

A. B. PAKIRDINOV
U. A. VALIXONOV

OIV/OITS

*O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligi tomonidan 5510100 – «Davolash ishi»,
5510200 – «Pediatriya ishi» ta'lim yo'nalishlari talabalari
uchun o'quv qo'llanma sifatida tavsiya etilgan*

TOSHKENT
«TAFAKKUR BO'STONI»
2013

UO'K: 61 (075)
KBK: 55.148ya73
P-16

Taqrizchilar:

Saidqosim Saidazimovich Arifov– O‘zRSSHV qoshidagi Respublika dermatologiya va venerologiya ilmiy-amaliy markazi direktorining o‘rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor;

Komil Mirzayevich Mirzayev– Andijon Davlat tibbiyot instituti tibbiyot fanlari doktori, professor, bolalar yuqumli kasalliklari, yuqumli kasalliklar va epidemiologiya kafedrasining professori;

Shuxrat Abdumuxtarovich G‘ulamov – Andijon Davlat tibbiyot instituti tibbiy biologiya, gistologiya, tibbiy va biologik fizika, informatika, tibbiy texnika va yangi texnologiyalar kafedrasida dotsenti.

P-16 Pakirdinov A

OIV/OITS: darslik / Z. T. Pakirdinov, U. Valixonov: O‘zbekiston Respublikasi Oliy va o‘rta maxsus ta‘lim vazirligi: Andijon davlat tibbiyot instituti. – Toshkent: Tafakkur bo‘stoni. 2013. – 288 bet.

ISBN: 978-9943-42-38-0-0

Ushbu o‘quv qo‘llanma hozirgi zamon tibbiyotining eng dolzarb muammasi bo‘lib turgan OIV infeksiyasiga bag‘ishlangan. Kitobda ilmiy adabiyotlarda hozirgi kungacha ma‘lum bo‘lgan dalillar asosida kasallikning qo‘zg‘atuvchisi haqida batafsil ma‘lumot berilgan, butun dunyodagi va O‘zbekistondagi epidemik vaziyat ko‘rsatib o‘tilgan, kasallikning patogenezi, klassifikatsiyasi, klinikasi, laboratoriya diagnostikasi, davolash usullari keng bayon etilgan, profilaktikasi va me‘yoriy hujjatlar keltirilgan. Kitobda 38 ta rangli suratlar, 10 ta jadval, 5 ta diagnostik algoritmlar mavjud.

O‘quv qo‘llanma tibbiyot institutlarining talabalariga mo‘ljallangan bo‘lib, undan magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar hamda umumiy amaliyot shifokorlari ham foydalanishlari mumkin.

UO'K: 61 (075)
KBK: 55.148ya73

ISBN: 978-9943-42-38-0-0

© ««TAFAKKUR BO‘STONI»» nashriyoti, 2013

KIRISH

Odam immun tanqisligi virusi infeksiyasi – Orttilirilgan immun tanqisligi sindromi (OIV/OITS) viruslar tomonidan chaqiriladigan, yangi paydo boʻlgan infeksiyon kasallik boʻlib, uning eng asosiy alomati immunitetning, birinchi navbatda, hujayra immunitetining toʻxtovsiz ravishda pasayib borishi hisoblanadi va buning oqibatida uning klinik manzarasi va kasallikning evolutsiyasi oʻziga xos yorqin koʻrinish oladi. Kasallik, asosan, jinsiy aloqa orqali, parenteral yoʻl bilan, qon va uning preparatlarini quyganda, shuningdek, homilador ayollardan yoʻldosh orqali homilaga yuqadi. OIV/OITS kasalligi mutaxassislar tomonidan insoniyat tarixidagi birinchi haqiqiy global epidemiya deb tan olingan. Chunki oʻlat ham, chin chechak ham, vabo ham hech qachon butun sayyorani bir vaqtning oʻzida yoppasiga qamrab olmagan, balki faqat ayrim hududlardagina tarqalgan, shu nuqtayi nazardan OIV/OITS kasalligi bilan yuqorida sanab oʻtilgan oʻta xavfli infeksiyalarning birortasi ham tenglasha olmaydi. Bundan tashqari, yuqoridagi kasalliklar tufayli oʻlim hech qachon 100 % ni tashkil qilmagan, OIV/OITSda esa kasallik oqibati 100 % oʻlim bilan yakunlanadi. Har xil manbalarining bergan maʼlumotlariga koʻra, sayyoramizda hozirgi kunda OIV infeksiyasini yuqtirib olganlar va OITSGa chalingan bemorlar soni 34 milliondan 46 milliongacha yetgan. OITSDan oʻlganlar soni esa 20 milliondan ortib ketgan, faqat 2003- yilning oʻzida 3 million kishi ushbu kasallik tufayli olamdan oʻtgan. Ayniqsa, yoshlar orasida bu kasallik oqibatida oʻlish birinchi oʻrinda turibdi. Dunyo boʻyicha har kuni taxminan 16000 kishi bu kasallikni yuqtirib olmoqda.

Oxirgi yillarda respublikamizda OIV/OITSGa qarshi kurashish, bu kasallikning oldini olish, bemorlarga tibbiy yordam koʻrsatish va boshqalar toʻgʻrisida katta ishlar amalga oshirildi. qator qonun-

lar va boshqa me'yoriy hujjatlar qabul qilindi. Bular orasida 1999-yil 19- sentabrda qabul qilingan «Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risida O'zbekiston Respublikasining qonuni», 2005- yil 6- oktabrda qabul qilingan «OIV/OITS kasalligiga tibbiy tekshiruvdan o'tkazish va OIV/OITSli bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilish O'zbekiston Respublikasi Sanitariya qoidalari, me'yorlari va gigiyena normativlari», O'zR SSVning 2007- yil 30- oktabrdagi «OIV infeksiyasi bilan bog'liq profilaktik chora-tadbirlarni va tibbiy ijtimoiy yordamni tashkil qilishni takomillashtirish to'g'risida»gi №480-buyrug'i. «O'zbekiston Respublikasida 2007–2011- yillarda OIV infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashishning Strategik dasturi» kabi hujjatlar alohida o'rin egallaydi. Tibbiyot xodimlarining OIV infeksiyasi va OITS bo'yicha bilimlari saviyasini oshirish ushbu kasallikni erta aniqlashda va kasallikning epidemik tarqalishining oldini olishda muhim ahamiyatga ega. bu esa, o'z navbatida, tibbiyot xodimlarining OIV infeksiyasiga nisbatan hushyorligini yanada oshirishni taqozo etadi. Keyingi yillarda respublikamizda OIV/OITSning etiologiyasi, epidemiologiyasi, klinikasi, profilaktikasi kabi mavzularga bag'ishlangan ayrim maqolalar, xabarlar, annotatsiyalar, buyruqlarga ilovalar, sirkular xatlar, bukletlar va boshqa materiallar chop etilib turganiga qaramasdan, bu mavzuga bag'ishlangan, o'zbek tilida yozilgan, keng qamrovli asarning yo'qligi talabalarning, tibbiyot xodimlarining ushbu kasallik haqidagi bilimlarini mustaqil ravishda oshirishda qiyinchilik tug'dirmoqda. Shuni inobatga olgan holda biz OIV/OITS haqida ushbu o'quv qo'llanmani yozishga jazm etdik.

QISQACHA TARIXIY MA'LUMOT

O'tgan asrning 70-yillari oxirida, yana ham aniqrog'i 1978-yilning 1-kvartalida AQSHdagi bir qator tadqiqotchilar, gомoseksualist erkaklar orasida pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya (PP) va Kaposhi sarkomasi (KS) kabi kasalliklarning nihoyatda ko'payib, guruh-guruh bo'lib uchrayotganiga ahamiyat qaratdilar (Joffe H. W.; Bregmon D. I.; Scler R. M.; Moos A. R., Bacchetti P., Gorman M. et. al.; Osmend D. et. al.). Ilgarilari KS kasalligi AQSHda 10 mln kishiga 2–6 bemorni tashkil qilar edi. Shuningdek, bu kasallik, asosan, keksalarda uchrab, uzoq vaqt davom etar, vaqti-vaqti bilan remissiyaga uchrar, toshmalar ko'pincha qo'l va oyoqlarda paydo bo'lar edi. Gomoseksualistlarda uchrayotgan KS esa, asosan, yosh va o'rta yoshli kishilarda, 20–45 yoshlar orasida kuzatilib, o'ta agressiv kechar, toshma elementlari boshda, badanda, og'iz shilliq qavatlarida paydo bo'lar, tezda yaraga aylanib, metastazlar berar edi. Bu bemorlarda bir vaqtning o'zida xuddi shunday toshma elementlari oshqozonda, o'pkada va boshqa ichki a'zolarida aniqlanar edi. Ko'pincha kasallikka tez fursatda ikkilamchi yiringli infeksiyalar qo'shilib, qisqa vaqt ichida o'limga olib kelar edi. Bunday xastalikka giriftor bo'lgan gomoseksualist bemorlarni tekshirish natijasida, ularning barchasining immun tizimida shu paytgacha qadar kuzatilmagan o'ziga xos o'zgarishlar aniqlandi. KSning bu yangi shakli AQSHning yirik shaharlari – Los-Anjelos, San-Fransisko, Nyu-York va boshqalarda ko'chkisimon ravishda tez tarqala boshladi va keyinchalik boshqa shaharlarda ham kuzatildi.

Pnevmosistali pnevmoniya shartli patogen hisoblangan bir hujayrali organizm-pnevmosistalar (*Pneumocystis carinii*) tomonidan chaqiriladi. Pnevmosistalar o'pka alveolarida saprofit holida yashaydi, ular faqat immuniteti o'ta pasayib ketgan bemorlardagina

kasallik chaqiradi. Bunday pnevmoniyalar, masalan, biror ichki a'zo transplantatsiya qilib ko'chirib o'tkazilgan bemorlarda uchrar edi, chunki ular transplantatning ko'chib (ajralib) ketishini oldini olish maqsadida immun tizimini keskin pasaytiruvchi immunodepressantlar qabul qilardi. Shuningdek, bunday pnevmoniya leykemiyaning ayrim shakli (limfoleykoz) bilan xastalangan bemorlarda, immun tizimining tug'ma yetishmovchiligida kuzatilar edi. Ammo yuqorida sanab o'tilgan holatlarda (bemorlarda) pnevmosistali pnevmoniya unchalik og'ir shaklda o'tmas edi.

Tadqiqotchilar kuzatgan gomoseksualistlarda esa bu pnevmoniya surunkali ravishda o'ta og'ir kechib, albatta, o'lim bilan yakunlanar edi. Bu bemorlarning immun tizimi tekshirilganda ham hujayra immunitetining o'ziga xos o'zgarishi aniqlandi. Shundan keyingi haftalar va oylar mobaynida AQSHning boshqa yirik shaharlarida ham shartli patogen mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladigan «opportunistik infeksiyalar» aniqlana boshlandi. Parazitlar, viruslar, zamburug'lar, bakteriyalar tomonidan chaqirilgan meningit, ensefalit, ichak tizimi va terining og'ir infeksiyalari aniqlana boshlandi. Bu aniqlangan bemorlarning barchasida immun tizimining o'ziga xos og'ir buzilishi – T4-limfotsitlarning keskin kamayib ketishi (har qanday odatdagi infeksiyada T4-limfotsitlar miqdori ortadi), natijada esa T4/T8 nisbatining o'zgarishi kuzatildi. Me'yorda T4/T8 nisbati 1 dan ortiq bo'lib, 2 ga yaqinlashadi: kuzatilgan bemorlarda esa bu nisbat 1 dan ham past bo'lgan. Bu bemorlarda hujayra immunitetining pasayishiga xos bo'lgan boshqa o'zgarishlar ham kuzatilgan. Jorjiya shtatining Atlanta shahrida joylashgan, AQSHda qayd qilingan barcha yuqumli kasalliklar haqidagi ma'lumotlar kelib tushib jamlanadigan, kasalliklarni nazorat qilish markazi (Center for Disease controle – CDC) mutaxassislari 1981-yilning bahorida o'zlarining har haftada chop etiladigan xabarнома-byulletenida 2 ta maqola berdilar. Birinchi maqolada pnevmosistali pnevmoniya bilan xastalangan 5 ta gomoseksualist haqida ma'lumot berilgan bo'lsa, ikkinchi maqolada Kaposhi sarkomasi aniqlangan gomoseksualistlar haqidagi ma'lumotlar jamlangan edi.

Markazga ilgari kelib tushgan ma'lumotlar ham o'rganib chiqilganda. 1980- yilning oktabr oyigacha bo'lgan davrda pnevmosistoz bilan xastalangan gomoseksualistlar soni 60 taga yetganligi ma'lum bo'ldi. Yuqoridagi barcha ma'lumotlarni to'plab, tahlil qilib chiqqan amerikalik olimlar M. Gottlib (Los-Anjelosdagi Kaliforniya universiteti Tibbiyot maktabi xodimi), F. Sigal (Maunt-Sinay tibbiyot markazi xodimi), G. Mazur (Nyu-York kasalxonasi xodimi) bu kuzatilgan kasalliklarning barchasi bir xil umumiy tabiatga ega degan xulosaga keldilar va tibbiyotda ilgari kuzatilmagan, yangi sindrom paydo bo'lganligini, klinik jihatdan uning to'xtovsiz zo'rayib boruvchi har qanday infeksiyalar va o'smalar bilan namoyon bo'lishini hamda immun tizimi tomonidan immunitetning, ayniqsa, hujayra immunitetining (SD4) chuqur shikastlanishi bilan kechishini e'tirof etdilar.

Shundan keyin kasalliklarni nazorat qilish markazi, tibbiyotda yangi tushuncha bo'lgan, ingliz tilida Acquired Immynodeficiency syndrome (AIDS), ya'ni **Orttirilgan Immun Tanqisligi Sindromi (OITS)** deb nomlangan yangi nozologik birlikni amaliyotga kiritdilar. 1981- yil 1- iyundan e'tiboran CDC mamlakat miqyosida bu kasallikni aniqlash va qayd qilish tizimini joriy qildi. OITS bilan xastalangan birinchi bemorlar bo'lib Kaliforniya shtatining markazi bo'lgan San-Fransisko shahridagi pnevmosistali pnevmoniyaga duchor bo'lgan va vrachlar nazorati ostida turgan 5 ta gomoseksualist-bemor qayd qilindi. Tez fursat ichida shunga o'xshash bemorlar AQSHdan boshqa mamlakatlarda – G'arbiy Yevropada, Afrikada, Lotin Amerikasida, Avstraliyada ham aniqlana boshlandi. Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti (JSST) OITS bilan og'rikan bemorlarni qayd qila boshladi va har haftalik epidemiologik byulletenda yangidan aniqlangan bemorlar haqida axborot berib bordi.

Dastlabki paytlarda yuqoridagi bemorlardagi immunitet yetishmovchiligi fenomenini gomoseksualist – erkaklarning seksual xulqidagi o'ziga xoslik bilan izohlamoqchi bo'ldilar. To'g'ri ichakka tushgan sperma suyuqligi bu shaxslarda immun tanqisligi chaqirishi shak-shubhasiz isbotlandi. Limfotsitlarning tanlab zararlanishi-

ni begona sperma bilan birga limfotsitlar ham tushishi oqibatida qonda ularga qarshi autoantitanachalar paydo bo'lishi bilan izohlandi. Bundan tashqari, gomoseksualistlar tomonidan to'g'ri ichak tonusini pasaytirish va orgazmni kuchaytirish maqsadida qabul qilinadigan amilnitrit va butilnitrit kabi preparatlar ham immunodepressiv ta'sir qilishi aniqlandi. Narkomanlar orasida OITSning paydo bo'lganligini narkotik moddalarning immunodepressiv ta'siri bilan izohlandi (Rowesson S. O.; Jordengen K. A.; Levy J. A.; Jiegler J. L.; Rubinstein A.; Sickleck M.; Gupta A. et. al.) Narkoman yoki biseksual erkak bemorlarning ayollardan iborat bo'lgan jinsiy sheriklari orasida kasallikning dastlab paydo bo'lishining o'ziyoq. ushbu kasallikni infeksiyon agent chaqirishi va bu infeksiya jinsiy aloqa paytida yoki narkotik moddalarni guruhlashib qabul qilganda inyeksiya qilingan shpris ignasida qolgan qon orqali o'tishini shak-shubhasiz ko'rsatib berdi. Xuddi shu davrda, ya'ni 1982-yilning bahorida, gemofiliya bilan og'rigan bemorlarga qon preparatlarini quyish orqali ushbu kasallik yuqgan hollar ham aniqlandi. 1982-yilning oxiriga kelib, epidemiologik holat OITS yuqumli infeksiyon kasallik ekanligini yaqqol ko'rsatib turar edi.

