkin. Odatda bunday nojo'ya ta'sirlar davolashning birinchi haftasi dastlabki kunlaridanoq boshlanadi.

Faqat 3% bemorlardagina davolashni to'xtatish mumkin. Preparatni uyqudan oldin qabul qilish kerak. Ko'p hollarda bemor bilan shifokor suhbatidan keyin dori-darmonli korreksiyalash 50% dan kam hollarda zarur bo'ladi. Bunday bo'zilishlarni zaiflashtirishga lorazepam yordam beradi, sarosimaga tushish va tungi alahsirashlarda esa galoperidol tavsiya etiladi.

Bemorga mazkur nojo'ya ta'sirlar tabiatini tushuntirish va ularning tez fursatda(davolash boshlangandan 2-4 haftadan keyin) o'tib ketishini aytish lozim. Harakatlanuvchi mexanizmlar bilan ishlash (avtomobil va b. haydash), davolanish boshida spirtli ichimliklar ichish va MNSga ta'sir qiluvchi preparatlarni qabul qilishdan tiyinish tavsiya etiladi. Efavirenz qabul qilinayotganda surunkali S gepatitini davolash uchun interferonlarni ham ehtiyotkorlik bilan berib turish kerak. CHunki bemorlarda tushkunlik avj olishi havfi ortishi mumkin. Boshqa NNIOTlar MNS buzilishlarini kamdan -kam hollarda keltirib chiqaradilar.

PI keltirib chiqaruvchi yoqimsiz holatlar: Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan nojo'ya ta'sirlar, lipid almashinuvi buzilishi, insulinga rezistentlik, buyraklarda toshlarning hosil bo'lishi, suyaklarning aseptik nekrozi, toshma, jigarning zaharlanishi. Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan kuchli nojo'ya ta'sirlar (qorinda noxush og'riqlar, ishtahaning yo'qolishi, ich ketishi, ko'ngil aynishi va qusish. SHu bilan birga jig'ildon qaynashi, qorinda og'riqlar, ich dam bo'lishi va qabziyatlar) xarakterli. Bundan tashqari lipid almashinuvi buzilishi bilan bog'liq korrelyatsiya, lipodistrofiya, insulinga nisbatan sezuvchanlikning pasayishi va aseptik nekrozning avj olishi kabi holatlar ham e'tirof etilgan.

5.8. Aseptik nekroz

Aseptik nekroz taxminan OIV -infektsiyasini yuqtirganlarning 0,4% da rivojlanadi, ya'ni bu butun aholiga nisbatan ancha ko'proq uchraydi. Bu, proteaza ingibitorlarini qabul qilish bilan bevosita bog'liqligi isbotlanmagan bo'lsada, shunday deb taxmin qilinadi. Aseptik nekroz havfi omillari — aroqni suiiste'mol qilish, giperlipidemiya, glyukokortikoidlarni qabul qilish, qonning tez quyushishi, gemoglobinopatiya, jarohatlar, chekish, surunkali pankreatit kabilardir. Ko'pincha aseptik nekroz son suyagi boshchasini, kamdan- kam hollarda esa yelka suyagi boshchasini zararlaydi.

Ba'zan kasallik sezilmaydi, keyin kutilmaganda qattiq og'riq paydo bo'ladi va harakatlanish cheklanadi. Son suyagi boshchasi nekrozi tizzagacha boradigan son va chovdagi og'riqlar bilan birga namoyon bo'ladi. VAART qabul qiluvchi barcha kasallarga, ayniqsa, qo'shimcha omillar (glyukokortikoidlar qabul qilinganda) havf solganida hamda sonda og'riq paydo bo'lganida diqqat bilan ularni kuzatish kerak. Suyak yoki bo'g'inda o'rtacha og'riq bo'lganida ham, keyinga qoldirmay MRT qildirish lozim (MRT rentgenografiyaga qaraganda sezuvchan tekshirish usuli).

Erta tashxis qo'yish va davolash bemorni og'riqlar, harakatsizlik va operatsiyadan saqlab qoladi. Tashxis tasdiqlanganda, bemorni ko'pincha zudlik bilan ortoped jarrohga yuboriladi. Og'riqni kamaytirish suyak va bo'g'inni saqlab qolish uchun turli davolash usullari mavjud. Kasallikning bosqichi, joylashuvi va zararlash darajasiga qarab turli davolash usullari tanlanadi. Erta bosqichlarda qo'ltiq tayoq yordamida oyoqqa og'irlik tushishini cheklashning o'zi ham yetarli bo'ladi. Son suyagi boshchasi yoki bo'yinchasini xirurgik dekompressiya qilish samara beradi. Oxirroqdagi bosqichlarda nekroz yuzasi qancha katta bo'lsa, muvaffaqiyatli davolash imkoni shunchaga kamayadi. Yana bir davolash usuli osteotomiya — biroq uning kamchiligi shundaki, u uzoq muddatli immobilizatsiyani talab etadi.

Og'ir holatlarda to'liq endoprotezlashga to'g'ri keladi. Havfli omillarni aniqlash va ularni bartaraf etish zarur: imkoni bo'lganda glyukokortikoidlarni bekor qilish, proteaza ingibitorlarita'sirlarini yana bir bor qayta ko'rib chiqish hamda fizioterapiya tavsiya etiladi. Og'riqsizlantirishda nosteroidli yallig'lanishga qarshi vositalar (masalan, ibuprofen) birinchi darajalai preparatlardan hisoblanadi.

5.9.Nefrolitiaz

Buyraklarda toshlarning paydo bo'lishi, eng avvalo, indinavir bilan bog'liq. Uni qabul qilish indinavir kristallarini hosil qiladi. Ular 20% bemorlarning siydigida aniqlanadi. Deyarli 10% kasallarda nefrolitiaz va buyrak sanchiqlari sodir bo'ladi. Biroq kristallar rentgenogramma qilinganda ko'rinmaydi.

Kamdan kam hollarda buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Buyraklarning zararlanishi bel, biqinlar va jinsiy lablar va tuxumdonlargacha yetib boradigan qorin pastidagi og'riqlar orqali namoyon bo'ladi. Ba'zan gematuriya ham kuzatiladi. Fizikal tekshiruv, siydik tahlili, buyraklar faoliyatini aniqlash va UTTdan o'tkazish talab etiladi. Buyrak sanchiqlarida vena orqali analgetiklarni (masalan, metamizol, 1,0 - 2,5mg gdan, yoki diklofenak, 100 - 150 mg.dan) spazmolitik dorilar (masalan, giostsinabutilbromid, 20 mg dan v/o) yuborish tavsiya etiladi. Agar og'riq saqlansa, bir necha daqiqadan keyin yana shu dozalar yuboriladi. Samara bermasa 50 - 100 mgdan vena orqali petidin belgilanadi. Sanchiqlar paytida suyuqlikni ko'p ichmaslik tavsiya etiladi.

Nefrolitiaz oldini olish uchun sutkalik suyuqlikni iste'mol qilish 1,5 l.dan kam bo'lmasligi, juda issiq bo'lganda va spirtli ichimlik ichilganda, undan ham ko'p suyuqlik talab etiladi. Bir martalik sanchiqlarda davolash talab etilmaydi. Agar sanchiqlar takrorlanaversa, indinavir bekor qilinadi. Nefrolitiazni yana nosteroidli shamollash va yallig'lanishga qarshi vositalar - xinolonlar, ampitsillin, foskarnet, atsiklovir, sul'fanilamidlar (trimetoprim/sul'fametoksazol, sul'fadiazin) i allopurinol, ham keltirib chiqargani uchun indinavirni ular bilan birgalikda ehtiyotkorlik bilan qo'llash talab etiladi.