OITSni herpes guruhiga mansub bo'lgan viruslar (sitomegaloviruslar, Epshteyn-Barr virusi, oddiy herpes virusi) yoki B gepatiti virusi tomonidan chaqirilgan infeksiyaning alohida, o'ziga xos namoyon bo'lishi deb qarashlarning noto'g'riligi tez orada ma'lum bo'ldi (Macek C.). AQSHlik olimlar M. Esseks va R. Gallo hammualliflari bilan birga OITS kasalligini chaqiruvchi virus, odamlarda T-leykemiya chaqiruvchi, fanga ma'lum bo'lgan HTLV-I deb nomlanuvchi viruslarning har bir turi bo'lsa kerak deb faraz qildilar. Bu olimlarning gipotezasi shunga asoslangan ediki, HTLV-I virusi ayrim hollarda, mushuklarda va sichqonlarda, odamdagi OITSGa o'xshab ketadigan immun tanqisligini chaqirar edi. Olimlarning dastlabki tekshirishlari xuddi bu gipotezani tasdiqlagandek bo'ldi: OITS bilan og'rigan 20–30 % bemorlar qonida yuqorida ko'rsatilgan T-leykemiya virusiga nisbatan antitanachalar topildi, 3 ta bemorda esa virusning o'zi ajratib olindi (Essex M.; Mc Lane M.

F.: Lee T. H. et. al.; Gallo R. S.; Sarin P. S.; Gelmann Ye. et. al.). 1983- yili Kold-Spring Xarborda bo'lib o'tgan. OITSga bag'ishlangan simpoziumda R. Gallo o'zining gipotezasini olimlarga havola qildi. R. Gallo va uning hammualliflari bir yil mobaynida o'zlarining xaqliklarini isbotlamoqchi bo'ldilar, ammo ular topgan HTLV-I virusi immunitetning pasayib ketganligidan foydalangan «opportunistik» infeksiya bo'lib chiqdi. OITSning virusli gepatit bilan etiologik aloqasi ham ko'rib chiqildi. Ayrim mualliflar OITSni chaqiruvchi agent defekt virus bo'lib, ular B gepatiti infeksiyasi mavjud bo'lgan taqdirdagina o'zining infeksiyon xususiyatlarini namoyon qila oladi deb hisoblardilar (Mc Donald M. I.; Hamilton I. D.; Durack D. T.). Boshqa birlari esa, bemorga ta'sir qiluvchi har xil omillar (narkomaniya, chekish, antigen yuklamalar va h. k.) gepatit B virusining OITS chaqiruvchisiga aylanishiga olib keladi deb hisoblaganlar (Revnolt R. T.). Xuddi shu davrda, 1982- yildan boshlab, Parijdagi Paster nomli institutda virusolog L. Montane, epidemiolog J. B. Bryune, immunolog D. Klatsman hamda bir necha klinitsistlardan iborat bo'lgan guruh OITSni chaqiruvchi infeksiyon agentni izlash borasida o'z ishilarini boshladilar. Ular ham OITSning qo'zg'atuvchisi HTLV tipiga mansub retroviruslar bo'lishi mumkin deb faraz qildilar.

Shuningdek, ular virusni kasallikning oxirgi davrida emas, balki uning endi birinchi alomatlari paydo bo'lgan dastlabki bosqichida, masalan, limfadenopatiya bosqichida izlash kerakligini angladilar. Chunki bu davrda hali limfotsitlar butunlay qirilib ketmagan, immun tanqislik rivojlanmagan, «opportunistik» infeksiya kasallikka qo'shilmagan bo'ladi. Lyuk Montane limfadenopatiya davridagi bemorning limfa tugunini biopsiya qilib, undan olgan limfotsitlarni maxsus oziq moddasiga ekdi. 15 kun muddat o'tgach, 1983- yilning yanvar oyi boshida ekmada retroviruslar uchun xos bo'lgan qaytalama transkriptaza fermenti aniqlandi. Elektron mikroskop ostida tekshirilganda, o'stirilgan virus HTLV-I virusiga o'xshamasligi, mutlaqo boshqacha ko'rinishda ekanligi ma'lum bo'ldi. Eng asosiy-si, o'stirib olingan yangi virus T-limfotsitlarni to'xtovsiz o'sishi-

ni chaqirmas edi (HTLV-I T-limfotsitlarni to'xtovsiz o'stirib, T-leykemiya chaqiradi). Shuningdek, HTLV-I virusiga qarshi antitanachalar, yangi virusga nisbatan befarq edilar. Boshqa bemorlardan ham xuddi shunday viruslar ajratib olindi. Bu haqda ular «Sayens» jurnalining 1983- yilgi sonida maqola chop etdilar. Tez fursatda yangi virusning oqsil tarkibi ham o'rganib chiqildi. Olimlar yangi aniqlangan virusga «limfadenopatiya chaqiruvchi virus» deb nom berdilar va bu so'zning ingliz tilidagi **Lymphadenopathy Associated virus** nomlanishi bilan LAV deb atay boshladilar (Barre-Sinoussi F.; Checmann J. C.; Rey F. et. al.). Bu viruslarning asosiy xususiyati, ya'ni tanlab T-xelperlarni zararlashi isbotlandi. 1984- yil may oyida AQSHning Betesda shahridagi rak milliy institutidagi o'sma hujayralari biologiyasi laboratoriyasining boshlig'i, virusolog olim Robert Gallo OITS bilan og'rikan bemorlardan 48 tasida xuddi yuqorida ko'rsatilgan tipdagi virusni ajratib oldi va unga HTLV-III (Human T-Leicemic virus type III) deb nom berdi (Gallo R. C., Salahuddin S. L., Popovic M. Et. al.; Gallo R. C., Sarin P. S., Gelmann E. P. et. al.; Gelmann E. P., Popovic M. Et. al.). Tez orada bu ajratib olingan viruslarning morfologik va antigenlik xususiyatlari LAV bilan bir xil ekanligi ma'lum bo'ldi (Feorino P. M.; Kalyanaraman V. S.; Haverkos H. W. et. al.). Keyinchalik, 1986- yili, viruslar taksonomiyasi va nomenklaturasi xalqaro komiteti bu virusni HIV-Human Immune Deficiency virus, ya'ni Odam Immun tanqisligi Virusi (OIV) deb atadi va bunday nomlanishga virusni kashf qilgan yuqoridagi ikkala olim ham qarshilik qilmadilar. 1985- yili G'arbiy Afrikaning ayrim mamlakatlarida, keyinchalik esa AQSHda va G'arbiy Yevropada shunga o'xshash ikkinchi virus aniqlandi. 1986- yili L. Montane laboratoriyasi xodimlari tomonidan Gvineya-Bissaulik ikki bemordan bu virus ajratib olindi va uni HIV-2 deb atadilar (ilgarigisi HIV-1 deb ataldi). Bu virusni Wacnten R. M. mukammal o'rganib chiqdi. Hozirgi vaqtda bu ikkala virus ayrim juda oz farqlarini hisobga olmaganda bir xil deb qaraladi. HIV-1, asosan, Yevropada va AQSHda keng tarqalgan bo'lsa, HIV-2 Afrika qit'asida tarqalgan.

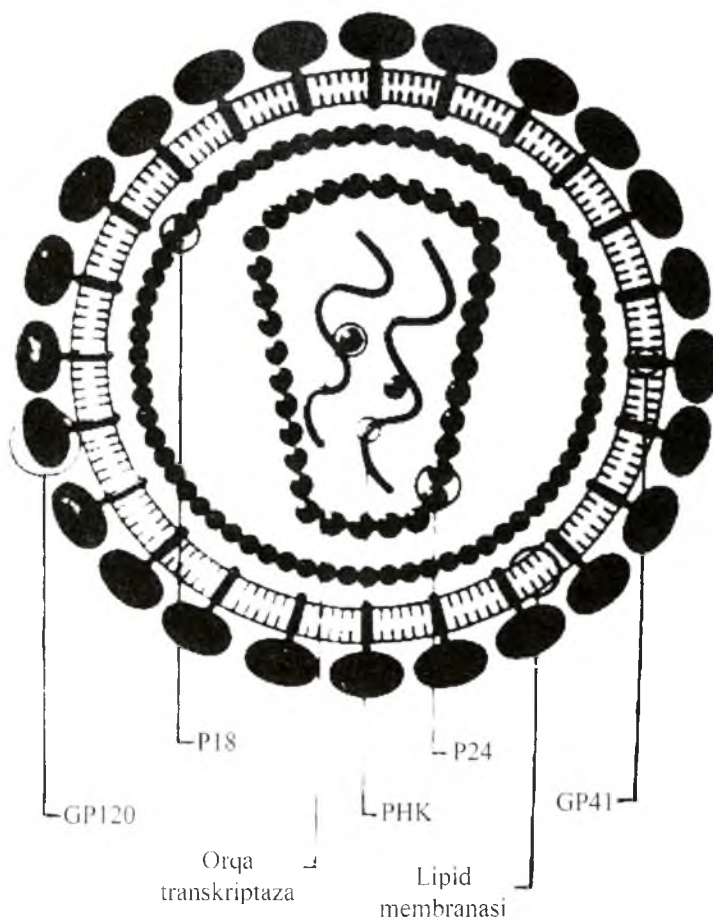
Kasallikni chaqiruvchi virus topilib aniqlangach, barchani endi boshqa savol, ya'ni bu virus qayerdan paydo bo'ldi degan savol qiziqtirar edi. Chop etilgan ayrim maqolalarda ushbu virusni bakteriologik qurollar ishlab chiqarish bilan shug'ullanuvchi olimlar tomonidan yaratilgan, ya'ni gen injeneriyasining mahsuli degan farazlar olg'a surilgan, ammo bu gipotezalar hech qanday ilmiy dalillar bilan isbot qilinmagan. Ba'zi maqolalarda esa bu viruslar Afrikadagi maymunlardan odamlarga yuqqan degan fikr olg'a surilgan, ammo bu ham hech qanday isbotini topmagan. Virusni yanada chuqurroq va atroflicha o'rganishlar shuni ko'rsatdiki, bu virus ideal biologik obyekt bo'lib, uzoq davr mobaynida, tabiiy evolutsiya oqibatida paydo bo'lgan. Bu viruslar uzoq vaqtlardan beri mavjud bo'lib, ayrim odamlarni zararlab turgan (AQSHda va Afrikada o'tgan asrning 60-yillarida hozir OITS deb atalayotgan kasallikka o'xshash bemorlar qayd qilingani aniq tasdig'ini topgan), odamlar orasidagi o'zaro aloqalar kengayib, migratsiya hollari kuchaygan hamda narkomaniya va seksual beboshlik avj olgan hozirgi kunda esa, bu virus o'ziga keng yo'l ochib olgan.

I BOB. ETIOLOGIYASI

OIV morfologiyasi va morfogenezi

Elektron mikroskop ostida ko'rilganda, OIV dumaloq shaklga ega bo'lib, diametri 100–120 nm ga teng. Preparatlarda ko'pincha o'lchami kichik bo'lgan (60–70 nm) viruslar uchraydi, ularni ba'zan minishakldagi OIV deb ataydilar. Fiksatsiya qilinmagan preparatda virusning qobig'i yumshoq xilvirab turuvchi qopsimon ko'rinishga ega. Virionning tashqi membranasi (bu membrana xo'jayin-hujayra membranasi bilan bir xil, ya'ni uni xo'jayin-hujayradan olgan, yangi paydo bo'lgan virionlar «tug'ilayotgan» paytda qobiqni o'rab olib tug'iladilar, bu jarayonni budding (kurmaklanish) deb yuritiladi) virusning o'ziga qarashli bo'lgan ikkita oqsil bilan birikkan, ularni qobiq oqsillari (envelope) deb yuritiladi. Ulardan birinchisi transmembran glikoprotein bo'lib, molekular og'irligi 41 kD ga teng (1 kilodalton – 1 ta vodorod molekulasi-ning og'irligiga teng) -gp41 (glycoprotein 41 kD) deb yuritiladi. Ikkinchisi sof tashqi oqsil bo'lib, og'irligi 120 kD ga teng bo'lgan glikoproteindir, uni gp120 deb yuritiladi. Bu ikkala oqsil virus qobig'ida o'simtalar hosil qilib joylashadi, ikkinchi oqsil (gp120) birinchisi (gp41) ustida shlyapaga o'xshab joylashgan. O'simtalar-ning uzunligi 9–10 nm, diametri 8 nm. «shlyapa»sining kengligi 15 nm. Yangi paydo bo'lgan virusda 72 ta shunday o'simtalar mavjud bo'ladi. Har bir «shlyapa» 3 ta gp120 dan tashkil topgan, gp120 ning gp41 bilan birikmasi labil bo'lib, uning ancha qismi ajralib qonga chiqib oqib ketishi kuzatiladi, bu jarayonni shedding deb ataladi (inglizcha shedding – chiqib ketish so'zidan olingan). Vi-

rusning nukleoidi cho'zinchoq shaklga ega. Nukleoidning qobig'i oqsil molekulasidan tashkil topgan bo'lib, uning og'irligi 24 kD ga teng. shuning uchun p24 deb ataladi. Virionning tashqi qobig'i va nukleoid orasida karkas mavjud bo'lib, uni matriks oqsili deb ataydilar, molekular og'irligi 17 kD bo'lgan oqsildan tuzilgandir, shuning uchun p17 deb yuritiladi (1- rasm).



1-rasm OIV-1 tuzilishi.

Nukleoid ichida eng kamida 3 ta komponent mavjud. Birinchisi virus genomi bo'lib, u bir zanjirli RNKning 2 ta molekulasidan iborat diploid yig'ilmadir. Ikkinchisi – molekular og'irligi 7 kD ga teng bo'lgan proteindir. Uchinchisi – qaytalama transkriptaza. RNKza N. integraza, proteaza kabi fermentlar kompleksidir. Qaytalama transkriptazaning molekular og'irligi 66 kD ga teng, uning 51 kD ga teng bo'lgan qisqargan varianti ham bor. Integrazaning (endonukleaza deb ham yuritiladi) molekular og'irligi 31–32 kD, proteazaniki 10 kD. Ribonukleaza N 15 kD ga teng. Nukleoidning ikki yonboshida lateral tanachalar deb yuritiladigan tuzilmasi mavjud, ularning tuzilishi va funksiyasi hozircha aniqlanmagan. Virionning barcha oqsillari antigen bo'lib, ular o'ziga immun javob oladi, ya'ni ularga qarshi antitanachalar ishlab chiqariladi. Virusning antigenlari quyidagi guruhlarga bo'linadi:

1. Qobiq antigenlari – envelope yoki qisqartirilgan holda env. ularga gp120 va gp41lar kiradi.

2. Guruh uchun xos antigenlar – group specific antigens, qisqartirilgan holda Gag deb yuritiladi. Ularga p24, p7, p17 lar kiradi.

3. Polimeraza-polymerase, qisqartirilgan holda pol deb yuritiladi, bularga p66/51, p10, p31/32, p15lar kiradi.

OIV genomlarining tuzilishi

OIV-1 va OIV-2 larning har birida 11 tadan genom mavjud bo'lib, ular quyidagilardir:

1. Gen env (envelope) – gp160 oqsilining translatsiyasini kodlaydi, keyincha bu oqsildan qobiqning ikkita oqsillari – gp120 va gp41 ajralib chiqadi

2. Gen gag (group specific antigens)-molekula og'irligi 55 kD bo'lgan oqsilning translatsiyasini kodlaydi, keyincha bu oqsildan p24, p7, p17 r6lar ajralib chiqadi.

3. Gen pol (polymerase) – bu gen kodlagan oqsilning proteolitik parchalanishi oqibatida p66/51, p10, p31/32, p15lar hosil bo'ladi.

4. Gen tat (transactivator of transcription) – molekula og'irligi 14 kD bo'lgan regulatsiyalovchi oqsilni kodlaydi. Ushbu gen

bo'lmasa virus genomi transkripsiyasi yarimiga yetib to'xtab qoladi, ya'ni RNKning faqat 60 ta nukleotiddan (me'yorda 9000 tadan ortiq nukleotiddan) iborat bo'lgan qismigina transkripsiya qilinadi (ishlab chiqariladi). Bundan tashqari, tat geni xo'jayin (ni bemor) organizmidagi qon tomirlari endoteliy hujayralaridan duksimon hujayralar (ya'ni Kaposhi Sarkomasi hujayralari) o'sib, rivojlanishini kuchaytiradi.

5. Gen vif (viral infectivity factor) – ushbu genning mahsuli molekula og'irligi 23 kD ga teng bo'lgan oqsildir, u 192 ta aminokislotadan tuzilgan. Mutagenez qilib o'tkazilgan tajribalar shuni ko'rsatdiki, ushbu genning oqsili OIV replikatsiyasi uchun juda ham zarur emas. Bu gen bo'lmaganda viruslar hosil bo'lish miqdori biroz pasayadi, xolos, ammo butunlay to'xtab qolmaydi va viruslarning bir hujayradan boshqa hujayralarga yuqishi davom etaveradi.

6. Gen nef (negative early factor) – molekula og'irligi 24–25 kD yoki 27 kD bo'lgan oqsilni kodlaydi. Bu oqsilga qarshi organizmda ishlab chiqarilgan antitanachalar boshqa barcha antitanachalardan (adabiyotlarda 12 oy oldin aniqlanganligi haqida ma'lumotlar bor) oldin aniqlanadi. Bundan tashqari, bu gen organizmga tushgan virus miqdori juda oz bo'lganda ham har xil hujayra nishonlarni zaralashini determinatsiya qiladi (ya'ni kuchaytiradi, tezlashtiradi) (low multiplicities of infection).

7. Gen vpu (virus protein U) – bu gen OIV-1 da mavjud, OIV-2 da esa bo'lmaydi. Bu genning mahsuloti 81 ta aminokislotadan tuzilgan va 16 kD og'irlikka ega bo'lgan oqsildir. Mutant vpu geni bilan o'tkazilgan tajribalar shuni ko'rsatdiki, bu gen bo'lmasa yangi virionlar hosil bo'lishi 5–10 barobar kamayadi xolos, ammo to'xtab qolmaydi. Shuningdek, viruslarning sitopatogenligi ham kamaymaydi. Nishon hujayralarda virus qobig'ining oqsili, guruh antigenlari va polimeraza fermentlari 5 barobar ko'p yig'ilib qolishi kuzatildi. Demak, bu gen morfogeneza va hujayralardan virionlarning ajralib chiqishida funksional rol o'ynaydi.

8. Gen vpx (virus protein X) – bu gen OIV-2 virusida bor, ammo OIV-1 da yoʻq. Bu gen kodlaydigan oqsilning molekula ogʻirligi 14 kD ga teng va 112 ta aminokislotalardan tashkil topgan. Bu oqsil virusning ogʻirligining 10 % ni tashkil qiladi. Bu genning funksiyasi hozircha nomaʼlum.

9. Gen rev (regulator of virus) – molekular ogʻirligi 19–20 kD boʻlgan oqsildan iborat, u yadroning ichida, aniqrogʻi yadrochada joylashgan. Mutant rev geni bilan oʻtkazilgan tajribalarda aniqlandiki, bu gen boʻlmasa OIV replikasiyasi butunlay toʻxtaydi. Demak, bu genning biologik funksiyasi virusning informatsion RNK-sini yadrodan (bu joyda u sintez qilingan) sitoplazmaga (bu yerda undan nusxa olinib, oqsillar ishlab chiqariladi) yetkazib berishdan iborat.

10. Gen vpt (virus protein T) – bu genning xarakteristikasi va mahsuloti hozirgi kungacha adabiyotlarda yoritilmagan.

11. Gen vpr (virus protein R) – bu genning mahsuloti 96 ta aminokislotalardan tuzilgan, molekula ogʻirligi 15 kD boʻlgan oqsildir. Bu genning funksiyasi yangidan paydo boʻlgan virionlar bilan yangi zararlangan nishon hujayralarda, hali tat geni oʻz ishini boshlamasdan turib, transkripsiyani transaktivatsiya qilishdir. Agar bu gen boʻlmasa minimal miqdorda ishlab chiqarilgan RNKning miqdori tat genini yetarlicha miqdorda ishlab chiqarishga kamlik qiladi va OIV replikasiya qilmaydi.

Yuqorida keltirilgan genlar tarkibidan koʻrinib turibdiki, OIV-1 va OIV-2 genomlari tuzilishi orasida 1 ta farq mavjud. Ikkala virus turlari uchun 10 tadan gen umumiy hisoblanadi, ammo OIV-1 da vpu geni mavjud boʻlib, OIV-2 da esa vpx geni bor, ikkala viruslarning genetik tuzilishidagi farq shundan iborat. OIV-1 va OIV-2 larning biologik xususiyatlari bir xil, ikkalasi ham CD4 retseptorlari bilan spetsifik birlashishadi. Ammo ular orasida farq ham bor: OIV-1 ning CD4 hujayra bilan bogʻlanishi OIV-2 ga nisbatan bir necha barobar yuqori. OIV-2 bilan zararlangan bemorlarda kasallik biroz sekinroq, yanada surunkaliroq kechadi, ammo uning

ham natijasi bemorning o'limi bilan yakun topadi. Bundan tashqari, yuqorida aytib o'tilganidek OIV-2 ko'proq Afrika qit'asida uchraydi. OIV-1 bilan zararlanganlarda OITS davriga o'tish OIV-2 bilan zararlanganlarga nisbatan tezroq yuzaga chiqadi. Bir vaqtning o'zida ham OIV-1 bilan ham OIV-2 bilan zararlanish hollari ham kuzatilishi mumkin.

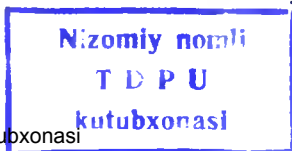
Barcha retroviruslar kabi OIV ham o'ta o'zgaruvchanligi bilan ajralib turadi. Yangi hosil bo'lgan viruslarning birortasi o'zidan avvalgi virusning genetik tuzilishini 100 % takrorlamaydi, albatta, o'zgarishi bo'ladi. bu o'zgarish gripp virusidagiga nisbatan 5 barobar yuqoridir. Shuning uchun kasallikning dastlabki paytlaridagi viruslarga nisbatan ishlab chiqarilgan antitanachalar keyin paydo bo'lgan viruslarni «tanimasligi» mumkin.

OIVning tashqi muhitga chidamliligi

OIVning tashqi muhitga chidamliligi boshqa retroviruslarga o'xshash bo'lib, uncha yuqori emas, tashqi muhitda tezda halok bo'ladi. Lekin yuqumli xususiyatlari uy sharoitidagi issiqlikda boshqa retroviruslarga nisbatan uzoqroq saqlanadi. Hatto qurigan holda ham 22°C da, 4–6 kun davomida yuqumli xususiyatini yo'qotmaydi. lekin fermentlarga boy sharoitda faolligi keskin susayishi kuzatiladi.

Harorat ko'tarilishi bilan uning faolligi tezda yo'qoladi, 56°C qizdirilganda 30 minutda halok bo'ladi, qaynatilganda 1–3minutda halok bo'ladi. pH o'zgarishi virusga salbiy ta'sir qiladi. pH 0.1 dan past bo'lsa yoki pH 13 dan yuqori bo'lsa virus tezda halok bo'ladi. Efir, atseton, 70° li spirt virusning yuqumlilik xususiyatini yo'qotishga va halok bo'lishga olib keladi. Tibbiyot amaliyotida qo'llaniladigan zararsizlantiruvchi moddalarning ko'pchiligiga (3 % xloramin, 0.5 %–5 % lizol, 0.3 %–3 % vodorod peroksidi, 0.2 % natriy gipoxlorit, 1 % li glutar aldegid eritmasi, ohak suvi) OIV o'ta sezuvchan. Ushbu holatni aholini muhofaza qilishda keng qo'llash lozim. Ammo virus qonda (yillab), spermada (oylab) uzoq vaqt saqlanib turadi, hatto ular quritilganda ham bir necha soat yoki kun mobaynida saqlanib turadi.

924397



–22°C haroratda quritilgan holda 4–6 kun mobaynida virusning infeksiyali saqlanib qoladi. Ionlovchi radiatsiyaga va ultrabinafsha nurlariga sezgir emas (yaʼni ular virusga salbiy taʼsir qilmaydi). Bemorlardan olingan biomateriallar bilan ishlovchi laboratoriyalarda va boshqa joylarda mebellarni va boshqa qattiq inventarlarni tozalash uchun, odatda, 0.5 % li gipoxlorit natriy eritmasidan foydalaniladi; qon, seroz va shilliq suyuqliklar, har xil sekretlar va ekskrementlarni zararsizlantirish uchun unga 1 % li gipoxlorit natriy eritmasi quyiladi.

Nazorat savollari

1. OIV qanday tuzilishga ega?
2. OIVning qanday antigenlari tafovut qilinadi?
3. OIVning genamlari haqida nimani bilasiz?
4. OIV-1 va OIV-2 ning bir birlaridan farqi nimada?
5. OIVning tashqi muhitga chidamliligi qanday?

II BOB. EPIDEMIOLOGIYASI

Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkilotining (JSST) ma'lumotiga ko'ra 2010- yil 1- yanvar kuniga qadar OIV infeksiyasini yuqtirib olganlar soni dunyo bo'yicha 33,2 mlndan ortib ketgan. Hindiston-da 3,2 mln bemor qayd qilingan bo'lsa, Xitoyda 1.4 mln va AQSH-da 1,2mln bemorlar aniqlangan (B. D. Matkarimov va b. 2011-y.). Dunyo bo'yicha OIV infeksiyasiga chalinganlar soni- yildan-yilga ortib bormoqda. Masalan, yuqoridagi tashkilot 1997- yili 16 mln bemorni qayd etgan bo'lsa, 2004- yili 42 mln bemorni qayd etgan. Shulardan 20 mlndan ortig'i OITSdan o'lgan, faqat 2003- yilning o'zida 3 mln bemor OITSdan o'lgan. OIV infeksiyasiga chalinganlar hozirgi kunda dunyoning barcha mamlakatlarida aniqlangan.

Kasallanish darajasi 2010- yil ma'lumotlari bo'yicha har 100000 aholiga Rossiya Federatsiyasida 340.3 bemorni, Ukrainada 220.9, Belarus Respublikasida 91.4, Qozog'iston Respublikasida 84.1, O'zbekiston Respublikasida 55,2 ni tashkil qiladi (G. X. Rajabov va b. 2011-y.). Dunyoda har kuni 16000 odam OIV infeksiyasini yuqtirib olmoqda, har yili 2,5mln odam bu kasallikni yuqtirib olmoqda, 2 mlndan ortiq bemor esa shu kasallik tufayli vafot etmoqda. Navqiron yoshdagilar orasida OITSdan o'lim, shu yoshdagilar o'limining barcha sabablari orasida birinchi o'rinni egallab turibdi. Kasallik, ayniqsa, o'tgan asrning 90-yillari o'rtasida juda tez va keng tarqala boshladi.

Dunyo qit'alari bo'ylab kasallikning tarqalishida ham o'ziga xosliklarni aniqlash mumkin. Masalan, Shimoliy Amerikada OIV infeksiyasiga chalinganlarning ko'pchiligini erkaklar tashkil qilsa, Sharqiy Yevropada esa ayollarda ko'proq uchraydi. Sharqiy Yevropa va Markaziy Osiyo davlatlarida hozirgi kunga qadar OIV infeksiyasining aholi orasida tarqalishi yuqoriligicha qolmoqda.

Afrika qit'asidagi vaziyat o'ta jiddiy tus olgan. Dunyo aholisi-ning 11 % i shu qit'ada yashayotgan bir vaqtda, OIV infeksiyasiga chalinganlarning 2/3 qismi Afrika qit'asida qayd qilingan. ularning soni 25 mlndan ortib ketgan. Agar vaziyat shu tarzda davom etsa, yaqin 10 yil ichida ishchi kuchlarining OITSDan o'lishi oqibatida Afrika qit'asida 25 % qishloq xo'jaligi yerlari qarovsiz holga tushib qoladi va bu hol qit'ada ocharchilikni keltirib chiqarishi mumkin. Afrikada hozirgi kunda har 12 odamdan bittasi OIV infeksiyasiga yoki OITSGa chalingandir.

O'zbekistonda OIV/OITS

O'zbekiston Respublikasida OIV infeksiyasining o'sishi 2001–2009- yillarda kuzatildi, ammo 2010- yilga kelib bemorlar soni 2009- yildagiga nisbatan 5.5 % ga kamaydi. 2011- yilning 6 oyi ichida esa 2010- yilning shu davriga nisbatan 559 nafar (24 %) bemorga kamaydi. Ammo kasallanish darajasi Buxoro, Sirdaryo, Xorazm, Qashqadaryo viloyatlarida biroz ortdi. 2011- yilning 6 oyida Toshkent shahrida, Toshkent, Andijon, Farg'ona va Samarqand viloyatlarida bemorlar ko'proq aniqlandi (B. D Matkarimov, va b., 2011-y.).

2011- yilda aniqlangan bemorlarning 51.6 % ini erkaklar, 48.4 % ini ayollar tashkil etadi. Ammo bemorlar orasida ayollar-ning salmog'i Sirdaryo viloyatida 63.6 % ni, Jizzaxda 61.1 % ni, Farg'onada 58.5 % ni, Andijonda 57.9 % ni, Toshkentda 55.8 % ni, Qashqadaryoda 51.5 % ni tashkil etgan. Epidemiologik tahlillarga ko'ra, 2011- yilning 6 oyida aniqlangan bemorlarning 39.7 % i jin-siy aloqa orqali, 29,6 % i parenteral yo'l bilan kasallikni yuqtirib olganlar, 4.8 % holda esa vertikal yuqish kuzatilgan. 2010- yili esa bu ko'rsatkichlar mos ravishda 29.6 %, 39.3 % va 3,3 % ni tashkil qilgan edi. 2010- yilning 6 oyi ichida 340 nafar homilador ayollar-da ushbu infeksiya aniqlangan bo'lsa, 2011- yilning shu davrida

bu ko'rsatkich 214 nafarni tashkil etdi, ya'ni 37.1 % ga kamaydi (Matkarimov B. D. va b., 2011-y.).

Tibbiyot xodimlari orasida ham OIV infeksiyasiga chalinish hollarining ortib borishi tashvishlidir. 2010- yilning 6 oyi mobaynida 14 nafar tibbiyot xodimida OIV infeksiyasi aniqlangan bo'lsa, 2011- yilning shuncha davrida 19 nafarda aniqlandi. Respublikada mehnat migrantlari orasida OIV bilan kasallanish ko'rsatkichi yuqoridir. 2010- yilning 6 oyida 79 migrantda kasallik aniqlangan bo'lsa, 2011- yil shuncha davrda 73 ta migrantda aniqlandi (Matkarimov B. D. va b., 2011-y.).

O'zbekistonda 14 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida OIV infeksiyasining tarqalishi 2010- yilning 6 oyiga nisbatan 2011- yilning 6 oyida 24.4 % ga kamaygan. 2011- yili aniqlangan bemor bolalarning 118 nafari (33.1 %) Andijon viloyatida, 60 nafari (16.8 %) Farg'ona viloyatida, 28 nafari (7.9 %) Namangan viloyatida, 48 nafari (13.5 %) Toshkent shahrida ro'yxatga olingan. Ammo 4–6 yoshli bolalar orasida kasallanish darajasi hamon yuqoridir. Agar 2010- yilning 6 oyida 4–6 yoshdagi bemor bolalar barcha kasallangan bolalarning 48.1 % ini tashkil qilgan bo'lsa, 2011- yilning shuncha davrida bu ko'rsatkich 56.2 % ni tashkil qilgan (Атабеков Н. С. и др., 2011 г.).

2009- yilgacha bo'lgan ma'lumotlar tahlili shuni ko'rsatadi-ki, bolalarga OIV infeksiyasi 55 % hollarda parenteral yo'l bilan, 17 % hollarda esa vertikal yo'l orqali yuqqan. Parenteral yo'l bilan yuqqanlarda 62.1 % tibbiy muolaja paytida (igna va sistemalar orqali), 2.5 % qon quyilganda, 31.7 % ida esa o'mrov osti venasiga kateter qo'yilganda yuqqan (Атабеков Н. С. и др., 2011 г.).

2006- yil 1- yanvar holatiga ko'ra mamlakatda OIV infeksiyasining so'nggi bosqichida (OITS) bo'lganlar soni, ro'yxatga olish ma'lumotlariga ko'ra, 1519 kishini tashkil etdi. Epidemiya boshlangan vaqtdan buyon ro'yxatga olingan OIV infeksiyali 712 kishi vafot etgan, ularning 101 nafari OITS kasalligi natijasida dunyodan ko'z yumgan. O'zbekistonda OIV infeksiyali kishilarning yarmi-

dan ko'pi OIV tashxisi qo'yilgandan so'ng 5 yil ichida vafot etmoqda.

O'zbekistonda OIV infeksiyali kishilarda OITS rivojlanishiga olib keladigan omil sil kasalligi epidemiyasidir, (bu o'rinda OIV bilan kasallanish silning rivojlanishiga sabab bo'lgani yoki sil kasalligi bor kishi OIV infeksiyasini yuqtirganining ahamiyati yo'q). Ro'yxatga olingan kasallanish holatlarining ma'lumotlariga ko'ra 2005- yilda O'zbekistonda har 100 000 kishidan 138 nafari sil kasalligiga chalingan. Shunisi shubhasizki, aynan sil kasalligi OIV infeksiyali kishilarning asosiy ikkilamchi kasalligi hisoblanadi. 2006- yilning 1- yanvari holatiga ko'ra sil va OIV infeksiyasi bilan bir vaqtda kasallanish holati 655 kishida aniqlangan. OIVdan vafot etgan 366 nafar kishida sil kasalligi tashxisi qo'yilgan.

Epidemiyani harakatlantiruvchi kuchlar

Respublikada epidemiyani harakatlantiruvchi asosiy kuch sifatida giyohvand moddalarni inyeksiya yo'li bilan nolegal (yashirin) iste'mol qilinishidir. Bu jarayonda tarkibida OIV bo'lgan qon bilan zararlangan umumiy shpris, ignalar va eritmalardan foydalaniladi.

OITS xizmati tomonidan 2005- yilda amalga oshirilgan xulq-atvor bo'yicha o'tkazilgan nazorati mamlakatning 14 ta ma'muriy hududidagi igna orqali giyohvand moddalarni iste'mol qiluvchilar (IOGMIQ) orasidan 3756 nafar respondentni qamrab oldi. Uning natijalariga ko'ra IOGMIQ 33 % oxirgi inyeksiya qabul qilish paytida o'zgaralar shprisidan foydalangan. IOGMIQning 61 % doimiy bo'lmagan juft bilan jinsiy aloqaga kirish paytida prezervativdan foydalanmagan, umuman olganda IOGMIQning 80 % OIV infeksiyasi yuqishini kamaytiradigan xatti-harakatlarni bajarmagan.