5.10. Diareya

Proteaza ingibitorlarini qabul qilish ichni buzilishiga ham olib kelishi mumkin. Bunday kasallik belgilari namoyon bo'lganida, birinchi navbatda, buning boshqa sabablarini, ya'ni infeksiyalar va laktozani hazm qila olmaslikni ham istisno qilinadi. PI qabul qilinishidan yuzaga kelgan ich surilishida suli kepagidan tayyorlangan tablekalarni oz-ozdan retrovirusga qarshi preparatlar (sutkalik doza

1500 mg.dan) bilan birga qabul qilish yaxshi samara beradi. U bo'lmaganida, bargizub urug'ini qo'llash mumkin.

Nelfinavirdan ich ketganda, kaltsiy karbonatini sutkasiga 2 martadan 500 mg dozada qabul qilish yordam beradi. Belgilarga qarab davolashda loperamid (immodium) katta rol o'ynaydi. U ichak peristaltikasini kamaytiradi. 4 mg. dan boshlanadi, keyin esa sutkasiga 2 mg dan 16 mg. gacha dozada berishga o'tiladi. Agar loperamid yordam bermasa, opiy nastoykasi tavsiya etiladi. PI qabul qilishdan yuzaga kelgan ich ketishlarda pankrelipaza – oshqozon osti bezining sintetik fermentisamarali hisoblanadi. Ayrim hollarda bir necha preparatlarni birgalikda qo'llash tavsiya etiladi. Suvsizlanish va elektrolitlar yo'qotilganda, sho'rtak kreker, giyohli choylar, mineral suv, sportchilar ichimliklari, elektrolitlar eritmalari tavsiya etiladi.

5.11. Lipodistrofiya i giperlipidemiya

PI vositasida davolash davomiyligi metabolik buzilishlarning avj olishi havfida sezilarli omil hisoblanadi.

Giperxolesterinemiya PIni bir yil davomida qabul qilgan 26% kasallarda, 2 yil va undan ko'p qabul qilgan kasallarning 51%da hamda , 83% bemorlarda 3 yildan keyin kuzatilgan. Lipodistrofiya PI bilan davolanayotgan bemorlarning 60% dan ko'prog'ida kuzatilgan. Giperlipedemiyada yurak-qon tomir kasalliklari havfi oshadi. Nojo'ya ta'sirlar avj olganida parhez qilish va umumiy xolesterinni pasaytirish uchun pravastatin qabul qilish tavsiya etiladi.

Giperlipidemiya odatda davolanishning birinchi oylaridayoq kuzatiladi, glyukozaning plazmadagi miqdori keyinchalik oshishi mumkin. Giperglikemiya insulinga rezistentlik tufayli yuzaga keladi – xuddi II tur qandli diabet kasalidagidek.

Aftidan, insulinga rezistentlik glyukozaning yetkazilishi buzilishi yoki uning hujayra miqyosida fosforlanishi sababli sodir bo'ladi. Giperglikemiya PI (ayniqsa indinavir) bilan, kamdan kam hollarda NIOT bilan davolanishda avj oladi.

Ikki yoqlama tekshirishlar ko'rsatadiki, insulinga sezgirlik PI qabul qilgan 63% bemorlarda buzilgan. Insulinga rezistentlik havfi yosh o'tgan sari tana og'irligi ko'p

bo'lganida hamda giperxolesterinemiya va giperQTiglitseridemiya ortib boraveradi.

Davolashni boshlashdan oldin bemorlarni polidipsiya, polifagiya i poliuriya namoyon bo'lganida shifokorga murojaat qilish zarurligi haqida ogohlantirish kerak. PI nevirapin bilan almashtirilganda yoki retrovirusga qarshi preparatlar bekor qilinganda, glyukozaning kamaygani qayd etilgan. U me'yoriga qaytadi yoki yo'qmi hozircha bu ma'lum emas.

Ilk bor aniqlangan qandli diabetda PIn bekor qilish yoki qilmaslik ham hanuzgacha aniqlanmagan. Ko'z, buyrak va yurak-qon- tomirga ta'sir qilgan og'ir qandli diabet turi kamdan -kam holatlarda avj oladi. Proteaza ingibitorlari nojo'ya va yoqimsiz holatlarni keltirib chiqarishsada, ular RQTda inqilob yasaganliklari hamda mazkur kasallikning OITS bosqichi va letal yakunigacha o'tish sur'atini sezilarli darajada sekinlashtirganliklarini yodda tutish kerak.

OIV- infeksiyasi bilan yashayotgan odamlarga yordam berayotgan mutaxassislar, o'z o'zini boshqara olish, ya'ni ichki va tashqi uyg'unlikka yo'naltirilgan pozitiv yaratuvchanlik holatiga o'ta olish ko'nikmalariga ega bo'lishlari kerak. Buning uchun:

- O'z-o'zini o'stirishga vaqt topa bilish, o'z taraqqiyotida har qanday, hatto unchalik sezilarli bo'lmagan olg'a siljishni payqay bilishga o'rganish. Har qanday muvaffaqiyatli qadamdan quvonib yashash va buni xis qila bilish.
- Har qanday vaziyatni va unda o'zini ham keng ma'noda chetdan ko'ra bilish. Voqealarni kinoya bilan qabul qilish, yumor, hazilkashlik xissini rivojlantirish.
- Eng kichik xursandchilikdan ham lazzatlanishni xis qila bilish qobiliyatini saqlab qolish. O'tmish haqidagi xotiralarda ushlanib qolmaslik kerak. Kelajak uchun ishlagan sari u haqda har doim o'ylash shart emas. Bugunsiz erta yo'q. Bugunning lazzatini qadrlay bilish – bebaho xususiyat. Yoqimli kichkinagina voqeaga ham yetarli e'tibor qilmaslik sababli chinakam professional eng katta shodlikni ham sezmay qolishi mumkin.

- Pozitiv kayfiyat shaxslararo munosabatlarda zarur. Odamlarda munosib jihatlarni ko'ra bilish va ularni ishga sola bilish va, eng avvalo, ularga tayanishga intilish kerak. Hali sodir bo'lmagan ko'ngilsizliklar xususida qayg'urish kerak emas, balki ular umuman yuz bermas ham.
- Yordam ko'rsatish modelini o'zgartirish:

Ishni aniq rejalashtirish;

- aniq maqsadlar belgilash va ularni uzoq va yaqin kelajakda amalga oshiriladiganlarga ajratish ;
- bir xil xulosa chiqarishga yordam beradigan mezonlar ishlab chiqish: maqsadga erishish yoki erishmaganlikdan qat'iy nazar masalalarni ularning muhimligiga qarab taqsimlash, o'z imkoniyat chegaralarini aniq anglash (men nima qila olaman va nimani qila olmayman), ma'suliyatni taqsimlash;

katta va kichik vazifalarni muayyan ketma-ketlikda ajratish, yordam so'rab atrofdagilarga murojaat qila bilish, o'z-o'ziga xizmat qilishga intilish va shunga layoqatlilik odatini retsipientda qancha kerak bo'lsa, shuncha vaqt mobaynida qo'llab-quvvatlash, vaqtni boshqarish .

Relaksatsiya usullarini qo'llash

Juda ham yoqimli joyda (masalan, gulzorli o'tloqda, ko'l bo'yida, plyajda, o'z shaxsiy basseynda, kamin oldida) deb fantaziya qilib ko'rish mumkin. Tananing qanday bo'shashayotganini his qilish. Erkin va ritmik nafas olish. Sayr qilish, meditatsiya usullarini qo'llash (eng oddiy meditatsiya - diqqatni o'z nafasga qaratish) uqalash, sport bilan shug'ullanish, suzish katta ahamiyatga ega.