Mamlakat hududiy jihatdan Afg'onistondan Yevropa mamlakatlari geroin moddasini olib o'tish yo'lida joylashgan bo'lib, bu hol noqonuniy bozorda geroin moddasining doimiy taklifi mavjudligiga olib keladi va O'zbekistonga uning hududidan noqonuniy tarzda olib o'tilayotgan geroin moddasining tarqalishi xavfni tug'diradi. bu esa giyohvand moddalar iste'mol qiluvchilar sonining ko'pa-

yishiga, oqibat natijada esa OIV/OITSning tarqalishiga olib kelishi mumkin.

O'zbekistonda OIV/OITS tarqalishining ahamiyatiga ko'ra ikkinchi o'rinda bo'lgan yo'li – infeksiyaning jinsiy aloqa yo'li orqali yuqishidir.

Mamlakatning 14 ta ma'muriy hududida olib borilgan, tanlangan 1350 nafar seks xizmati ko'rsatuvchilar (SXX) bo'yicha o'tkazilgan dozorli epidemiologik nazorati ma'lumotlariga ko'ra bu guruhga mansub shaxslarning 35 % doimiy bo'lmagan juftlar bilan aloqaga kirishish paytida himoya vositalaridan (prezervativlardan) foydalanmaydi. 5 % giyohvand moddalarni inyeksiya yo'li bilan iste'mol qiladi. 2005- yilda Toshkent shahrida SXX orasida zaxm (sifilis) kasalligining tarqalishi tanlangan 325 kishining 8.5 % da, Samarqandda tanlab tekshirilgan 284 kishining 9.5 % da aniqlangan bo'lib, bular xavfli jinsiy amaliyotlardan guvohlik beradi.

Ko'p sonli juftlar bilan jinsiy aloqaga kirishishga moyil yana bir aholi guruhiga erkaklar bilan jinsiy aloqa qiluvchi erkaklar (ESAQE)lar kiradi. 2005- yilning noyabrida Toshkent shahridan tanlangan 102 nafar ESAQElar orasida o'tkazilgan so'rov natijalariga ko'ra, uch oy davomida ularning bir jinsli juftlarining o'rtacha soni 22 kishini tashkil etgan. Shu bilan birga so'rovda qatnashgan ESAQENing 38 % ham erkaklar, ham ayollar bilan jinsiy aloqaga kirishganligini xabar qildi, bu esa OIV/OITSning ESAQE guruhi-dan umumiy populyatsiyaga chiqib ketish imkoniyatini tavsiflaydi. ESAQE 39 % doimiy bo'lmagan erkak jufti bilan jinsiy aloqa paytida himoya vositalari (prezervativ)dan foydalanmagan, ayollar bilan jinsiy aloqa paytida esa 58 % (prezervativdan) foydalanmagan. Ularning 39.5 % i so'nggi paytlarda JAYBYUK alomatlarini borligini xabar qilishdi, tanlangan guruhda zaxm kasalligining tarqalganligi 7.8 % ni tashkil etdi.

Yuqish xavfi darajasi yuqori bo'lgan ayrim aholi guruhlari xatti-harakati ularning vakillari o'rtasida OIV infeksiyasi, virusli gepatit C, zaxm kasalligi tarqalganligi darajasi bilan belgilanadi.

OIV infeksiyasi yuqish darajasi yuqori bo'lgan kishilar o'rtasida OIV infeksiyasi haqida xabardorlik darajasining pastligi, o'z qadri-qimmatini bilmasligi, xavfsiz xulq-atvor, o'z huquqini himoya qila olmasligi, himoya vositalaridan va xayrixoh tibbiy servisdan foydalanish imkoniyatining kamligi OIV yuqishi xavfini oshiradi. Hamon uchrab turadigan ongli roziliksiz va testgacha maslahatlarsiz majburiy ravishda tekshirish amaliyotlari ushbu guruh vakillari bilan OIV infeksiyasining oldini olish uchun profilaktik choralarining zaruriy qamrovini amalga oshirishda hamkorlikni yo'lga qo'yish imkonini bermaydi. Ular davlat tuzilmalari, jumladan, tibbiyot muassasalari bilan muloqotga kirishishdan qochishga harakat qilishadi, chunki ro'yxatga tushishdan va maxfiylik oshkora bo'lishidan cho'chishadi. Buning oqibatida ushbu muammo inyeksiya orqali giyohvand moddalar iste'mol qiluvchilar (IOG-MIQ), seks xizmati ko'rsatuvchisi (SXX) va ESAQE o'rtasida dolzarb bo'lib qolmoqda.

OIV infeksiyasining yuqish yo'llari

OIV infeksiyasining manbaiy bemor shaxs va virus tashib yuruvchi hisoblanadi. Epidemiologik jihatdan virus tashib yuruvchilar, bemorlarga nisbatan, o'ta xavflidir, ular kasallikni yashirin davri mobaynida hech qanday alomatlar sezmaydilar, hatto o'zini kasallik bilan zararlanganligini bilmaydilar.

Ular kasallikning yashirin davrida (3–6 oydan to 10 yil va undan ko'proq yillar) boshqalarga yuqtirishi mumkin. Chunki ushbu davrning dastlabki haftalaridayoq qonda, urug' suyuqligida (spermada), so'lakda, ona sutida, ko'z yoshlarida virus borligi kuzatiladi va bu holat (virus borligi) bemor umrining oxirigacha saqlanadi. Demak, xastalikka chalinganlar umrining oxirigacha kasallik manbai bo'lib qoladilar.

Hozirgi kunda bizning sharoitimizda virusni sof holda ajratish va unga asoslanib tashxis qo'yish – o'ta murakkab va qimmatli ish. Shuning uchun virus tashib yuruvchi shaxslarni erta aniqlash va kasallik tarqalmasligiga qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish

qiyin vazifadir. Bu yoʻnalishda xavfli guruhga mansub shaxslarni muntazam nazorat ostiga olish, ularni IFA usulida tekshirib turish kasallikni erta tashxislash yoʻllaridan biri hisoblanadi.

OIV infeksiyasi 3 xil yoʻl bilan yuqishi aniq isbotlangan.

1. Jinsiy aloqa yoʻli.
2. Parenteral yoʻli.
3. Vertikal yuqish yoʻli.

OIV infeksiyasining jinsiy aloqa yoʻli bilan tarqalishi koʻplab besoqolbozlarda, fohishalarda, palapartish, tartibsiz jinsiy hayot kechiruvchi shaxslarda uchramoqda.

Besoqolbozlikning faol va passiv shakllarida OIV bilan zararlaniş 1:1 nisbatda aniqlanmoqda.

Passiv besoqolbozlar jinsiy aʼzosining shilliq qavatlari buzilishi natijasida virus qon orqali organizmga oʻtadi. Bu guruhlar OIV infeksiyasi boʻyicha oʻta xavfli hisoblanadi.

Ayollar oʻrtasidagi jinsiy aloqalarda (lesbiyanlik) OIV infeksiyasi bilan zararlaniş oʻta past darajada hisoblanadi. OIV infeksiyasining tarqalishida yana oʻta xavfli guruhlardan fohishalar, palapartish, tartibsiz jinsiy hayot kechiruvchilar hisoblanadi. Bu guruh har xil kishilar bilan tez-tez aloqada boʻladilar. Bunday shaxslarning OIV bilan zararlanişi va boshqa shaxslarga yuqtirishi hozirgi kunda tez-tez uchramoqda. Ayol organizmiga viruslar sperma orqali tushadi va agar shilliq qavatlar jarohatlangan boʻlsa, virus jinsiy aʼzolardan qonga oʻtishi mumkin.

OIV infeksiyasining ikkinchi yuqish yoʻli qon orqali oʻtishidir, virus bemor shaxslar qonida juda yuqori konsentratsiyada boʻlishi aniqlangan. Qon orqali yuqishida giyohvandlar oʻta xavfli guruhga kiradi. Bunday shaxslar zararlangan shpris va ignalardan foydalanib, oʻz organizmiga narkotik moddalarni yuborish vaqtida qoldigʻi orqali virus oʻtishi mumkin. Qon orqali yuqishida gemofiliya kasalligiga chalinganlar ham qisman xavfli guruhga kiradi. Shuningdek, tarkibida retroviruslar boʻlgan qonni quyish yoki oʻsha qondan tayyorlangan qon preparatlari ishlatilganda virus boshqa shaxslar-

ga o'tadi. Mazkur kasallikning gemofiliya dardiga duchor bo'lgan bemorlar orasida uchrashi ham shundan. Bunday bemorlar ko'plab qon va qon mahsulotlari oladilar. qon quyish vaqtida OIVga tekshirilmagan yoki tashxisda aniqlanmagan qonlardan zararlanib qolishi mumkin.

Qon orqali yuqishida surunkali kasalliklar bilan og'rigan. hayot uchun xavfli jarohatlar olgan bemorlarga yaxshi sterilanmagan asbob-anjomlar, shpris va ignalardan foydalanganda, zararlangan qon va qon mahsulotlari quyilgan vaqtda yuqishi mumkin. Tibbiy muolaja paytida yuqish – retroviruslar tushgan igna. shpris va boshqa asboblardan yuqish, mazkur asboblarni takroriy qo'llash natijasida, sanitariya-gigiyena qoidalariga rioya qilmaslik oqibatida yuzaga keladi.

Vertikal yuqish yo'lida virus homilaga yo'ldosh qoni orqali yoki tug'ish jarayonida bemor onadan o'tadi. Shuningdek, emizish vaqtida onaning so'rg'ichlaridan qon chiqsa va bolaning og'iz bo'shlig'ida yaralar (stomatit va boshqa jarohat) bo'lsa, bolaga kasallik yuqishi mumkin. Shu yarachalar orqali ona sutida bo'lgan virus bolaga o'tishi mumkin.

Jarohatlanmagan teri va shilliq qavatlar orqali kasallik yuqmaydi. Shuning uchun bemor bilan bitta idishdan ovqat yeyish, u bilan qo'l berib ko'rishish, birga yotib turish (jinsiy aloqasiz) gaplashish xavfli emas. Ya'ni kasallik havo-tomchi, maishiy muloqat yo'llari orqali yuqmaydi.

OIV infeksiyasi kasalligi qon so'ruvchi hasharotlar (bit, kana va boshqa) chaqishi orqali yuqishi isbotlanmagan.

Kasallikka hamma yoshdagilar moyil, lekin ushbu kasallik, asosan, xavfli guruhga mansub shaxslarda (aksariyat yoshlar) ko'proq uchraydi.

Kasallikning tarqalishi fasl bilan bog'liq emas va dunyoning barcha mamlakatlarida uchramoqda.

Oxirgi yillarda sobiq ittifoqning ba'zi respublikalarida (Rossiya, Ukraina, Belorussiya, Qozog'iston) giyohvandlik o'ta keng

tarqalmoqda. Tekshiruvlar shuni ko'rsatdiki, OIV kasalligiga chalinganlarning 80 % i giyohvandlar ekan.

OITSGa moyil bo'lgan guruhlar

Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi aholining quyidagi tabaqalarida ko'proq uchraydi:

1. Besoqolbozlar.

2. Giyohvandlar – ularning soni turli mamlakatlarda turlicha.

3. Gemofiliyaga duchor bulgan bemorlar. Bu kasallik bilan, asosan, erkaklar kasallanadilar. Bunday bemorlarda qonning ivishi-da ishtirok etadigan VIII – IX omillar yetishmaydi. Yangi va tabiiy qondan tayyorlangan konsentrat (kerakli omillar yig'indisi) tayyorlash uchun 2000–5000 donorning qoni kerak bo'ladi. Bu hol OIVning yuqish xavfini oshiradi.

4. Turli xil sabablarga ko'ra qon quyiladigan bemorlar va boshqa toifadagi shaxslar. Qon va qon preparatlari olinadigan kishilar orasida OITS hollari keyingi yillarda ko'payib bormoqda.

5. Jinsiy sheriklarini tez-tez almashirib turadigan geteroseksualistlar. Kasallik, ayniqsa, «uqalash xona»lariga va fohishaxonalarga qatnaydigan erkaklar va fohishalar orasida ko'paymoqda. Bemorlarning ko'pchiligini ayollar tashkil etmoqda (29–50 %). Agar gomoseksualizm erkaklar orasida OITSning keng tarqalishiga olib keladigan bo'lsa, geteroseksual jinsiy aloqalar va keng ko'lamda qon quyilish hollari kasallikning ayollar orasida ko'payishiga sabab bo'lmoqda.

6. Yuqorida sanab o'tilgan aholi tabaqalaridan tug'ilgan, ayniqsa, OITSGa chalingan bemorlardan va odam immuntanqisligi virusi (OIV) yuqqan shaxslardan tug'ilgan bolalar. Bunda kasallik ko'pincha homila yo'ldoshi orqali go'dakka o'tadi. Shuningdek, homila tug'ruq yo'llaridan o'tayotganida (tug'ish paytida) qin va bachadon bo'ynidagi retroviruslardan zararlanshi mumkin. Bemor onalar sutini emgan bolalarning OITS bilan kasallanishi yuqorida aytib o'tilgan edi.

O'zbekistonda OIV/OITS yuqishining ijtimoiy va muhitga oid omillari

Yoshlar ayniqsa, qizlarning xabardorligi darajasiga, natijada xavfsiz xulq-atvor tanloviga ta'sir ko'rsatuvchi muhim ijtimoiy omillar orasida jinsiy masalalar va OIV yuqishi masalalarini muhokamasining an'anaviy tarzda milliy axloq-odob qoidalariga zid ekanligini qayd etish mumkin. Ushbu masalalar muhokamasining ta'qiqlanishini xotin-qizlarning tengsizligi, ayolning moddiy jihatdan erkakka qaramligi, erkaklar va ayollar tomonidan nikohgacha bo'lgan jinsiy aloqalarga nisbatan ikki xil ijtimoiy axloqiy qarashlarning qo'llanilishi, shuningdek, ayollarga nisbatan oilaviy zo'rovonlikka jamoatchilik bag'ri kengligi tufayli yanada kuchayadi. Jamoatchilik orasida prezervativlarga talab darajasi pastligicha saqlanmoqda.

O'zbekistonda OIV infeksiyasi tarqalishining muhim sabablaridan biri OIV bilan yashovchi kishilarning kamsitilishi (stigmatizatsiya) bilan bog'liq. Vaziyatning tahlili shuni ko'rsatdiki, hozirgi paytda mamlakat aholisi o'zining OIV maqomini bilmaslikni afzal ko'rmoqda. OIV/OITS bilan kasallangan kishi zimmasiga kasallikni boshqa odamga yuqtirish xavfi yuzaga kelgan taqdirda qonun oldida javobgarlik shaklidagi qo'shimcha mas'uliyat yuklanadi. OIV maqomi to'g'risidagi axborotni oshkora bo'lishi OIV infeksiyasi bilan kasallangan kishiga nisbatan ijtimoiy cheklab qo'yish qo'llanilishiga olib keladi. Bunday kishilar uchun amalda tibbiy xizmatlar, ta'lim olish va ishga kirishga oid cheklovlar paydo bo'ladi. Vaholanki, OIVning yuqishi, eng avvalo, odamlar xulq-atvoriga bog'liq bo'lib, har bir alohida odam tomonidan nazorat qilinishi mumkin. O'zining OIV maqomidan ogoh bo'lgan shaxs xatti-harakatlari OIVning yuqishidan himoyalashga va ayni paytda o'zining OIV musbat maqomi oqibatlarini yengillashtirishga yo'naltirilgan bo'lishi mumkin (jumladan, nikohlanish, farzand ko'rish, o'qish, oilaning qo'shimcha daromad manbayi sifatida yordamechi xo'jalik tashkil etishi va h. k masalalarini hal etishda). Ko'pchilik tomonidan shu narsa tan olinganki, har bir inson o'zi-

ning OIV maqomini bilishi epidemiyaga qarshi kurashishning eng muhim chorasi bo'la oladi.

OIV/OITS epidemiyasi avj olishi sabablarining yana bir guruhi biologik omillar hisoblanadi. Bu OIV infeksiyali kishilarning davolanish bilan yetarli darajada qamrab olinmasligi bo'lib, bu hol OIV musbat subpopulatsiyasining virus yuklamasini yuqori bo'lishi va OIV infeksiyasining yuqish ehtimolini yuqori bo'lishini belgilaydi. JAYBYuK tarqalganlik darajasining pasaymaganligi (2005- yilda mamlakatning 5 ta ma'muriy hududidagi 1768 nafar homilador ayol qamrab olingan epidemiologik nazorat ma'lumotlariga ko'ra ularning 1.5 % da zaxm kasalligi borligi aniqlangan) aholiga OIV yuqishi xavfini oshiradi.

O'zbekiston epidemiya ko'tarilishiga oid ichki omillar bilan birga aholining jadal migratsiyasi kuchli bo'lgan davlatlar, eng avvalo, Rossiya Federatsiyasi, shuningdek, Qozog'iston va Tojikistondagi OIV tarqalganlik darajasi bilan bog'liq bo'lgan tashqi omillar ta'sirini his etmoqda.