Oiv -infektsiyali jismoniy va psixik imkoniyatlari sezilarli cheklangan bemorlarni uyda parvarishini ta'minlash

Uy sharoitida bemorni parvarishlash deganda o'z-o'ziga xizmat yoxud yaqin qarindoshlar, do'stlar, ko'ngilli yoki professionallar, ya'ni o'z kasbining ustalari yordamida parvarishlashni tushunmoq kerak.

Xududiy OITS markazi, ijtimoiy himoya xizmatlari, jamoat tashkilotlari bilan ambulator-poliklinika yordam tizimining o'zaro samarali faoliyati OIV -infektsiyali odamlarga iloji boricha kengroq ko'lamda tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatish imkonini beradi va bu muntazam tibbiy kuzatuv va davolanishi kerak bo'lgan OIV-infektsiya bilan yashayotgan odamlar ulushini oshiradi.

Uydagi bemorlarga yordam bir qancha afzalliklarga ega:

- yordam uzluksiz, kompleksli bo'ladi va bemor o'limiga qadar ko'rsatiladi;
- yordam odamga unga tanish sharoitda (o'z uyida), oila a'zolari qurshovida ko'rsatiladi;
- personal yordam ko'rsatiladi (bunda kishining individual odatlari va imkoniyatlarini hisobga olinadi);
- xayrixohlik va ishonchlilik munosabatlarini o'rnatishga yordam beriladi;
- yuqumli kasalliklar kasalxonasida ko'p bo'lishdan (ya'ni kasalxona ichidagi infektsiyalarni yuqtirib olish havfi yo'q bo'ladi) xalos qiladi;
- bemor uchun ko'proq erkinlik va vaziyatni nazorat qilishni saqlaydi;
- ijtimoiy hayotda ishtrok etish imkonini beradi;
- oila haqida ham g'amxo'rlikni o'z ichiga oladi;

Uyda parvarishlash uzluksiz jarayon bo'lib, u tarkibida qarindoshlar, tibbiyot va jamoatchilik vakillari, volonterlar (ko'ngilli yordamchilar)dan iborat bo'lgan jamoaning muntazam ravishda bemor uyiga kelishi orqali amalga oshiriladi.

O'z-o'ziga xizmat qilish layoqti pasaygan yoki yo'qolgan hamda OIV – infektsiyasining terminal bosqichidagi bemorlarga to'laqonli parvarishni amalga oshirishda patronaj tibbiyot hamshiralarining o'рни alohida. Uning asosiy vazifalariga tibbiy muolajalarni bajarish, bemor qarindoshlariga u bilan muloqot

qilish qoidalarini, davolash muolajalarini bajarish tartibi, epidemyaga qarshi chora-tadbirlarga rioya qilish zarurligini tushuntirish, asosiy umumiy parvarish elementlarini ko'rsatish va va o'rgatish kabi vazifalar kiradi.

Patronaj hamshirasining bemor uyiga nisbatan uzoq qatnashi foydali hamdir. Zero ayrim hollarda kasal kishi asosiy vazifasi faqat psixologik yordam ko'rsatish, psixologik maslahat berishdan iborat deb hisoblaydigan psixologdan ko'ra, patronaj hamshirasi yoki ijtimoiy xodimga o'z dardini aytishi, o'zini tashvishlantirayotgan muammolarni muhokama qilishi osonroq.

Uzoq muddatli psixologik yordam tizimini yaratishda patronaj hamshiraning roli beqiyos.

U va bemor yonida bo'ladigan boshqa mutaxassislar maslahat berish ko'nikmalarini egallagan bo'lishlari kerak.

Uyda palliativ yordam ko'rsatishda tibbiyot xodimi (shifokor yoki hamshira) bemorni parvarish qilayotgan oila a'zolari va boshqalarga quyidagi masalalar bo'yicha maslahatlar berishi kerak:

OIV-infektsiyasi bor bemorni parvarishlash uning oila a'zolari va boshqa shaxslar uchun havfsiz hisoblanadi; agar quyidagi qoidalariga rioya qilinsa, OIVni yuqtirish havfi ancha kamayadi:

- kasal qoni va biologik suyuqliklari bilan ishlaganda lateks qo'lqoplar kiyish kerak;
- ham bemor, ham unga qarayotgan kishilar terisidagi jarohat va shikastlanishlarni bog'lash kerak; agar bog'langan joy qon yoki biologik suyuqlik bilan namiqib qolgan bo'lsa, darhol almashtirilishi va qoidaga binoan yo'q qilinishi kerak;
- qon, ahlat yoki siydik bilan ifloslangan joylarni oddiy oqartiruvchi vosita yoki 3 %li vodorodperekisi yordamida qo'lqop ishlatgan holda tozalash kerak;
- qon, ahlat yoki boshqa biologik suyuqliklar bilan ifloslangan choyshab va kiyimlarni alohida qilib qo'ymoq; bunday narsalarni faqat qo'lqop yoki plastik bo'lagi yordamida ushlash kerak;

- bemor bilan bir tish chiyotkasi, britva, nina va boshqa o'tkir narsalardan foydalanmaslikkerak;

- bemorning ifloslangan kiyim va to'shak choyshabini almashtirib bo'lgandan keyin hamda har qanday biologik suyuqlik bilan ishlab bo'lgach, qo'llarni sovun bilan yuvish kerak;

Odatdagi maishiy aloqalar havfsiz (qo'lqoplar talab etilmaydi). Oshxona idish va asboblarini, biologik suyuqliklar bilan ifloslanmagan choyshablar va kiyimlarni, xojatxona va vannani tozalashda oddiy kir yuvish vositalaridan foydalanish mumkin.

- Bemor uyiga qatnaydigan shifokor va hamshira unga qarayotgan kishilarga u yoki bu vaziyatda nima qilish kerakligi haqida aniq ko'rsatmalar berishlari, xususan, quyidagilarni yetkazishlari shart:
- kasallik belgisi paydo bo'lganida nima qilish kerakligini tushuntirib qo'yish;
- eng zrur kechiktirib bo'lmaydigan muolajalarni qanday o'tkazish kerakligini aytib berish, buni qanday bajarishni o'rgatish, buni qanday qilish kerakligini bir necha marotaba mashq qildirib o'rgatish (yaxshi egallash uchun bir marta bir necha ko'nikmalarni mashq qildirib o'rgatish);
- muolajani qanday bajarishni namoyish etish (masalan, ko'p yotishdan uyushib qolgan joylarni parvarishlash);
- bilim va ko'nikmalarni tekshirish — savollar berish, muolajani bajarishni ko'rsatib berishni so'rash;
- u yoki bu holatlarda, ayniqsa, dorilarning o'zaro nojo'ya ta'sirlari paydo bo'lganida, kimga va qachon yordam so'rab murojaat qilish kerakligini tushuntirib qo'yish kerak.

OBYa shaxslar yaqinlariga uyda palliativ yordam berish haqida tavsiya berilganda, tibbiyot xodimi oila a'zolarining emotsional holatini, uydagi sharoitni, iqtisodiy va ijtimoiy sharoitlarni hisobga olishi kerak.

Uyda bemorni paravarish qilishni ta'minlashda ijtimoiy va diniy tashkilotlar orqali volontyorlarni jalb qilish muhim rol o'ynaydi. Volontyorlar ishtiroki qo'shimcha odam va moddiy zahiralarni jalb qilish imkonini beradi, bemorlarni qamrab olish

doirasini ancha kengaytirish, parvarishlash sifatini sezilarli yaxshilash, bemor va uning yaqinlariga psixoiqtimoiy va ruhiy qo'llab-quvvatlashni ham kiritish imkonini beradi.

2.3.1 TADQIQOT NATIJALARINI BAHOLASH VA STATISTIK

TEKSHIRISH USULLARI

OIV infeksiyasi diagnostikasining usullari maxsus (spetsifik usullar)

Immunoferment analiz (IFA) yordamida qon zardobidagi yoki plazmadagi virusning barcha antigenlariga (ba'zida P24 antigeni bilan birgalikda) nisbatan hosil bo'lgan antitelolari aniqlanadi.

Tekshirilayotgan qon zardobi planshetaning lunkalariga qo'yiladi va ushbu qon zardobida OIVga nisbatan antitelolar bor bo'lsa, ular antigen bilan reaksiyaga kirishadi va antigen-antitelo kompleksi hosil qiladi. Lekin bunday kompleks hosil bo'lgani ko'zga ko'rinmaydi. Ushbu kompleksni ko'rish va baholash uchun tekshiruvning keyingi bosqichlarida maxsus reagentlar qo'yiladi. Bu o'z navbatida lunkalardagi suyuqlik rangining o'zgarishiga olib keladi. Rangning ochiq-to'qligi (optik zichligi) spektrofotometr yordamida aniqlanadi. IFA usuli amaliyotda qo'llash mumkin bo'lgan test to'plamlar yordamida maxsus tayyorgarlikdan o'tgan laboratoriya xodimlari tomonidan o'tkaziladi.

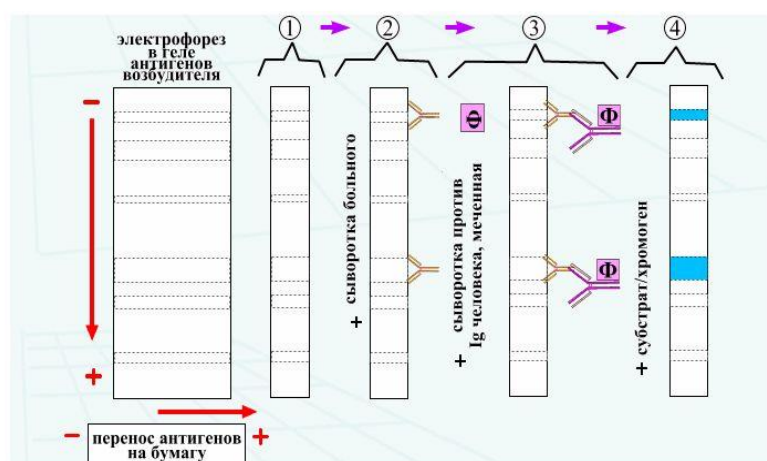
Ekspress (tezkor) usuli

Testlar so'lak, qon, zardob va plazmadagi OIV infeksiyasiga qarshi ishlab chiqarilgan antitelolarni tezkorlik bilan aniqlashga qaratilgan serologik tekshiruv usuli hisoblanadi. Bu sinamalar o'zining sezgirliги va spetsifik xususiyatiga ko'ra test-sinamalarining 3-avlodiga to'g'ri keladi. Ishlash texnologiyasiga ko'ra агглюцинацион, immunofiltratsion, immunoxromatografik turlariga bo'linadi. Ekspress test sinamalarining qulayligi shundaki, bu sinamalarni qo'llash uchun alohida o'lchov apparatlari hamda alohida o'qitilgan tibbiyot xodimlari talab

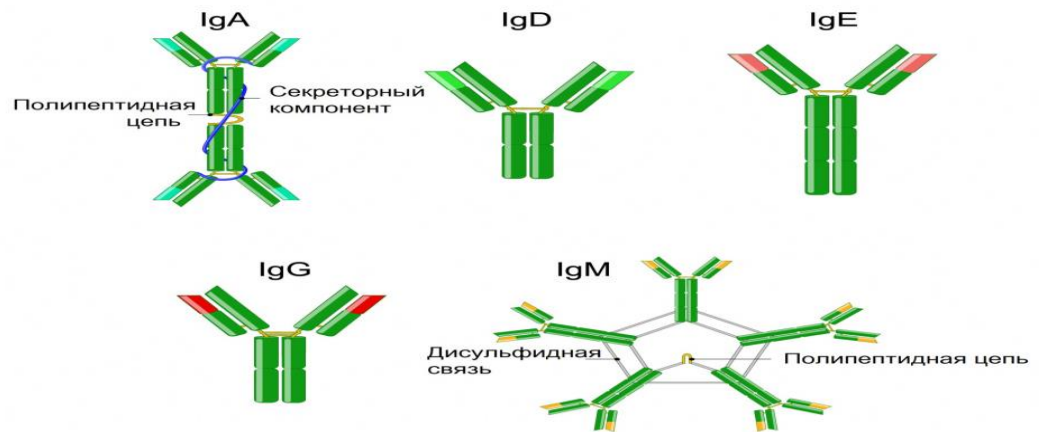
etilmaydi. Shuningdek, tahlil natijalari immunoferment analiziga nisbatan qisqa vaqt ichida tayyor bo'ladi. Ekspress testlarni anonim tekshiruvlar va aholini OIVni yuqtirib olishga moyil bo'lgan guruhlar orasida tekshiruvda qo'llash qulaydir.

Immunoblot usuli faqatgina OIVning maxsus oqsillariga nisbatan paydo bo'ladigan spetsifik antitelolarni aniqlashga asoslangan. Shu sababli bu usulning spetsifik xususiyati o'ta yuqori. OITSga qarshi kurashish markazlarining laboratoriyasida IFL musbat deb tasdiqlangan namunalar immunoblot usulida tekshiriladi.

Иммуноблотинг



ВИДЫ АНТИТЕЛ



Immunoblot tahlilini o'tkazish uchun maxsus tibbiy apparatura, O'zbekistonda ro'yxatdan o'tgan test sinamalar hamda maxsus tayyorgarlikdan o'tgan xodimlar talab etiladi.

PZR-polimeraza zanjirli reaksiya (polimerazno tsepnaya reaksiya, PTsR) - YUQORI SEZUVCHANLIKKA EGA BO'LGAN tahlil hisoblanadi, bu usul asosida DNK zanjirining spetsifik ketma-ketligini elektroforez yoki boshqa usullar orqali aniqlash imkonini beradigan darajagacha amplifikatsiya qilish (selektiv ko'paytirish) yotadi.

PZR usuli qonda OIV bilan zararlangan hujayralardagi provirus DNKsini topish (sifat PZR tahlili) yoki qon plazmasida OIVning genom RNKsini topish (miqdor PZR tahlili, ya'ni "virus yuklama"sini aniqlash) maqsadida o'tkaziladi. Ushbu usulda tahlil o'tkazish uchun maxsus tayyorgarlikdan o'tgan malakali tibbiy xodim, shuningdek mamlakatimizda ro'yxatdan o'tkazilgan, maqsadga mos keladigan test to'plamlari bo'lishi shart.