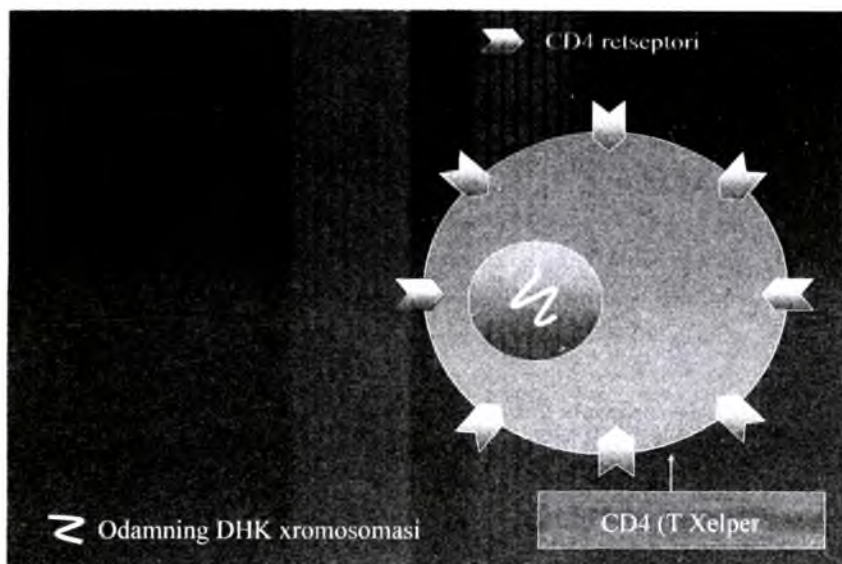
Nazorat savollari

1. Dunyoda OIV infeksiyasi bo'yicha epidemiologik holat hozirgi kunda qanday ahvolda?
2. O'zbekistondagi epidemiologik holat haqida nimalarni bilasiz?
3. Epidemiyani harakatlantiruvchi kuchlar haqida qanday tushunchangiz bor?
4. OIV infeksiyasining yuqish yo'llarini aytib bering.
5. OIV/OITSGa moyil guruhlar deganda nimani tushunasiz?

III BOB. PATOGENEZI

Odam organizmidagi har qanday hujayrani immun tanqisligi virusi (OIV) bilan zararlanish jarayonini quyidagi bosqichlarga ajratish mumkin (2- rasm).

1. Virusning retsepsiyasi – virionning hujayra yuzasi (qobig'i) bilan bog'lanishi.
2. Penetratsiya – virus va hujayra membranalarining qo'shilib ketishi oqibatida virusning hujayra ichiga kirishi.
3. Virusning genomi RNKsi va nukleoidining ozod bo'lishi;



2-rasm. T-xelper hujayrasi.

4. Virus genomining hujayra genomiga integratsiyasi;
5. Infeksiyaning yashirin davri – provirus DNKsi hujayra ge-

nomi bilan integratsiyada bo'lsada. ammo virus genlarining transkripsiyasi va translatsiyasi yo'q. virus antigenlari ekspressiyasi kuzatilmaydi. Demak, infeksiyaning ushbu bosqichida immunologik usullar bilan uni aniqlash mumkin emas.

6. Provirus DNKsida transkripsiya jarayonining faollashuvi va virus oqsillarining translatsiyasi.

7. Morfogenez – virusning barcha komponentlarining katta miqdorda ishlab chiqarilishi va ulardan yangi virionlarning shakllanishi, viruslarning faol replikatsiyasi.

8. Virionlarning xo'jayin – hujayradan tashqariga ajralib chiqishi.

OIV virusining hujayra ichiga kirishining bir qancha yo'llari mavjud:

1. Hujayra-nishonlar membranasidagi CD4 molekulasini bilan retsepsiya qilish orqali.

2. OIVning virusga qarshi antitanachalar bilan kompleksining hujayra-nishonlar retseptori immunoglobulini F_2 fragmenti bilan retsepsiya qilish orqali.

3. OIV genomining hujayra ichiga psevdovirus ko'rinishida (ya'ni boshqa turdagi virusning qobig'i ichiga OIV genomi joylashgan) kirishi.

4. OIVning gamma-interferon bilan kompleksining gamma-interferonga retseptorlari mavjud bo'lgan hujayralar ichiga kirishi.

5. OIVning B-limfotsitlar ichiga kirishi – buning molekular mexanizmlari aniqlanmagan.

Hujayra-nishonlar

Hozirgi kunda OIVning quyidagi hujayralarni bevosita (3- rasm) zararlashi aniqlangan:

A) Qon tizimidagi hujayralar:

1. T_1 – limfotsitlar (xelperlar) induktorlar, effektorlar.

2. T_8 – T_4 – periferik limfotsitlar.

3. Dendrit hujayralari va ularning balog'atga yetmagan avlodlari – Langergans hujayralari.

4. Monotsitlar (to'qima makrofaglari).

5. Eozinofillar.

6. Megakariotsitlar.

7. Timotsitlar.

8. B-limfotsitlar.

B) Asab tizimi hujayralari:

1. Neyronlar.

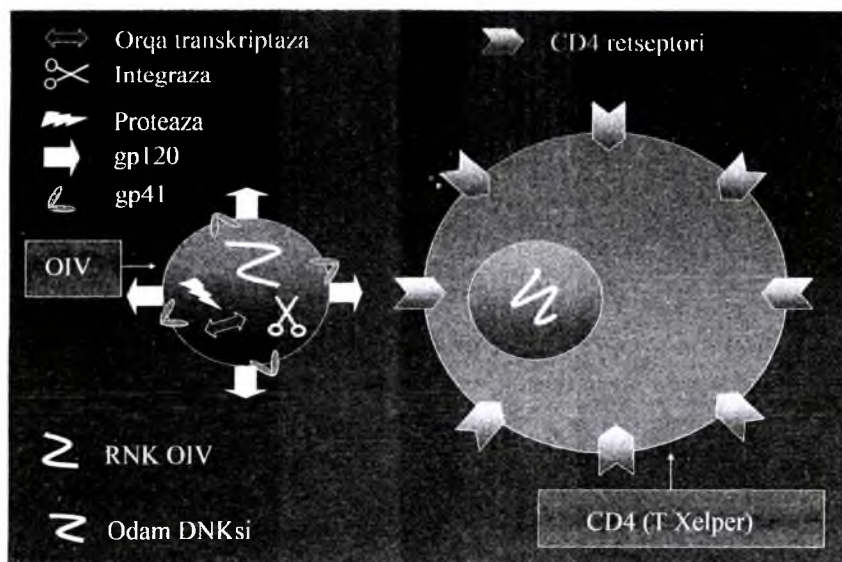
2. Mikroglia (makrofag).

3. Astrositlar.

4. Miyaning fibroblastsimon hujayralari («VT»).

5. Qon tomirlari endoteliy qavatining hujayralari.

6. Oligodendrotsitlar.



3-rasm. Virusning CD4 hujayrasiga kirish mexanizmi.

D) Ovqat hazm qilish tizimidagi hujayralar:

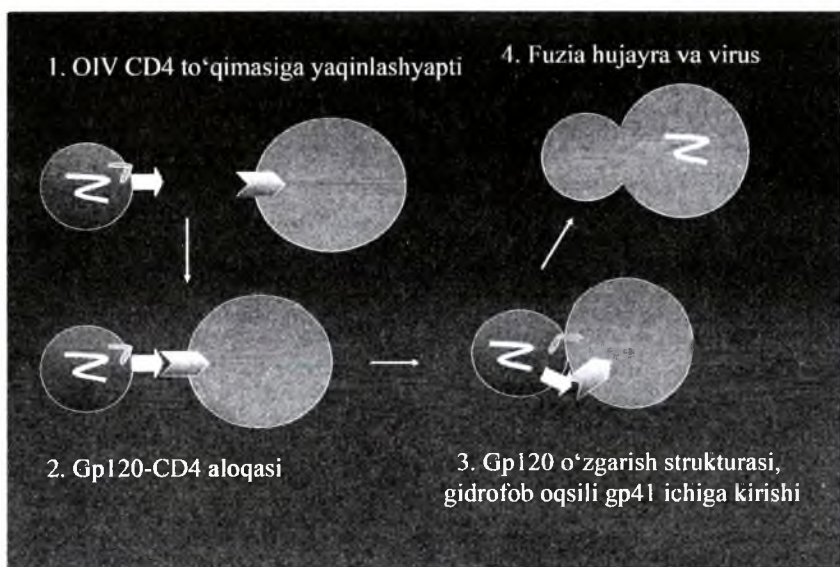
1. Ichaklarning epiteliy hujayralari.

2. M-hujayralar.

E) Boshqa hujayralar:

1. Yuldoshning xoriontrofoblast hujayralari.
2. Spermatozoidlar.
3. Ko'ndalang-targ'il muskul hujayralari.

Kasallik yangi paydo bo'lgan dastlabki davrlarda ITVning T_4 -limfotsitlarga tropizmi mavjudligi aniqlangach, bu infeksiya faqat immun tizimini zararlaydi degan farazlar mavjud edi. Ammo keyinchalik o'tkazilgan tekshirishlar bu virus organizmdagi juda ko'p hujayralarni bevosita zararlashi aniqlandi. Bulardan eng asosiyalarini ko'rib chiqamiz (4- rasm).

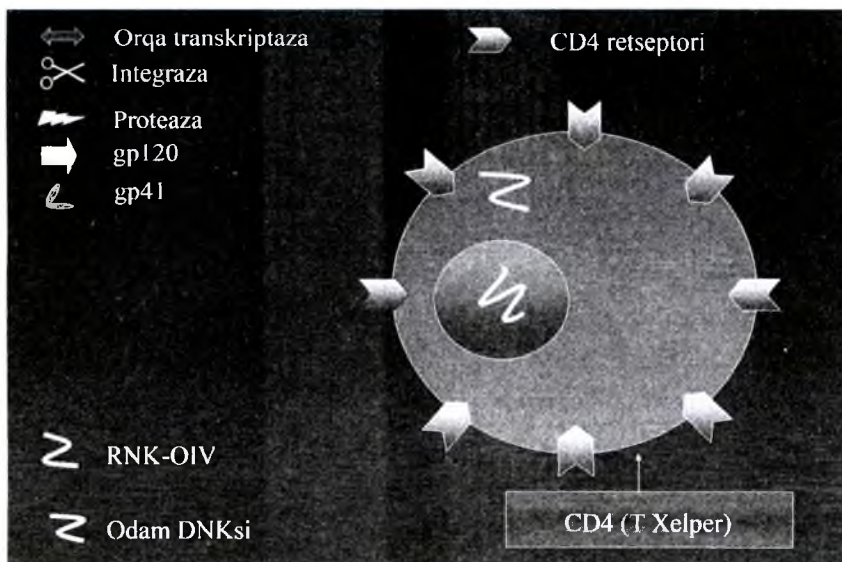


4-rasm. Virusning CD4 hujayrasiga kirish mexanizmi.

1. Dendrit hujayralar – ularning o'lchami limfotsitlardan va makrofaglardan katta. Bu hujayralar terida, shilliq qavatlarda joylashgan, qonda sirkulatsiya qilayotgan qismi esa undagi yadro tutuvchi hujayralarning 1 % ni tashkil qiladi. Dendrit hujayralar begona antigenlarni T-limfotsitlarga tanishtirish vazifasini bajaradi va bu

ishni ular makroflaglarga nisbatan 100 marotaba samaraliroq bajaradi. Bu hujayralar teriga, shilliq qavatlariga va qonga tushgan begona antigenlarni birinchi bo'lib kutib olib, limfoid a'zolariga migratsiya qiladi va ularni limfotsitlarga tanishtiradi.

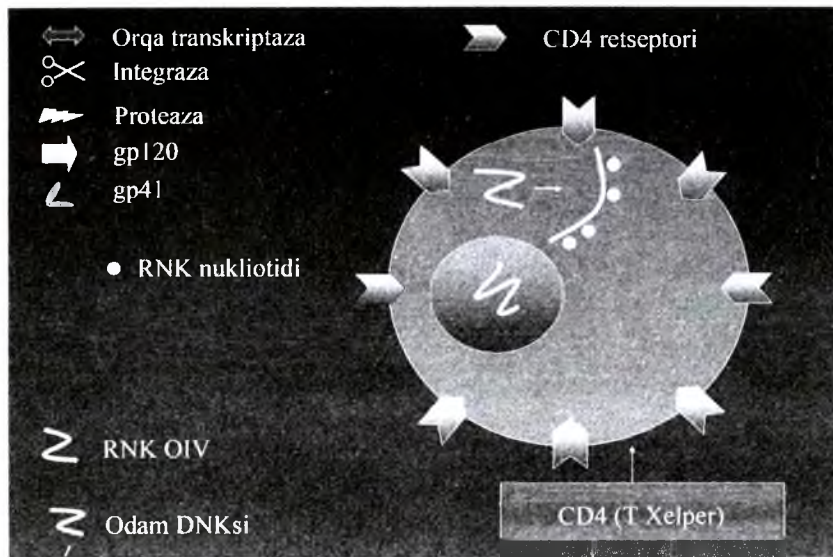
Tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, dendrit hujayralar o'zida T_4 -limfotsitlarga nisbatan 30 marta ko'p, makroflaglarga nisbatan esa 100 marta ko'p OIV tutadilar. Dendrit hujayralar qondagi yadro tutuvchi hujayralarning 1 % ni tashkil qilsa-da, qondagi mononuklear hujayralar (T_4 -limfotsitlar, monotsitlar, eozinofillar, megokariotsitlar va h. k.) tomonidan ishlab chiqarilayotgan barcha OIVlarning 80 %ni ular ishlab chiqaradilar. Viruslarning ishlab chiqarilishi jarayonida dendrit hujayralari darhol halok bo'lmaydi. Yuqorida sanab o'tilganlardan ma'lum bo'ldiki, dendrit hujayralar OIV infeksiyasi patogenezida juda katta o'rin egallaydi (5- rasm).



5-rasm. Virus CD4 hujayrasi ichida.

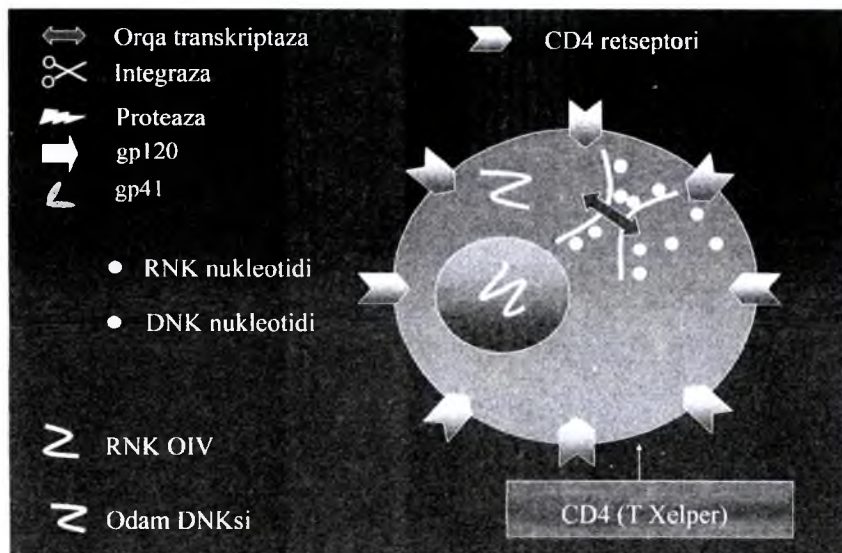
2. T_4 -limfotsitlarning fiziologik funksiyasi induktorlik hamda

effektorlikdan iboratdir. OIV T_4 -limfotsitlarga sitopatogen taʼsir qiladi (sitolitik). Laboratoriya tekshirishlari natijasida aniqlandiki, T_4 -limfotsitlar kulturasiga viruslar bilan zararlangan material qoʻshilganda hujayra sitoplazmasida 2 soatdan keyin Southern blot usulida tekshirilganda virusning chiziqli joylashgan DNKsi aniqlangan. yaʼni virus shu vaqt ichida hujayra ichiga kirib, qoʻbigʻidan chiqib RNK genomini qaytalama transkriptaza qilib DNK hosil qilgan. OIVning CD4 retseptoriga ega boʻlgan T_4 -limfosit hujayrasi ichiga kirish jarayonining biokimyo mexanizmi shundan iboratki. CD4 molekulasi unga OIV retsepsiya qilgach. fosforlanish jarayoni kuzatiladi. Bu jarayon hujayraning proteinkinaza C fermenti tomonidan katalizlanadi. OIVning retsepsiya uchun CD4 molekulasini oʻzi uchun maxsus retseptor sifatida tanlashining sababi shundaki. virus qobigʻidagi gp120 oqsili CD4 molekulasi bilan bevosita bogʻlanish xususiyatiga ega, bu spetsifikdir (6- rasm).



6-rasm. Virus CD4 hujayrasi ichida.

Virusning gp120 oqsili hujayraning CD4 retseptori bilan bog'langach. CD4 molekulasining sitoplazmatik uchastkasida tezda fosforlanish kuzatiladi. bu jarayon hujayra proteinkinazasi bilan katalizlanadi. 2 soatdan keyin hujayra sitoplazmasida chiziqli shakldagi provirus DNKsi aniqlanadi, 6 soatdan keyin esa virus DNKsining halqasimon shakli aniqlanadi, ya'ni virus genomining hujayra genomiga integratsiyasi yakunlanadi. Shu vaqtdan boshlab infeksiyaning latent bosqichi boshlanadi. Virus o'z antigenlari bilan hozircha immun tizimini «qitiqlamaydi», demak, virusga nisbatan maxsus antitela ishlab chiqarish ko'rinishidagi immun javob yo'q va sensibilizatsiyalangan limfotsitlar yo'q (7- rasm).