OIV infeksiyasi diagnostikasining maxsus bo'lmagan (nospetsifik) usuli

CD-4 xujayralar sonini aniqlash immun status holatini aniqlashning nospetsifik usuli hisoblanadi. CD-4 xujayralar T-limfotsitlar (T-xelperlar) subpopulyatsiyasining vakili bo'lib, me'yorda ularning miqdori odamning yoshiga qarab, 1 mkl qonda 500 dan 11500 tagacha bo'ladi. T-xelperlar (CD-4) sonining kamayishi OIV infeksiyasida T xujayra darajasida immun tanqisligini eng asosiy bashoratlovchi ko'rsatkichi hisoblanib, ushbu holat kasallikning simptomsiz davridan boshlanib, butun kechish davrida saqlanib qoladi. Qon namunalarida CD-4 limfotsitlarning miqdori monoklonal antitelolar yordamida oqimli sitoflyuorimetrlarda aniqlanadi. Ushbu usulda tahlil o'tkazish uchun maxsus laboratoriya jihozlari va maxsus tayyorgarlikdan o'tgan malakali tibbiy xodim, shuningdek

mamlakatimizda ro'yxatdan o'tkazilgan, maqsadga mos keladigan test to'plamlari bo'lishi shart.

Immunoferment analizi uchun sifat nazorati.

Sifat nazorati deyilganda sifatni ta'minlash bo'yicha talablarni bajarish uchun qo'llaniladigan uslublar va sa'y-harakatlar jamlanmasi tushuniladi.

Laboratoriya jarayonining barcha bosqichlari uchun laboratoriyada standart operatsion muolajalar to'plab chiqilgan va tasdiqlangan bo'lishi kerak.

Diagnoz tahlilxonalarda o'tkaziladigan IFA tahlilining sifati juda ko'p omillarga, ya'ni test tizimining sifatiga, uning saqlanish sharoitiga, tahlil o'tkaziladigan xonalarda rioya qilinadigan harorat rejimiga, spektrofotometr, termostat, pipetkalarining aniq ishlashiga, tahlilxona xodimlarining bilim saviyasiga bog'liq. Xona harorati

Tahlil sifatiga ta'sir etishi sababli tahlilxonaning harorati 18-22°C atrofida bo'lishi shart.

Apparatlar va jihozlar yiliga bir marotaba metrologik tekshiruvdan o'tkazilishi shart. Har kuni sovutgich va muzlatgichning harorat rejimi nazorat qilib, yozib borishi kerak.

Test tizimlar, reagentlar va diagnostikumlar ularning qutisida yozilgan harorat rejimida saqlanishi zarur. Tahlil natijalari aniq va ishonchli bo'lishi uchun tahlil davomida nazorat o'tkazilishi kerak. Sifat nazorati ichki va tashqi nazoratlarga bo'linadi. IFA usulida tahlil o'tkazilganda test sinama yo'riqnomasida ko'rsatilgan nazoratlardan tashqari sotib olingan "musbat natijali" namuna ya'ni ichki nazorat namunasi ham qo'yiladi. Tahlilxonaning tashqi nazorati yilida bir marotaba SSV ning Referens laboratoriyasi hamda Respublika OITSGa qarshi kurashish laboratoriya mutaxassislari bilan hamkorlikda

o'tkaziladi.

Qon tarkibidagi CD-4 limfotsitlarni aniqlash usuli.

Immunitet tanqisligi darajasi va xarakterini aniqlash uchun immun statusni baholash darajasidan foydalaniladi. Ularga quyidagilar kiradi:

– Periferik qon tarkibida leykotsit va limfotsitlarning absolyut va nisbiy sonini aniqlash;

T-limfotsitlar CD-4 (T-xelperlar) subpopulyatsiyasining absolyut va nisbiy sonini va T-xelperlar yuzasidagi CD-4 hujayralari konsentratsiyasini aniqlash;

CD-4 T-supressor/killerlarni va CD-4/CD-8 hujayralar nisbatini aniqlash;

– Organizmning gumoral immunitetini (qon tarkibidagi M, G, A, E immunoglobulinlar miqdorini) aniqlash.



Immunoferment analizi uchun sifat nazorati.

Limfotsitlar sonining kamayishi klinik belgilersiz latent davrida yuzaga kelib, kasallikning butun davri davomida kuzatiladi. Limfopeniya, neytropeniya OIV-infeksiyasiga sezuvchanlikni kuchaytiradi va prognostik noxush belgilar bo'lib hisoblanadi.

T-xelperlar (CD-4) sonining kamayishi OIV infeksiyasidagi T-hujayraviy immun tanqislikning asosiy prognostik ko'rsatkichi hisoblanadi. CD-4 limfotsitlar sonining aniqlanishi bemorda kelib chiqqan immun tanqislikning qanchalik chuqur darajada rivojlanganligi to'g'risida xulosa qilishga imkon beradi. CD-4 limfotsitlar sonining kamayishi darajasi u yoki bu ikkilamchi kasalliklarni aniqlash mezon bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Me'yorda T xelperlar soni 1 mkl qonda 500 tadan 1500 tagacha bo'ladi. CD-4 limfotsitlar absolyut sonining 350 tagacha va undan kam miqdorgacha kamayishi OIV infeksiyasining avj olganligi hamda OITS kelib chiqqanligini bildiradi. CD-8 T supressorlar sonini aniqlash

CD-4 (T-xelperlar) limfotsitlar sonini aniqlash tartibida amalga oshiriladi. CD-4 T-supressor sonini ortishi OIV infeksiyasining erta davrida kuzatiladi. CD-4/CD-8 hujayralar nisbati 1,5 - 2 ga teng. Monoklonal antitelolar yordamida CD-4 limfotsitlar sonini oqimli sitoflyuorimetrdan aniqlanadi. Laboratoriyada qon CD-4 ni aniqlashda qo'llaniladigan metodika asosida tekshiriladi.

24-jadval. Izlanish uchun OIV infeksiyasining OITS bosqichida davolangan bemorlar

1-группа			2-группа		
18 ёшгача бўлган беморлар (n=34)			18 ёшдан катта беморлар(n=47)		
0 -3 ёш	ўғил	0	20 -29 ёш	эркак	1
	қиз	1		аёл	2
10-12 ёш	ўғил	1	30-39 ёш	эркак	9
	қиз	3		аёл	14
13-15 ёш	ўғил	17	40-50 ёш	эркак	9
	қиз	7		аёл	9
16-18 ёш	ўғил	5	51-60 ёш	эркак	3
	қиз	0		аёл	0

Shunday qilib, ushbu bobning bo‘limi tahlili quyidagi xulosalarga olib keladi.

1. OIV infeksiyasi bilan kasallangan 18 yoshgacha bo‘lgan bemorlarda immunodefitsit holatning 3-4-bosqichini ifodalovchi opportunistik infeksiyalarni kechish jarayoni o‘rganildi;

2. 18 yoshdan katta bemorlarda immunodefitsit holatning 4 bosqichida yuzaga kelgan opportunistik infeksiyalarni o‘rganildi;

3. OIV infeksiyasining OITS bosqichida davolanayotgan bemorlarda virus yuklamalari, CD-4 hujayralarining absolyut miqdorini aniqlash va kasalligiga ko‘ra maxsus tekshiruv usullarini olib borildi;

4. Opportunistik kasalliklarni og‘irlik darajasiga ko‘ra ximioprofilaktikasi uchun ko‘rsatmalar aniqlandi;

3.1. Andijon viloyatida aholining turli xil guruhlarida OIV infeksiyasining tarqalish xususiyatlari.

OIV-infeksiyalangan bemorlarda opportunistik kasalliklarning bir-biri bilan qo‘shilib kasallik rivojlanishi ma’lum, bu immunodefitsit holati bilan bog‘liq. OITS tashxisi (Pokrovskiy tasnifi bo‘yicha OIV ning 3 bosqichiga to‘g‘ri keladi). Bundan tashqari opportunistik kasalliklar xuddi shu bemorlarda boshqa kasalliklar bilan

almashinish yoki bir vaqtning o'zida bir nechta kasallik rivojlanishi mumkin. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda OIV bilan kasallangan bemorlarda opportunistik infeksiyalarning strukturasi aniqlandi.

Pastki nafas yo'llari infeksiyasi — OIV bilan yashovchi bemorlarda eng keng tarqalgan qaytariluvchi infeksiya bo'lib, ko'proq bemor hayotiga xavf soladi. Bu infeksiya qo'zg'atuvchisi-bakteriyalar, ayrim hollarda virus va zamburug'lar hisoblanadi.

Bakterial zotiljam, bolalarda 13 tasida va kattalarda 17 tasida kuzatildi. Streptococcus pneumoniae va Haemophilus influenzae bakteriyalar chaqiradigan infeksiya turiga kiradi.

24-jadval. Pnevmonokokkli zotiljam va o'pka sili.

kasallik turi	I-guruh		2-guruh	
	abs		abs	8,5 %
Plevra empiyemasi	4		4	19 %
Plevraga suyuqlik to'planishi	7	11,7 % 20,5%	9	
O'pka absessi	1			
Jami:		35,2%	18	38,2%

2.3.2. OSHQOZON-ICHAK TRAKTI INFEKSIYASI

Oshqozon-ichak trakti infeksiyasi (OIT) OIV infeksiyasida quyidagilar chaqirishi mumkin:

Bakteriya, zamburug'lar, viruslar, sodda qo'zg'atuvchilar, parazitlar;

Infeksiya	I-guruh	2-guruh
-----------	---------	---------

Salmonellez (Salmonella typhi paratyphidan tashqari)	5 (17,7 %)	6 (12,7 ⁰ %)
Shigellez	7 (20,5	807%)
Kriptosporidioz		1(2,12 %)
Mikrosporidioz	1 (2,9 ⁰ %)	1(2,12 %)
Jami:	13 (38,2 ⁰ %)	(38,2 ⁰ %)

Jadvaldan ko‘rinib turganiday OIV infeksiqlangan bemorlarda oshqozon-ichak infeksiyalari qo‘zg‘atuvchilari bolalarda ham, kattalarda ham bir xil teng uchraydi. Bolalarda salmonellez (Salmonella typhi i

paratyphidan tashqari) bolalarda 5 (17,7%) da, shigellez 7 (20,5%) da,

Mikrosporidioz %) da uchragan bo‘lsa, kattalarda salmonellez (Salmonella typhi i paratyphidan tashqari) 6 (12,7%) da, shigellez 7 (17%) da, kriptosporidioz 1 (2,12%) Mikrosporidioz 1 (2,12%) da uchradi.

OIVda diareyaga tashxis qo‘yish uchun, boshqa etiologik faktorlarni inkor etish kerak. Ba‘zan oshqozon-ichak trakti tomonidan yuzaga keladigan belgilar ichak hujayralari atrofiyasi hisobiga sodir bo‘ladi, so‘rilishning buzilishi bilan kuzatiladi (malabsorbsiya). Oshqozon-ichak traktida eng ko‘p tarqalgan zararlanish diareyaning o‘tkir, o‘tkir osti va surunkali kechuvchi belgilari bilan namoyon bo‘ldi.

Oshqozon ichak traktidan qon ketishi va axlatda qon bo‘lishi bu dizenteriya belgisi bo‘ladi.

OIV infeksiyali bemorlarda oshqozon ichak trakti tomonidan buzilishlar: ishtahaning pasayishi; ko‘ngil aynishi; qayt qilish; tana vaznining kamayishi.

Kandidoz

Ikkala jinsda ham oshqozon-ichak traktida Candida albicans ko‘payadi

C. albicans har uchta sog‘lom ayolning bittasida qin mikroflorasida aniqlanadi.

2-guruh ayollarining 5 (10,6%) da qin kandidozi uchradi, qindan "tvorogsimon" ajralma kelib, tashqi jinsiy a'zolarida va qinda qichishish paydo bo'ldi. 2 (4,2%) ta erkaklarda genital kandidozda balanit yoki balanopostit rivojlanadi, jinsiy olat uchida ajralma va qichishish kuzatildi. Og'iz bo'shlig'i kandidozida ("molochnitsa") shilliq qavatlar yallig'lanishi va qattiq oq qatlam bilan qoplanishi ("tvorogsimon") kuzatildi.

3.3. Nerv sistemalari infeksiyasi.

Markaziy nerv tizimini zararlanishini bakterial, virusli va zamburug'li opportunist infeksiyalar chaqiradi. Eng ko'p uchraydigan infeksiyon tabiatga ega bo'lgan MNT zararlanishi:

	Markaziy nerv tizimini zararlanishini kasallik turlari	I-guruh	2-guruh
1.	Toksoplazmoz	24	1
	Gerpetik ensefalit		3
3.	Sitomegalovirusli ensefalit		1
4.	Kriptokokli meningit	6	4
	Jami:		

Gerpesning birlamchi epizodlaridan keyin tez retsidivlar kuzatiladi. Immunosusaygan bemorlarda gerpetik zararlanish nisbatan keng va uzoq kechuvchi bo'ladi, tarqalgan infeksiya bo'lishi mumkin, GV meningit va meningoensefalit chaqirishi mumkin.kasallik	klinik manzarasi
Gingivit	Milkning giperemiyasi, shishi va qonashi

Pioreya	Tish milk cho‘ntaklarida yiring to‘planishi
Periodontit	Tish atrofidagi suyak va yumshoq to‘qimalarning tezda og‘riqli zararlanishi; milklarning qonashi; tishlarning tushishi; yaralar paydo bo‘lishi mumkin
Aftoz yaralar	Og‘iz shilliq qavatida osilgan qirrali og‘riqli yaralar, odatda yiringli ekssudat bilan qoplangan va tekkanda qonaydi
Stomatit	Og‘iz shilliq qavati yallig‘lanishi; ko‘p hollarda gigiyenaga rioya qilmaslik va anaerob bakteriyalarning kirishi bilan chaqiriladi
Xeylit	Yallig‘lanish, giperemiya, ayrim hollarda labning oqarishi; ko‘p hollarda og‘ir immuno defitsit borlarda uchraydi.

Teri va tirnoq kasalliklari

Terining zamburug‘li zararlanishi (dermatomikoz) OIV infeksiyali shaxslarda ham, me’yordagi immunitetga ega shaxslarda ham uchraydi. OIV infeksiyali shaxslarda oyoq kafti, son va tirnoqlarning ko‘p zararlaydigan qo‘zg‘atuvchisi *Trichophyton rubrum* (rubrofitiya) hisoblanadi. Kasallik odatda qichish bilan kechadi.

Andijon viloyatida OIV bilan og‘rigan bolalar va kattalar o‘rtasida, opportunistik infeksiyalarning uchrash ko‘lamini o‘rganish asosiy maqsad bo‘ldi.

Izlanish natijalari bolalar guruhida 34 ta bolada va 47 ta kattalarda OIV infeksiyasi aniqlanganligini ko'rsatdi.

I chi guruh V-bosqichdagi OITS bilan infeksiyalangan 13 ta bemorlarda bakterial infeksiya bilan og'riqlar kuzatildi.

III-BOB bo'yicha xulosalar.

1. OIV infeksiyasining Z bosqichida 0-18 va 18 yoshdan katta bemorlarda ham bakterial va zamburug'li kasalliklar ustunligi bilan namoyon bo'lmoqda.