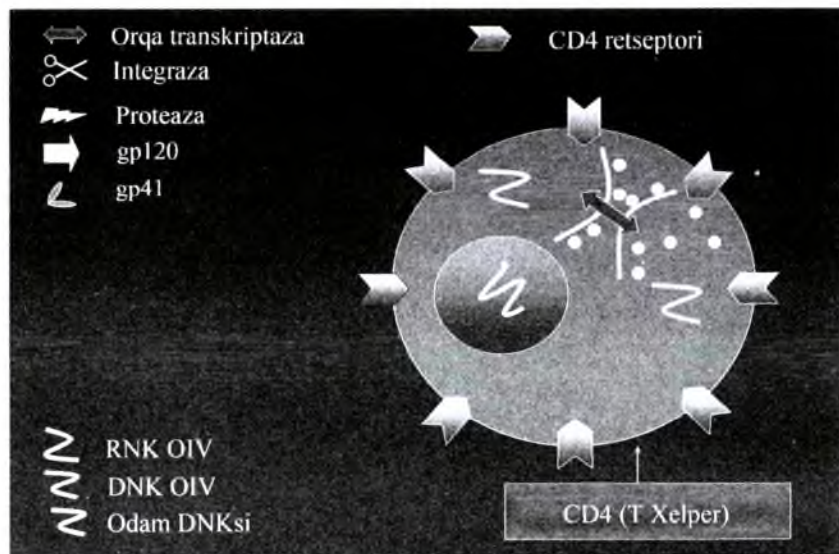


7-rasm. Virus CD4 hujayrasi ichida.

Yuqorida aytilgan latent infeksiya tushunchasi faqatgina alohida olingan bitta hujayra uchun tegishli, butun organizm uchun emas. Organizm uchun infeksiyaning bu davri «inkubatsion» davr deb ataladi. Organizm miqyosida ko'pgina omillar ta'sir qilib virusning

latent genomini faollashtirib, viruslar ekspressiyasiga olib kelishi mumkin. Bunday omillar bo'lib boshqa viruslar va bakterial infeksiyalar, glukokortikoid gormonlarning miqdorining ortishi, gipertermiya, ultrabinafsha nurlari va boshqalar hisoblanadi. Anti CD4 antitanachalar bilan immunofluorestsent va immunogistokimyo tekshirish usullari natijasida aniqlandiki CD4 molekulalari faqat T_H -limfotsitlardagina emas, balki dendrit hujayralarda, monotsitlarda (makrofaglarda), neyronlarda, eozinofillarda, megakariotsitlarda, spermatozoidlarda va boshqa qator hujayralarda ham ekspressiyalangan.

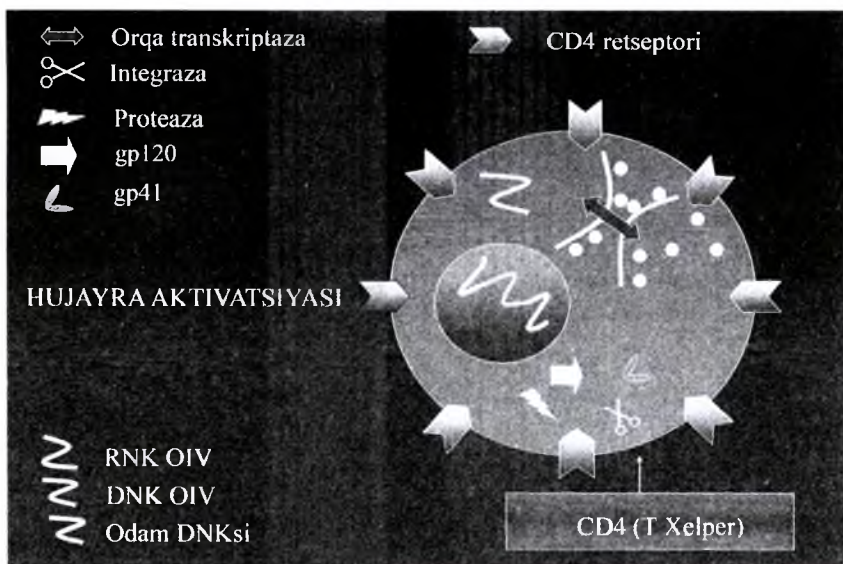
3. Monotsitlar (makrofaglar) – bu hujayralarni obrazli qilib OIV-ga nisbatan «Troyan oti» deb ataganlar. Monotsit hujayrasining tashqi membranasida CD4 molekulası 10 barobar kam bo'lgani bilan, sitoplazma ichida ularning miqdori yuqori. Yangi hosil bo'lgan virionlar hujayra ichidan tashqariga chiqishi hujayraga sitonekrotik ta'sir qilmaydi. O'z navbatida, monotsitlarning lizosomal apparati virionlarga parchalovchi ta'sir etmaydi (8-, 9-, 10- rasm).



8-rasm. Virus CD4 hujayrasi ichida.



9-rasm. Virus CD4 hujayrasi ichida.



10-rasm. Virus CD4 hujayrasi ichida.

4. Eozinofillar – donador leykotsitlar boʻlib, atsidofil granulalar tutadi. bu hujayralar, asosan, tashqi muhit bilan chegaradosh boʻlgan toʻqimalarda joylashgan: nafas, gastrointestinal, genitourinar tizimlarda. Eozinofillarning plazmatik membranasida CD4 antigenlari ekspressiyalangan, shuning uchun ular ham OIVning yuzasidagi gp 120 oqsili bilan xuddi T₄-limfotsitlar kabi oson bogʻlanadi.

5. Megakariotsitlar – trombotsitlardan avvalgi hujayralar boʻlib, ularning 25 %ida CD4 antigenlari ekspressiyalangan, bu esa ularning OIV bilan bevosita zararlanishiga sabab boʻladi. Bu holat OITSDagi trombotsitopeniyaning kelib chiqish mexanizmi (patogenezi)ni tushuntirib beradi.

6. Timotsitlar – timus limfotsitlari, bular periferik T₄-limfotsitlarga nisbatan kuchliroq zararlanadi va OIVni koʻproq ishlab chiqaradi. Ayniqsa, timotsitlardan bir vaqtning oʻzida CD4 va CD8 antigenlarini ekspressiya qilgan hujayralari OIV bilan koʻproq zararlanadi. Bundan kelib chiqadiki, timus OITS patogenezida, ayniqsa, bolalarda muhim rol oʻynaydi. Birinchidan, u OIV ishlab chiqaruvchi yuqori samaradorli «reaktor» sifatida nomoyon boʻladi. ikkinchidan, timusda normal fiziologik regeneratsiya mavjud emas.

7. B-limfotsitlar. Hozirgi vaqtda OIVni B-limfotsitlari zararlashi maʼlum. Bunda OIV Epshteyn-Barr virusi bilan koinfeksiya koʻrinishida zararlansa, infeksiya sitonekrozga olib kelishi maʼlum, aks holda infeksiya latent yoki sekin kechuvchi xarakterda boʻladi. OIVning B-limfotsitlarga kirish mexanizmi (ularda CD4 antigenlari yoʻq) hozircha nomaʼlum.

8. Neyronlar. Organizmdagi OIV infeksiyasining eng erta muddatlaridanoq OIV gematoensefalit baryerdan oʻtadi va neyronlarni bevosita zararlaydi. OIV infeksiyasi bilan kasallikning latent davridayoq 90 % dan ortiq bemorlarda asab tizimida u yoki bu usulda tekshirilganda ITV aniqlanadi. Viruslar 33–38 % neyronlarning halok boʻlishga olib keladi. bunda, birinchi navbatda, yirik neyron-

lar halok bo'ladi. Miyada OIV neyronlardan tashqari makrofaglarini, qon-tomir kapillarlarini, endoteliy hujayralarini, astrotsitlarni, miyaning fibroblastsimon hujayralarini va oligodendrotsitlarni bevosita zararlaydi. Viruslarning neyronlarda replikasiya qilishi nihoyatda zaif, uni deksametazon yoki butirat natriy yordamida induksiya qilish (kuchaytirish) mumkin. Neyronlarda sitoliz kuzatilmaydi, sintitsiy hosil bo'lmaydi.

9. Yo'ldosh to'qimasining OIV bilan zararlanishi, xoriontrofoblast hujayralari hamda qon-tomirlari endoteliy hujayralarini CD4 antigeni ekspressiyasi bilan izohlanadi. Eksperimentda yo'ldosh to'qimasi virus bilan juda oson zararlanadi, demak, organizmda ham virus yo'ldoshni zararlaydi. Ammo bemor ayollardan tug'ilgan chaqaloqlarning 2/3 qismi sog'lom (virus bilan zararlanmagan) ekanligi ajablanarli holdir.

10. Spermatozoidlarda CD4 retseptori aniqlangan, u membranasida HLA-DL molekulasini tutuvchi hujayralarni faollashtiruvchi funksiyani bajaradi. Bunday hujayralar ayollarning reproduktiv tizimida ko'pchilikni tashkil qiladi: qin epiteliysida va bachadon bo'ynida, endometriyada, fallopiy trubasida va tuxum hujayralarida. Spermatozoid o'zaro ta'sir tufayli ularni faollashtiradi. Spermatozoidlar o'zlarida OIV saqlagan holda yuqorida sanab o'tilgan hujayralar bilan ham virusni (ya'ni zararlanishiga) olib keladi.

Nishon hujayralarda joylashgan virus genomining faollashuvi natijasida viruslar ekspressiyasi, transkripsiyasi va translatsiyasi kuchayadi. Bu quyidagi hollarda yuzaga chiqadi:

1. Spetsifik antigenlar ta'sirida.
2. T-limfotsitlarning mitogenlari ta'sirida.
3. Sitokinlar ta'sirida.
4. Bir vaqtning o'zida boshqa virusli infeksiyalar bilan zararlanganda (sitomegalovirus, herpes viruslar, adenoviruslar, Epshteyn-Barr virusi).
5. O'smalar nekrozi omili (TNF), IL-6 (interleykin-6), RMA (forbolmiristat-atsetat). Bu sanab o'tilgan omillar monotsitlarda virus ekspressiyasini kuchaytiradi.

6. Bakterial immunomodulatorlar ta'sirida.
7. Glukokortikoid gormonlar ta'sirida.
8. Gipertermiya ta'sirida.
9. Ultrabinafsha nurlar ta'sirida.

Infeksiya yuqқан dastlabki davrlarda bemorlardan OIVni zaif replikatsiya qiluvchi shtamlari ajratib olinadi, ammo kasallik vaqti uzoqlashib borgan sari OIVning kuchli replikatsiya qiluvchi shtamlari ajratiladi.

OIVning sitopatogen ta'siri

Virusning kasallangan organizmning hujayralariga nisbatan shikastlovchi ta'siri *sitopatogen effekt* deb ataladi. Bu ta'sir 5 xil ko'rinishda uchrashi mumkin.

1. Virus bilan zararlangan hujayrani virusning faol replikatsiyasi tufayli nekrozga uchrashi, ya'ni sitonekroz yoki sitoliz va to'g'ri-dan to'g'ri destruksiyasi. Bunday jarayon nishon hujayralardan T_4 -limfotsitlar T_4 - T_8 -limfotsitlar, megakariotsitlar uchun xos.

2. Sintitsiy hosil qilishi. Bunda sintitsiy hosil qilishda bir tomondan virus bilan zararlangan va tashqi membranasida virusning gp120 va gp41 oqsillarini ekspressiya qilgan hujayralar ishtirok etsa, ikkinchi tomondan tashqi membranasida CD4 molekulalarini ekspressiya qiluvchi, ammo viruslar bilan zararlanmagan hujayralar ishtirok etishi mumkin. Bunday nofiziologik sintitsiy yashash qobiliyatiga ega bo'lmagan hosiladir.

3. Tezkor sitoliz kuzatilmaydigan, hujayraning surunkali infeksiyasi. Infeksion jarayonning bunday kechishi viruslar bilan zararlangan dendritik hujayralarda, monotsitlarda (makrofaglarda), neyronlarda, ko'ndalang targ'il muskullarda kuzatiladi. Ushbu holatlarda dendritik hujayralarda ITV faol ko'payadi, hujayradan tashqariga ajrab chiqadi, zararlangan dendritik hujayra ma'lum vaqt mobaynida o'z fiziologik migratsiya yo'li bo'yicha harakatlanib

yashab turadi, viruslarni shu yo'l bilan butun organizm bo'yicha tarqatadi va, shu jumladan, T_4 -limfotsitlarga olib keladi. Monotsitlar ham tezda sitolizga uchramaydi, ammo ular sog'lom monotsitlarga funksional jihatdan tenglasha olmaydi. Neyronlarni ham virus tezda halok qilmaydi, ammo ular asta-sekinlik bilan halok bo'lib, gliya to'qimasi bilan almashadi.

4. OIVning ayrim oqsillarini patogen ta'siri. To'laqonli viruslardan tashqari ularning ayrim oqsillari ham bemor organizmidagi hujayralar va to'qimalarga toksik va patogen ta'sir etadi. Bunday oqsillarga virus qobig'ining gp120 oqsili Tat genining regulatsiyalovchi proteini va virusning p67 oqsili kiradi. Virus yuqtirilgan hujayra sintez qilib chiqarayotgan gp120 oqsilining 50 % ga yaqini yangi viruslar hosil qilish uchun sarflanmaydi, balki hujayradan tashqariga alohida eruvchi oqsil sifatida sekretiya qilinadi. Ular, o'z navbatida, sog'lom hujayralarning CD4 retseptorlari bilan maxsus bog'lanib oladi. CD4 retseptori gp120 oqsili bilan birlashib olgan hujayralar o'zlarining normal fiziologik funksiyalarini bajara olmay qoladi. Masalan, T_4 -limfotsitlar o'zlarining xelperlik xususiyatlarini yo'qotadi va bu, o'z navbatida, u hujayralar to'laqonli virus bilan zararlanmagan bo'lsada, immun tanqisligi holatining kuchayishiga olib keladi. Bundan tashqari, yuzasiga yuqoridagi oqsilni biriktirib olgan hujayralar organizmning virusga qarshi immun mexanizmlarining (antitanachalar, AZKTST, STL) parchalovchi ta'siriga nishon bo'lib qoladi.

Tat oqsili OITS bilan assotsiatsiyada keluvchi Kaposhi sarkomasining patogenezida muhim rol o'ynaydi. Bu oqsil ushbu kassallikdagi duksimon hujayralarning o'sib ketishida omil bo'lib hisoblanadi.

Shunday qilib, OIV zararlangan hujayrani tezda yuzaga chiquvchi sitolizini chaqiradimi yoki yo'qmi, baribir, virusning ayrim komponentlari bemor organizmidagi hujayralarga patogen va toksik ta'sir ko'rsatadi.

5. Surunkali kechuvchi infeksiyada vaqt o'tishi bilan zararlan-

gan hujayralarda yetarlicha oʻzgarishlar kelib chiqadi. Masalan, ularda sogʻlom hujayralarga nisbatan gistonlar soni 3–4 barobar ortib ketadi. Undan tashqari, hujayra ichida virusning sarflanmagan DNKsi, RNK, oqsillar yigʻiladi, hujayra ichida virus qobigʻining gp120 oqsili bilan hujayraning CD4 retseptori oqsil komplekslari hosil boʻladi. Bular oxir oqibat bunday hujayralarni halokatga olib keladi.

Infeksion jarayonning makroorganizmdagi patologiyasi. OIV infeksiyasi immunopatogenezi

1. OIV infeksiyasining patogenezidagi birinchi komponent viruslarning zararlangan hujayralarni bevosita shikastlashidir.

2. Infeksiya patogenezidagi ikkinchi komponent virusning ayrim eruvchan oqsillarining (gp120, Tat, p67 va boshqalar) hujayralarga shikastlovchi taʼsiridir.

3. Uchinchi komponent erta rivojlanuvchi immunosupressiya-dir. Immunosupressiya rivojlanishiga bir tomondan viruslarning gp120 oqsili sabab boʻlsa, ikkinchi tomondan T_8 -supressorlarning qondagi miqdorining juda kuchli ortib ketishi sababdir.

4. Toʻrtinchi komponent infeksiion jarayonning spetsifik viruslarga qarshi antitanachalar taʼsirida kuchayib ketishidir.

5. Beshinchi komponent hujayralar shikastlanishining autoimmun mexanizmlaridir. Bular antitanachalarga bogʻliq hujayra sitotoksikligi – AZKTST, sitotoksik T-limfotsitlar – STL.

6. Oltinchi komponent infeksiion jarayonni kuchaytiruvchi ko-faktorlar (omillar). Bular boshqa virusli infeksiyalar, bakterial infeksiyalar, stress holatlari, homiladorlik, alloantigen qitqlovchilar, gipertermiya, ultrabinafsha nurlar, giperkortitsizm va h. k.

7. Yettinchi komponent total immun tanqisligi tufayli rivojlanadigan ikkilamchi patologik jarayonlar. Bular opportunistik va endemik infeksiyalar, oʻsmalar.