2. OIV infeksiyasining OITS bosqichida virusli va sodda mikroorganizmlar chaqirgan kasalliklar yuqori foizni egallamoqda.

1 mkl CD-4 xujayralarining absolyut soni 350-200 gacha bo'lganda bakterial va zamburug'li kasalliklar yuzaga kelishi kuzatilmoqda.

1 mkl CD-4 xujayralarining absolyut soni 100-50 gacha bo'lganda virusli va sodda mikroorganizmlar chaqirgan kasalliklar yuzaga chiqmoqda.

1 mkl CD-4 xujayralarining absolyut soni 350 dan kam bo'lishi kimyoprofilaktika uchun mutlaq ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

Amaliyotga tatbiqi

Umumiy amaliyot shifokorlari, pediatrlar, terapevtlar va infeksiyonistlar amaliyotida OIV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlar dispanser nazoratida to'laqonli ovqatlanish, maxsus ishlab chiqarilgan immunoprofilaktikadan tashqari ARV terapiyaga sodiqlikni ta'minlash immunodefitsit holati tufayli yuzaga keluvchi ikkilamchi opportunistik infeksiyalarni oldini olish va to'g'ri davolash orqali o'lim holatlarining ba'zilaridan qutulish mumkin ekanligini tushuntirish mumkin. ARV terapiya samaradorligini ko'rsatkichi bo'lgan CD-4 xujayralarining absolyut sonlari va virus yuklamalarini o'z vaqtida aniqlash.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. O'zbekiston Respublikasining 19.08.1998-yildagi 816-1 sonli «O'zбекистон Respublikasida OIV infeksiyasi bilan kasallanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish», Toshkent, 2005-yil
2. Milliy protokol, "O'zbekiston Respublikasida OIV bilan kasallanganlarga tibbiy yordam ko'rsatish", Toshkent, 2005-yil
3. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 980-sonli buyrug'i, "O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasi bilan bog'liq profilaktika tadbirlarini takomillashtirish va tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishni tashkil etish to'g'risida", 28.03.2012-yil
4. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2007-yil 29-dekabrda 2600-sonli "LPU MZ RUz muassasalarida sanitariya-gigiyena, epidemiya qarshi va dezinfeksiya tartiblariga rioya qilish to'g'risida"gi buyrug'i
5. Raxmanova A.G. "OIV infeksiyasining antivirus terapiyasi homilador va chaqaloqlarda". - Sankt-Peterburg: SPbDU NIIX nashriyoti, 2001-yil
6. O'zbekiston Respublikasining "Giyohvandlik vositalari va psixotrop moddalar to'g'risida"gi qonuni. Toshkent, 1999-yil
7. Bektimirov T.A. "OIV infeksiyasiga qarshi vaksinalar ishlab chiqarishning holati va istiqbollari // Virusologiya masalalari - 2002 - №5"
8. Bobkova M.R. "Immunitet va OIV infeksiyasi" (ommabop ma'ruzalar). M: Olimpiya Press, 2006. - 240 b.
9. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti, "OIV infeksiyasi va OITS bilan kasallangan bemorlarga yordam va davolash ko'rsatish", JSST protokollari MDH mamlakatlari uchun, 2004-yil
10. Atabekov N.S. O'zbekistonda OIV infeksiyasi bo'yicha vaziyat // OIV infeksiyasining zamonaviy diagnostikasi, profilaktikasi va davolash jihatlari: Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari. - Toshkent, 2010. - B. 12.

11. Atabekov N.S., Umarxo'jayev I.I.Y., Inogamov Z.I., Ashurov X.S. O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasining epidemiologik xarakteristikasi // OIV infeksiyasining zamonaviy diagnostikasi, oldini olish va davolash jihatlari: Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari. - Toshkent, 2010. - B. 19
12. Axmedova D.I., Raxmonov Sh.A., Ashurova D.T. Bolalarning o'sish va rivojlanish standartlari // Pediatriya. - Toshkent, 2007. - №3-4. - B. 122-126.
13. Atabekov N.S., Matkarimov B. D., Rajabov G. X. va boshqalar. O'zbekistonda OIV infeksiyasi va uning zamonaviy sharoitlardagi epidemiologik xususiyatlari. // O'zbekiston tibbiyot jurnali. - Toshkent, 2013. - №95-B. 36-37.
14. Atabekov N.S., Matkarimov B. D., G'oziyeva M.M. O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasining yosh xususiyatlari // OIV infeksiyasining hozirgi zamon tashxisi, oldini olish va davolash jihatlari: Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari, - Toshkent, 2010. - B. 21.
15. Ataxodjayeva X.A., Abduraximova Z. K., Nabiyeva N.A. Parenteral yo'l bilan yuqtirgan bolalarda OIV infeksiyasining klinik xususiyatlari // OIV infeksiyasining hozirgi zamon tashxisi, oldini olish va davolash jihatlari: Respublika ilmiy-amaliy anjumani materiallari. - Toshkent, 2010. - B. 87.
16. Afanina L.I., Fomin Yu.A., Voronin Ye.Ye. OIV infeksiyali bolalarda antiretrovirus terapiyasi. Moskva: Klinik tavsiyalar, 2009. 7-14 b.
17. O'zR FA akademigi Daminov T.A. umumiy tahriri ostida. "OIV-infeksiya," Toshkent-2010 y.
18. Ixtiyoriy maslahat va testdan o'tkazish (IMT). UNAIDS: Texnik sharh, oktyabr, 2000-15b.
19. Zalyaliyeva M.V., Ro'zibakiyev R.M, "O'zbekistonda OIV-1 infeksiyasining genetik va immunologik xususiyatlari", Ташкент
20. Zaporozhan V.M., Aryayev M.L., "ВИЧ-инфекции и OITS", -К.:3-5 Sog'liq, 2003 y.
21. Zaporozhan V.M., Aryayev M.L., Kotova N.V, Nizova N.N, Posokova S.P. Stares Ye.A, o'quv moduli "Onadan bolaga OIV yuqishining oldini olish", K.:YUNISEF, 2001-260b.

22. Lobzin V.Yu, Jdanov K.V, Pastushenkov V.L, "OIV infeksiyasi, klinik diagnostika, davolash" Sankt-Peterburg, FOLIANT, 2003 y.
23. Prof. V.Yu. Lobzin tahriri ostida, "Yuqumli kasalliklar bo'yicha qo'llanma", - SPb: Foliant, 2000 - 936 b.
24. Musabayev E.I, Bayjanov A.K, Yuldashev G.T., "OIV/OITS va boshqa qon orqali yuqadigan kasalliklar." Toshkent, 2007 y.
25. E.I. Musabayev, A.K. Bayjanov, D.B. Fayzullayeva, G.T. Yuldasheva, M.M. G'oziyeva, "Davolash-profilaktika muassasalari o'rta tibbiyot xodimlarining OIV/OITS va qon orqali yuqadigan boshqa kasalliklar bo'yicha malakasini oshirish va ixtisoslashtirish bo'yicha dasturi" - Toshkent, 2006 - 146
26. Ye.P. Purik tahriri ostida, "Odamlar va ВИЧ", -К.:Фарм-арт,2001
27. Pokrovskiy V.V, Yurin O.G, Belyayeva V.V. va boshq. "OIV-infeksiyasining klinik diagnostikasi va davolanishi" - M.: GOU VUNMS MZ RF, 2001 - 96 b.
28. Pokrovskiy V.I, Pak S.G, Briko N.I, Danilkin B.K, "Yuqumli kasalliklar va epidemiologiya", Moskva, GEOTAR, Meditsina, 2000 y.
29. "Ona va bola" loyihasi, Onadan bolaga OIV-infeksiyasi yuqishining oldini olish bo'yicha klinik-tashkiliy qo'llanma, Moskva 2005 y.
30. Tibbiy ignalar bilan ishlashda xavfsizlik texnikasi // OIV-infeksiya: ko'p qirrali jihatlar. - 2001. №5. 36-49 b.

31. L. Tidjen, D. Bossmeyer, N. Makintosh, "Infeksiyalarning oldini olish" , cheklangan resurslarga ega tibbiyot muassasalari uchun qoʻllanma, JHPIEGO - 2004 y.
32. Berger R.V. XIV Xalqaro OITS konferensiyasi: hoziroq harakat qilishga chaqiriq // CMAJ .-2002.-vol.167, N25.-P.483-484
33. Grant A.D., G)s-SosK K.M.AVS OITS. [IIV infeksiyasi va OITS rivojlanayotgan dunyoda//BMJ .-2002-Vol.322, N27300,-P.1475-1478.
- 4.Reportop global IIV/OITS epidemiyasi. -UNAIDS, iyul, 2002.-226b.
35. Absadikova F. T., Tagppulatov F.K., Muxteremova V.N. Zamonaviy bosqichda OIV infeksiyasi bilan kasallangan bolalarda sil kasalligining klinik kechish xususiyatlari// Ilmiy-amaliy konferensiya materiallari: Ftiziatriya va pulmonologiyaning dolzarb masalalari. Buxoro 2014. — 57-58 b. Akilov A.A. va hammual. "OIV\OITS va TORCH-инфекции".Shifokorlar uchun qoʻllanma, Toshkent, 2006 y., 192 bet.
- 36."Yevropada emizikli yoshdagi bolalarda OIV-infeksiyasining oldini olish boʻyicha asosiy strategiya". UNFPA\UNAIDS\UNICEF\WHO. Kopengagen, 2004 y., 95 bet.
- 37."OIV-infeksiya va OITS". Zaporozhan V.N., Aryayev N.A. Kiev, 2003 y.
- 38."OITS global epidemiyasi oʻsishda davom etmoqda". UNAIDS\JSST matbuot relizi. Jeneva, 2005 y.
39. "Immunitet va OIV". Bobkova M.R. Moskva, "Meditsina", 2006 y.
- 40."Siyosat ishlab chiqish uchun qisqa maʼlumot: giyohvandlikni davolash orqali OIV infeksiyasini kamaytirish" . OIV\OITS va inyeksion giyohvand moddalarni qabul qilishga qarshi kurashish boʻyicha maʼlumotnoma. Yu ЭЙДС\БССТ\БМТ.Женева, 2004y
- 41."Amaliyotchi shifokorlar uchun klinik tavsiyalar". I.N.Denisov va b. muharrirligi ostida. "GEOTAR-MED", 2002 y., 22-25 betlar.

42."O'zbekistonda 2008-2015 yillarda aholining sog'lom turmush tarzini keng targ'ib qilish va profilaktik sog'liqni saqlashni rivojlantirish bo'yicha kompleks dastur".

43."Jon Nobel bo'yicha umumiy amaliyot". J.Nobel muharrirligi ostida. Moskva, Praktika, 2005 y., 276-311 betlar.

44. "O'zbekiston Respublikasida OIV-infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashish samaradorligini oshirish bo'yicha qo'shimcha choralar to'g'risida". O'zR Prezidentining 2008-yil 26-dekabrdagi PQ-1023 sonli Qarori.

45. "OITS ga qarshi kurash markazlari tashkiliy tuzilmasi va faoliyatini takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida", O'zR Vazirlar Mahkamasining 2009-yil 5-yanvardagi ⁹-sonli Qarori.

46. Parpiyeva N.N. va hammuall. "Tuberkulyoz va OIV\OITS". Tibbiyot oliygohlari o'qituvchilari uchun o'quv qo'llanma. Toshkent, 2007 y., 188 bet.

47. "O'smirlar orasida OIV profilaktikasi, nikohgacha jinsiy aloqadan tiyilish, er-xotinlik sadoqati va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilishga asoslangan. OIV profilaktikasi (AVS) modeli". ASET dasturi. M.Slanski, L.T.Makarova. Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyoda OIV\OITS masalalari bo'yicha anjuman materiallari to'plami. Moskva, 2006 y., 213 bet.

48. "OIV-infeksiyasi profilaktikasi, aholining zaif guruhlariga nisbatan stigma va kamsitishni kamaytirish". UAP uchun trening moduli, F.X. Kamilov, Sh.Z.Qosimov, N.A.Narmuxamedova va b.

Toshkent, 2008 y, 71-72 bet.

49.«O "O'zbekiston Respublikasida OIV-infeksiyasi bilan bog'liq profilaktika tadbirlarini takomillashtirish va tibbiy-ijtimoiy yordam ko'rsatishni tashkil etish to'g'risida" O'zR SSVning 30.09.2007-yildagi 480-sonli

Buyrug'i.

50. "OITS epidemiyasining rivojlanishi". OIV profilaktikasiga bag'ishlangan maxsus ma'ruza. YUNEYDS\JSST. Jeneva, 2005 y., 95 bet.
51. "Umumiy amaliyot shifokorlari uchun qo'llanma". A.G. Gadayev, F.G.Nazirov muharrirligida. Moskva, GEOTAR-Media 2005 y., 824 bet.
52. "O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashish strategik dasturi 2007-2011 yillar". Toshkent, 2007 y.
53. Toxver M. "Oilaviy shifokor/umumiy amaliyot shifokori amaliyotida profilaktika". Estoniya, Tartu, 2002 y., 168-180 bet.
54. "Tasalli va umid. OIV/OITS bilan yashovchi odamlarga g'amxo'rlik qilishda oila va jamiyat kuchlarini safarbar qilishning olti namunasi, ularning ishtirokida. Eng yaxshi amaliyot". UNAIDS to'plami. Jeneva, 2006 y., 71 bet.
55. OIV/OITS bo'yicha majburiyatlar deklaratsiyasi. Nyu-York, Birlashgan Millatlar Tashkiloti Bosh Assambleyasining maxsus sessiyasi (UNGASS) OIV/OITS bo'yicha, 25-27 iyun 2001 .
56. Evropada OIV-1 ning onadan bolaga o'tish xavfini kamaytirish uchun terapevtik va boshqa aralashuvlar: Evropa hamkorlik tadqiqoti. Akusherlik va ginekologiya Britaniya jurnali, 2000, 105.704-709.
57. JSST ko'rsatmalari "Resurslar cheklangan sharoitlarda antiretroviral terapiyani kengaytirish: Jamoat salomatligi yondashuvi uchun ko'rsatmalar", 2002.
58. Mirzayev K.M, Yulchibayev M.R. va boshqalar.OIV infeksiyasi etiologiyasi, epidemiologiyasi va patogenezini, klinik kechishi va davolash. Uslubiy qo'llanma. Andijon, 2009.- B. 1-8
59. Maxmudova O.S., Tursunova M.U., Juraev A.V. OIV/OITS infeksiyasining bolalardagi o'ziga xos klinik epidemiologik tavsifi//Pediatriya jurnali. Toshkent.2009-№1-2 B. 63-68
60. Xasanov S.A, Qoraboyev X.E. Eshyozova D.Ya. "OIV infeksiyasi OITS kasalliklarining LOR a'zolariga beradigan asoratlarning o'ziga xos xususiyatlari".// Pediatriya jurnali Toshkent 2009, №1-2- B. 79-84.