8. Sakkizinchi komponent ITVning asab tizimini shikastlashi oqibatida rivojlangan ikkilamchi patologik jarayonlar.

OIV infeksiyasida immun tizimi

OIV o'z tabiati bo'yicha immunotrop virusdir. Virusning immun tizimi bilan o'zaro munosabati faol ikki taraflamadir. Birinchidan, virus T_4 -limfotsitlarga va immun tizimining boshqa hujayralariga to'g'ridan to'g'ri destruktiv ta'sir qiladi, ikkinchidan, gumoral immunosuppressiv ta'sirga ega. Uchinchi tomondan immun tizim o'zi OIV antigenlariga javob tariqasida maxsus antitanachalar va sensibilizatsiyalangan limfotsitlar effektorlar ishlab chiqaradi. Immun tizimidagi disfunktsiya ortib borgach, patologik immun mexanizmlar (autoimmun va boshqa) qo'shila boshlaydi va ular ustuvorlikni egallaydi. Qonda virusga qarshi antitanachalar paydo bo'lishi bilan «serokonversiya» deb yuritiladi va bundan OIV infeksiyasi diagnostikasida foydalaniladi. Bunday maxsus antitanachalar kasallik yuqtirib olingandan keyin 8 hafta o'tgach paydo bo'ladi (qonda virus antigenlari esa 2 haftadan keyin paydo bo'ladi).

Immunosupressiya. Virus bilan zararlangan organizmda hujayralar ichida OIV replikatsiyasi boshlangach, bu mahsulotlar organizmda to'plana boshlaydi. Shu davrdan boshlab OIV infeksiyasi o'zining immunosuppressiv ta'sirini o'tkaza boshlaydi. Bunday ta'sirga ega bo'lgan virus mahsulotlari yuqorida aytib o'tilgan virus qobig'i oqsili gp120 va p67 dir. Sintez qilingan gp120 ning 50 % ga yaqini hujayradan qonga chiqib, u yerdagi T_4 -limfotsitlar va boshqa hujayralar bilan birikadi. Immunosuppressiv ta'sir qiluvchi yana bir omil p67 ham bu jarayonga o'z hissasini qo'shadi. Infeksiyaning dastlabki davrlarida, immun tizimining ko'p qismi zararlanmagan paytda virusga qarshi antitanachalar ishlab chiqariladi va ular virusning oz qismini inaktivatsiya qiladi, ammo bu infeksiyon jarayonning rivojlanishini to'xtatib qola olmaydi. Keyinchalik esa an-

titanachalar faqat kuchsiz viruslarnigina inaktivatsiya qiladi, kuchli va virulentligi yuqori bo'lgan viruslar esa saqlanib qoladi. bu omil infeksiyon jarayonning yanada kuchayishiga olib keladi.

Gumoral immunitet. OIVga qarshi maxsus antitanachalar infeksiya yuqtirib olgan odamlarning faqat 90 % idagina aniqlanadi. Agar infeksiya yuqishi teri yoki shilliq qavat orqali yuz bergan bo'lsa, serokonversiya bir oydan keyin bo'ladimi yoki 10 yildan keyin bo'ladimi buni hech kim avvaldan aytib bera olmaydi. Yuqish qonga virusning katta dozasi tushishi orqali yuz bersa, gumoral immun javobning dinamikasi standart va aniq. OIV antigenlari immunoferment usulida 2 haftadan keyin aniqlana boshlaydi, antitanachalar esa 8-haftadan boshlab aniqlanadi. Virusni yuqtirib olgan shaxslarda B-limfotsitlarni poliklonal faollashuvining belgisi bo'lgan gipergammaglobulinemiya kuzatiladi. Immunoglobulinlardan esa immunoglobulin A ning ortishi OIV infeksiyasi uchun xosdir. 80 % bemorlarda qonda SIK miqdori ortgan. Immunoglobulin E miqdori me'yordan yuqori, T_4 -limfotsitlar soni qanchalik past bo'lsa, immunoglobulin E shunchalik ortib boraveradi.

Immunitetning T-tizimi. OIVning eng asosiy nishoni T_4 -limfotsit xelperlar (effektorlar), induktorlardir. Qondagi virus bilan zararlangan T_4 -limfotsitlar miqdori kasallikning kechki vaqtlarida ham 1 % dan ortmaydi, ammo limfoid to'qimalarda zararlangan limfotsitlar miqdori qondagidan 10–15 barobar ko'pdir. Dastlab kasallikning alomatlari kuzatilmagan davrda T_4 -limfotsitlarning B-limfotsitlar uchun xelper hisoblangan effektorlar subpopulatsiyasi aniq darajada kamayib ketadi. T_4 -limfotsitlarning supressorlar uchun induktor hisoblangan subpopulatsiyasi esa kechroq kamaya boshlaydi. T_8 -limfotsitlarning qondagi miqdori kasallikning erta davridayoq keskin ortib ketadi va klinik rivojlangan OITS davrigina ularning miqdori pasayadi. T_8 -limfotsitlarning sitotoksik subpopulatsiyasi supressor subpopulatsiyasiga nisbatan ko'proq ortadi. Shunday qilib, infeksiyaning erta davrlaridayoq T_4 : T_8 koeffitsiyenti pasayib ketadi va 63 % hollarda 1 dan past bo'ladi.

Normal killerlarning faolligi bemorlarda aniq va kuchli pasaygan. Bu hujayralarning sitoliz funksiyasini bajaruvchi subpopulatsiyasi progressiv ravishda kamayib boradi, sitostaz funksiyasini bajaruvchi subpopulatsiyasi esa infeksiyaning boshlang'ich davrlarida biroz ortgan.

Antigen tashuvchi hujayralar (monotsitlar, makrofaglar, dendrit hujayralari) funksiyasi ham infeksiyon jarayon rivojlanib borgani sari izdan chiqadi.

Asab tizimidagi o'zgarishlar patogenezi

OIV faqat immunotrop virus bo'lib qolmasdan, balki neyrotrop virus hamdir. Markaziy asab tizimida virus bevosita neyronlarni, astrotsitlarni, mikroglia, qon-tomirlar endoteliy hujayralarini, miyaning fibroblastsimon hujayralarini, oligodendrotsitlarni zararlaydi. Kasallikning erta davrlaridayoq 75–97 % bemorlarda asab tizimida OIV aniqlanadi. Miyaning ushbu infeksiyada shikastlanish patogenezi komponentlari quyidagilardir:

1. Virusning nerv tizimining zararlangan hujayrasiga to'g'ridan to'g'ri sitopatogen ta'siri.
2. Virusning eruvchi gp120 oqsilini neyrotoksik ta'siri.
3. Virusga qarshi antitanachalar va sensibilizatsiyalangan limfotsitlarning miya hujayralariga shikastlovchi ta'siri.
4. Yallig'lanish jarayonlari – ensefalitlar, bular miyadagi ikkilamchi infeksiyalar tomonidan chaqirilgan.
5. Miyaning o'smalar bilan shikastlanishi.

Kaposhi sarkomasining patogenezi

OITS bilan assotsiatsiyada keluvchi Kaposhi sarkomasining (KS) o'ziga xos xususiyati shundan iboratki, 90 % hollarda u pas-

siv gomoseksualistlarda. ya'ni faqat erkak kishilarda uchraydi. OIV infeksiyasi qon orqali va vertikal yo'l bilan (yo'ldosh orqali homilaga) yuqqanda KS uchramaydi. Bunday yorqin namoyon bo'lgan farq anal seks KS uchun ko-faktorligidan dalolat beradi. KSdagi duksimon hujayralar ertaki mezenximal hujayralar bo'lib, ular endoteliy hujayralariga yoki silliq muskul hujayralariga tomon differenziatsiya qilishi mumkin. OIVning Tat oqsili KS hujayralarini o'sishini kuchaytirib yuborish xususiyatiga ega. Shuning uchun Tat oqsili ushbu o'sma uchun kuchli ko-faktor hisoblanadi. Duksimon hujayralarda har xil sitokinlarga (ya'ni o'sish omillariga) ko'p miqdorda retseptorlar mavjud. OIV infeksiyasida limfotsitlar va monotsitlar ko'p miqdorda sitokinlar ishlab chiqaradi. Terining me'yordagi hujayralari Tat oqsilining kichik konsentratsiyasiga reaksiya bermaydi, ammo sitokinlar ta'siri ostida terining endotelial va silliq mushakli hujayralari Tat oqsilining ta'siri ostida kuchli proliferatsiyaga uchraydi.

Nazorat savollari

1. OIV infeksiyasi patogenezida qanday bosqichlar tafovut qilinadi?
2. OIV qaysi hujayralarni bevosita zararlaydi?
3. OIVning sitopatogen ta'siri haqida nimalarni bilasiz?
4. OIV infeksiyasida immun tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
5. Asab tizimidagi o'zgarishlarning patogenezini qanday?
6. Kaposhi sarkomasining patogenezini qanday?

IV BOB. KLINIKASI

OIV infeksiyasi bu og'ir, uzoq kechuvchi, hozirgi kunga qadar samarali davolash usuli topilmagan, bemorning oxir-oqibatda halok bo'lishi bilan yakunlanuvchi kasallikdir. Amalga oshirilayotgan antiretovirusli davo va opportunistik kasalliklarni davolash bemorning umrini uzaytiradi va hayot sifatini biroz yaxshilaydi, xolos.

Kasallikning klinik manzarasini quyidagi reja bo'yicha ko'rib chiqish maqsadga muvofiq bo'ladi:

1. Ushbu infeksiyon jarayon haqida umumiy tushuncha.
2. Organizmda infeksiyaning o'tkir boshlanishining klinik manzarasi.
3. Kasallik kechishining bosqichlari klassifikatsiya bo'yicha.
4. OITS indikatorli kasalliklar.
5. Infeksiyaning rivojlanish dinamikasi va unga olib keluvchi omillar.
6. Infeksiyaning bolalarda kechishi.

Infeksiyon jarayonning kechishi haqida umumiy tushuncha shundan iboratki, dastlab kasallikning yuqishi amalga oshadi, keyin infeksiyaning latent davri boshlanadi, undan so'ngra virusli infeksiyaning birlamchi o'tkir klinikasi namoyon bo'ladi, so'ngra kasallikning laboratoriya tekshirish usullarida aniqlash mumkin bo'lgan belgilari (qonda antitanachalarning aniqlanishi, viremiya, antigenemiya) yuzaga chiqadi, keyin esa kasallikning klinik belgilari kuchayib borib, sof OITS rivojlanadi va bemorning halok bo'lishi bilan yakunlanadi.

Kasallikning yuqishi yuqorida ta'kidlanganidek, jinsiy aloqa orqali, qon va uning hosilalarini quyganda, parenteral (ko'pincha nosteril shprislar orqali, ammo jarrohlik amaliyoti paytida, stomatologlar tomonidan tishni davolash muolajalari paytida yu-

qishini ham inkor etib bo'lmaydi) yo'l bilan va vertikal (platsenta orqali yoki tug'ish paytida, bundan tashqari bemor onaning sutini emish orqali) yo'l bilan amalga oshadi. Adabiyotlarda shikastlangan teriga yoki shilliq qavatlariga qon yoki boshqa biologik suyuqliklar sachraganda yuqish hollari keltirilgan, ammo bunday usulda yuqishlar juda kam uchraydi, shuning uchun ortiqcha ahamiyatga ega emas, lekin bolalarda, ayniqsa, demensiya alomatlari kuzatilgan bemor bolalardan boshqa sog'lom bolalarga shu usulda yuqib qolish xavfini inkor etmaslik kerak, chunki bolalar o'ynayotgan, bir birlari bilan muloqotda bo'layotgan paytda har qanday holat bo'lishi mumkin.

Kasallikning latent davri yoki inkubatsion davri kasallikni yuqtirib olingandan keyin to hozirgi zamonaviy usullar bilan kasallikni aniqlash imkoniyati mumkin bo'lgan paytgacha davom etadi, ko'pincha bu davr 2–8 haftani (o'rtacha 3–6 hafta) tashkil etadi, ammo adabiyotlarda bu davrning 10 oygacha davom etganligi haqida ma'lumotlar bor (V. I. Pokrovskiy ma'lumotiga ko'ra, 1.5 yil va undan ortiq bo'lishi mumkin). Bu davr o'tkir serokonversion sindrom (yoki retroviral sindrom) bilan yakunlanadi, uni o'tkir OIV infeksiyasi, o'tkir harorat (isitma) fazasi deb ham ataladi. Shundan keyin yuzaga chiqadigan kasallikning klinik alomatlarsiz davrining davomiyligi. Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti (JSST) ma'lumotiga ko'ra 10 yilgacha bo'lishi mumkin, ammo adabiyotlarda kasallik yuqqandan keyin 2 oydan so'ng sof OITS rivojlanganligi haqida ma'lumotlar ham bor. Bu davrdan keyin esa kasallikning klinik alomatlari yuzaga chiqqan davri boshlanadi va endi u to'xtovsiz ravishda rivojlanib, oxiri terminal fazasiga, ya'ni OITSGa olib keladi va bemorning halok bo'lishi bilan yakunlanadi. OIV infeksiyasi uchun bosqichma-bosqich kechish, retsidivlarning remissiyalar bilan almashinishi, kasallikning klinik alomatlari va laboratoriya belgilarining to'xtovsiz ravishda tobora og'irlashib borishi xosdir.

Klassifikatsiyasi

Kasallik kechishining alomatlarini, bosqichlarini tartibga solish uchun bir necha klassifikatsiyalar ishlab chiqilgan. Ulardan eng ko'p tarqalganlari AQSHning yuqumli kasalliklarni nazorat qilish markazi CDC (Center for Disease Control). V. I. Pokrovskiy hamda JSST tomonidan taklif etilgan klassifikatsiyalardir (1- jadval).

1- jadval

OIV infeksiyasining CDC klassifikatsiyasi

CD4 + hujayralarining Imkldagi abs. soni (%)	A Alomatsiz (birlamchi OIV infeksiyasi)	B Manifestli (A ham, C ham emas)	C OITS indikatorli kasalliklar
500 (> 28)	A1	B1	C1
200–499 (14–28)	A2	B2	C2
< 200 (< 14)	A3	B3	C3

A kategoriya quyidagi klinik holatlarni o'z ichiga oladi:

- klinik alomatlargiz OIV infeksiyasi;
- persistirlovchi generalizatsiyalangan limfadenopatiya;
- o'tkir OIV infeksiyasi (anamnezda yoki yo'ldosh kasallik bilan birga hozirgi vaqtda).

B kategoriya OIV infeksiyasiga bog'liq patologik holatlarni yoki hujayra immunitetining buzilishiga xos belgilarni o'z ichiga oladi:

- batsillar angiom atoz;
- ogʻiz shilliq pardasi va halqum kandidozi;
- kandidozli vulvovaginit;
- servikal displaziya yoki kartsinoma;
- 1 oydan ortiq davom etayotgan diareya yoki haroratning koʻtarilishi:

- ogʻiz shilliq qavatining tukli leykoplakiyasi;
- oddiy uchuq virusi tomonidan chaqirilgan toshmalar;
- idiopatik trombotsitopeniya;
- listerioz;
- kichik tos aʼzolarining yalligʻlanish kasalliklari;
- periferik neyropatiya.

C kategoriya OITS indikatorli kasalliklarni oʻz ichiga oladi:

- qiziloʻngach, traxeya, bronxlar va oʻpkaning kandidozi;
- oʻpkadan tashqarida joylashgan kriptokokkoz;
- ichakning surunkali kriptosporidiozi;
- jigar, taloq va limfa tugunlaridan boshqa aʼzolari zararlagan sitomegalovirusli infeksiya :
- sitomegalovirusli retinit;
- yaraga aylangan oddiy uchuq;
- disseminatsiyalangan yoki oʻpkadan tashqari gistoplazmoz;
- bachadon boʻynining raki;
- ichakning surunkali izosporozi;
- OIV bilan assotsiatsiyalangan demensiya;
- Kaposhi sarkomasi;
- pnevmosistali pnevmoniya;
- salmonellezli septitsemiya;
- bosh miyaning toksoplazmozi;
- oʻpkaning va boshqa aʼzolarining sil kasalligi;
- disseminatsiyalangan va oʻpkadan tashqari boshqa mikobakteriozlar.

OIV infeksiyasining JSST klassifikatsiyasi

I klinik bosqich:

1) klinik alomatlarsiz kechish fazasi:

2) generalizatsiyalangan limfadenopatiya.

Bu bosqichda bemorlar har kungi me'yordagi faolligi darajasini saqlab qoladilar. funksional imkoniyatlari cheklanmagan.

II klinik bosqich:

– tana vaznining dastlabki og'irligidan 10 % dan kam bo'lgan miqdorda pasayishi;

– teri va shilliq qavatlarning yengilroq kasallanishi (seboreyali dermatit, tirnoqlarning zamburug'lar bilan zararlanishi, qaytalanuvchi aftoz stomatit, angular xeylit, qichishish bilan kechadigan dermatozlar);

– oxirgi 5 yillikdagi o'rab oluvchi temiratki;

– yuqori nafas yo'llarining qaytalanuvchi infeksiyasi (bakterial sinusit).

Bu bosqichda 2-darajali funksional imkoniyatlar kuzatiladi: kasalliklar bo'lsada, kundalik faolligini yo'qotmaydi.

III klinik bosqich:

– tana vaznining dastlabki og'irligidan 10 % dan ortiq bo'lgan miqdorda pasayishi;

– 1 oydan ortiq vaqt davom etayotgan sababsiz (etiologiyasi noma'lum) diareya;

– 1 oydan ortiq davom etayotgan etiologiyasi noma'lum doimiy yoki qaytalanuvchi haroratning ko'tarilishi (isitma);

– og'iz shilliq pardasi kandidozi;

– og'izda tukli leykoplakiya;

– o'pka sili;

– og'ir bakterial infeksiyalar (pnevmoniya, yiringli miozit).

Bu bosqichda funksional imkoniyatlar 3-darajalidir: bemor oxirgi oyda kunduzgi vaqtining 50 % dan kamini to'shakda yotib o'tkazgan.

IV klinik bosqich:

- OIV kaxeksiyasi;
- pnevmosistali pnevmoniya;
- serebral toksoplazmoz;
- 1 oydan ortiq vaqt ich ketishi bilan davom etayotgan kriptosporidiaz;
- oʻpkadan tashqari kriptokokkoz;
- jigar, taloq, limfa tugunlaridan boshqa har qanday aʼzoni zararlagan sitomegalovirusli infeksiya;
- oddiy uchuq virusi tomonidan chaqirilgan ichki aʼzolar zararlanishi yoki teri va shilliq qavatlarning surunkali (loydan ortiq) zararlanishi:
- progressiyalovchi multifokal leykoensefalopatiya;
- har qanday endemik mikozning disseminatsiyaga uchrashi;
- qiziloʻngach, traxeya, bronxlar yoki oʻpkaning kandidozi;
- atipik mikobakteriyalar tomonidan chaqirilgan disseminatsiyalangan infeksiya:
- salmonellezli septitsemiya (tifdan boshqa);
- oʻpkadan tashqari aʼzolar sili;
- limfoma;
- Kaposhi sarkomasi;
- OIV ensefalopatiyasi.

Oʻzbekistonda JSST klassifikatsiyasi qabul qilingan boʻlib, bu holat OʻzR SSVning 480-buyrugʻida oʻz ifodasini topgan (2-jadval).

2- jadval

Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining 2007- yil 30- oktabrdagi 480-sonli buyrugʻidan

Katta yoshdagilar va oʻsmirlarda	Bolalarda
Oʻtkir OIV infeksiyasi 1. Belgisiz kechishi 2. Oʻtkir harorat bilan kechishi (oʻtkir retrovirusli sindrom)	Keltirilmagan

<p>I klinik bosqich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belgisiz 2. tarqalgan (2 tadan ortiq guruh), per-sistirlovchi limfoadenopatiya 	<p>I klinik bosqich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. katta yoshdagilarga o'xshash 2. katta yoshdagilarga o'xshash
<p>II. 2-klinik bosqich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Angular xeylit 2. Og'iz bo'shlig'ini shilliq qavatini qaytalanuvchi yarasi (6 oy davomida 2 va undan ko'proq qaytalanish) 3. Yuqori nafas yo'llarining qaytalanuvchi infeksiyasi. 4. O'rab oluvchi temiratki 5. Onixomikozlar 6. Qichishish bilan kechuvchi papulez toshma. 7. Seboreyali dermatit (bolalarda yo'q). 	<p>II. 2-klinik bosqich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. katta yoshdagilarga o'xshash 2. katta yoshdagilarga o'xshash 3. katta yoshdagilarga o'xshash 4. katta yoshdagilarga o'xshash 5. katta yoshdagilarga o'xshash 6. katta yoshdagilarga o'xshash 7. gepatosplenomegaliya 8. Yuqumchil molluska 9. Quloq oldi so'lak bezlarining kattalashishi 10. Belgisiz limfoidli katar
<p>III. 3-klinik bosqich:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Noma'lum sababli 1 oydan uzoq kechuvchi diareya. 2. Qaytalanuvchi kandidozli stomatit 3. Og'ir kechuvchi bakterial infeksiya 4. O'tkir yarali-nekrotik stomatit, gingivit, periodontit. 5. Og'iz bo'shlig'ining leykoplakiyasi (Epshteyn-Barr virusi) 	<p>III. 3-klinik bosqich</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. katta yoshdagilarga o'xshash 2. katta yoshdagilarga o'xshash 3. katta yoshdagilarga o'xshash 4. katta yoshdagilarga o'xshash 5. katta yoshdagilarga o'xshash 6. Sababsiz ozg'in bo'lishi. (ovqatlanishning buzilishi) 7. 1 oydan ko'proq davom etuvchi harorat, vaqti-vaqti bilan qaytalanuvchi. 8. Milkarning giperplaziyasi (chiziqli) 9. Kondilomalar 10. Yuqumchil molluska (o'ta katta-baxaybat) 11. O'pkaning surunkali jarohatlanishi (OIV infeksiyasi bilan bog'liq) 12. Klinik jihatdan aniq ko'ringan limfoidli interstitsial zotiljam.

	<p>13. Noma'lum anemiya (Gemoglobin < 8 g %) yoki neytropeniya 1 oydan ko'proq.</p> <p>14. Noma'lum trombotsito-peniya (< 50000)</p>
<p>IV. 4-bosqich</p> <p>1. O'pkadan tashqari sil kasalligi.</p> <p>2. Sababsiz ozib ketish (6 oy davomida 10% ortiqroq)</p> <p>3. Kaxeksiya</p> <p>4. Og'ir. qaytalanish bilan kechuvchi bakterial infeksiya</p> <p>5. TSMV retinit</p> <p>6. 1 oy davom etuvchi oddiy herpes (surunkali yoki persistirlovchi kechuvchi).</p> <p>7. Ensefalopatiya</p> <p>8. Kardiomiopatiya, nefropatiya (OIV infeksiyasi tufayli)</p> <p>9. To'xtovsiz kechuvchi multifokal leykoensefalopatiya</p> <p>10. Kaposi sarkomasi</p> <p>11. Toksoplazmoz.</p> <p>12. Disseminatsiyalangan kechuvchi zamburug' kasalligi</p> <p>13. Kriptosporidiaz</p> <p>14. Kriptokokkli meningit</p> <p>15. Atipik mikobakteriyalar tomonidan chaqirilgan disseminatsiyalangan infeksiya.</p> <p>16. O'pkaning sil kasalligi (bolalarda yo'q).</p> <p>17. Pnevmosistali zotiljam bolalarda yo'q</p>	<p>IV. 4-bosqich</p> <p>1. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>2. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>3. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>4. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>5. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>6. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>7. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>8. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>9. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>10. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>11. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>12. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>13. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>14. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>15. katta yoshdagilarga o'xshash</p> <p>16. Endemik disseminatsiyalangan mikroplar (masalan, gistoplazmoz, koksidioz va boshqalar.</p> <p>17. Izosporiaz</p> <p>18. Vistseral gerness</p> <p>19. Orttirilgan yo'g'on ichak oqma yarasi</p> <p>20. Markaziy asab tizimi (bosh miya) limfomasi</p> <p>21. Leyomiosarkoma</p>

V. I. Pokrovskiy klassifikatsiyasi

1. Inkubatsiya bosqichi:

Kasallik yuqqandan boshlab, oʻtkir harorat fazasigacha.

2. Birlamchi alomatlar bosqichi:

A) Oʻtkir harorat (isitma) fazasi.

B) Klinik alomatlarsiz fazasi.

D) Persistirlovchi generalizatsiyalangan limfadenopatiya.

3. Ikkilamchi kasalliklar bosqichi:

A) Tana vaznining 10 % dan kam yoʻqotilishi (pasayishi):

– teri va shilliq qavatlarining yuzaki zamburugʻi, bakterial va virusli infeksiyalari;

– oʻrab oluvchi temiratki;

– qaytalanuvchi faringit va sinusitlar.

B) Tana vaznining progressiv ravishda 10 % dan ortiq yoʻqotilishi (pasayishi):

– sababi nomaʼlum diareya;

– loydan ortiq vaqt mobaynida isitma chiqishi (harorat koʻtarilishi):

– tukli leykoplakiya;

– oʻpka sili;

– teri va shilliq qavatlarining chuqur, qaytalanuvchi yoki turgʻun bakterial, virusli, zamburugʻli, protozoyli infeksiyalari yoki ichki aʼzolarining yuqoridagilar bilan disseminatsiyasiz zararlanishi;

– qaytalangan yoki disseminatsiyalangan oʻrab oluvchi temiratki:

– cheklangan Kaposhi sarkomasi.

D) Generalizatsiyalangan bakterial, virusli, zamburugʻli, protozoy va parazitlar kasalliklar:

– pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya;

– qiziloʻngach kandidozi;

– atipik mikobakterioz;

– oʻpkadan boshqa aʼzolar sili;

- kaxeksiya;
- disseminatsiyalangan Kaposhi sarkomasi, markaziy asab tizimining har xil etiologiyali kasalliklari.

Terminal bosqich (sof OITS):

- A) Teri shakli.
- B) O'pka shakli.
- D) Oshqozon-ichak tizimi shakli.
- E) Haroratli shakli.
- F) Asab tizimi shakli.

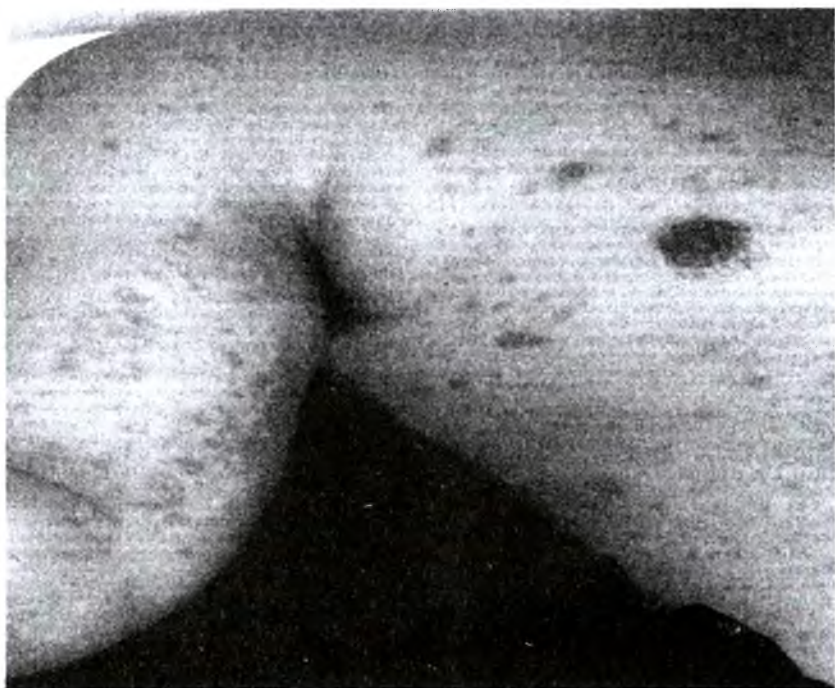
Yuqorida keltirilgan klassifikatsiyalardan ko'rinib turibdiki, ular orasida katta tafovut yo'q, faqat ayrim holatlar bo'yicha biroz farq qiladi. xolos.

Kasallikning inkubatsion davri, ilgari ta'kidlab o'tilganidek 2 haftadan 8 haftagacha. o'rtacha 3–6 hafta davom etadi. ammo bu davr cho'zilishi ham, qisqarishi ham mumkin. JSSTning OIV infeksiyasi bo'yicha yetakchi mutaxassisleri J. Chin va J. Mannlarning e'tirof etishlaricha, bu davr 10 yilgacha davom etishi mumkin. Laboratoriya tekshirishlari natijasida aniqlandiki, T_4 -limfotsitlar kulturasiga viruslar bilan zararlangan material qo'shilganda hujayra sitoplazmasida 2 soatdan keyin Southern blot. usulida tekshirilganda virusning chiziqli joylashgan DNKsi aniqlangan. ya'ni virus shu vaqt ichida hujayra ichiga kirib. qobig'idan chiqib RNK genomini qaytalama transkriptaza qilib DNK hosil qilgan. OIVning CD4 retseptoriga ega bo'lgan T_4 -limfotsit hujayrasi ichiga kirish jarayonining biokimyo mexanizmi shundan iboratki, CD4 molekulasiga unga OIV retsepsiya qilgach fosforlanish jarayoni kuzatiladi. Bu jarayon hujayraning proteinkinaza C fermenti tomonidan katalizlanadi. OIVning retsepsiya uchun CD4 molekulasini o'zi uchun maxsus retseptor sifatida tanlashining sababi shundaki, virus qobig'idagi gp120 oqsili CD4 molekulasiga bilan bevosita bog'lanish xususiyatiga ega. bu spetsifikdir. Virusning gp120 oqsili hujayraning CD4 retseptori bilan bog'langach. CD4 molekulasining sitoplazmatik uchastkasida tezda fosforlanish kuzatiladi, bu jarayon hujayra pro-

teinkinazasi bilan katalizlanadi. 2 soatdan keyin hujayra sitoplazmasida chiziqli shakldagi provirus DNKsi aniqlanadi. 6 soatdan keyin esa virus DNKsining halqasimon shakli aniqlanadi, ya'ni virus genomining hujayra genomiga integratsiyasi yakunlanadi. Shu vaqtdan boshlab infeksiyaning latent bosqichi boshlanadi. Virus o'z antigenlari bilan hozircha immun tizimini «qitiqlamaydi», demak, virusga nisbatan maxsus antitela ishlab chiqarish ko'rinishidagi immun javob yo'q va sensibilizatsiyalangan limfotsitlar yo'q. Yuqorida aytilgan latent infeksiya tushunchasi faqatgina alohida olingan bitta hujayra uchun tegishli, butun organizm uchun emas. Organizm uchun infeksiyaning bu davri «inkubatsion» davr deb ataladi. Organizm miqyosida ko'pgina omillar ta'sir qilib, virusning latent genomini faollashtirib, viruslar ekspressiyasiga olib kelishi mumkin. Bunday omillar bo'lib boshqa viruslar va bakterial infeksiyalar, glukokortikoid gormonlarning miqdorining ortishi, gipertermiya, ultrabinafsha nurlari va boshqalar hisoblanadi.

Inkubatsion davr o'tgach, kasallikning o'tkir infeksiya fazasi (yoki o'tkir isitma fazasi, o'tkir OIV infeksiyasi, serokonversion sindrom, mononukleazsimon sindrom) boshlanadi. Bu bosqichning davomiyligi 3–4 kundan 1 oygacha, o'rtacha 2–3 hafta, keyin esa kasallik spontan ravishda (ya'ni o'z-o'zidan) regressga uchraydi. Bu bosqichning klinik alomatlarini turli xil bo'lib, dastlab bosh og'ri-shi, o'zini noxush sezish, uyqusirash, umumiy holsizlik, ko'p terlash, mialgiya, artralgiya, haroratning ko'tarilishi, tomoqda og'riq, angina, faringit, limfadenopatiya, gepatolienal sindrom (ayniqsa, yosh bolalarda), diareya kuzatiladi. Bemorlarni ichakning sanchib og'ri-shi, qayt qilish, ich ketishi, ensa sohasidagi muskullarning tortilishi (rigidligi), yorug'likka qaray olmaslik kabilar ham bezovta qilishi mumkin. Harorat ko'tarilgandan 2–3 kun o'tgach, terida va shilliq qavatlarda toshmalar paydo bo'ladi, bu toshmalar bemorni bezovta qilmaydi va 5–8 kundan keyin o'tib ketadi. Eng ko'p uchraydigan toshmalar bu qizamiqsimon makulez va papulez toshmalar bo'lib, ularning diametri o'lchami 1 sm gacha, pushti-qizil

rangda, bir-birlari bilan qoʻshilmaydi. Bu toshmalarning eng koʻp uchraydigan sohalari: boʻyinda va koʻkrak qafasining yuqori qismida – 100 % hollarda uchraydi, yuzda – 60 %, qoʻllarda – 40 %, sonda va boshning sochli qismida – 20 % hollarda uchraydi. Yana olatning bosh qismida, yorgʻoq xaltasida, perianal sohada, ogʻiz shilliq qavatida yaralar paydo boʻladi. Baʼzan esa torvoq, vezikula, pustula kabi elementlar ham paydo boʻladi (11-rasm).



11-rasm. Oʻtkir isitma fazasi.

Shilliq qavatlarda: faringit, qattiq va yumshoq tanglayda nuqtasimon qizil toshmalar, bodomcha bezlarida, tanglayda, lunj sohasida diametri 5–10 mm ga teng boʻlgan, dumaloq yoki oval shakldagi, yuzaki, usti oqish karash bilan qoplangan, atrofida giperemiya hoshiyasi mavjud boʻlgan yaralar paydo boʻladi. Ulardan tashqari,

orqa peshov va to'g'ri ichakda ham yaralar paydo bo'ladi. Limfa tugunlari kattalashgan. Ba'zan meningeal alomatlar va epileptik xurujga o'xshash belgilar kuzatiladi.

Keyin infeksiyaning alomatsiz latent bosqichi yoki virus tashuvchanlik bosqichi yuzaga chiqadi. Kasallikning bu davri 10 yil va hatto undan ortiq vaqt davom etishi ham mumkin. Bu davrda bemorni hech narsa bezovta qilmaydi, hech qanday kasallik alomatlari yo'q, faqatgina qonni maxsus usullar bilan tekshirilganda, OIV infeksiyasiga chalinganligi aniqlanadi.

Undan keyingi bosqich ***motivatsiyasiz prolongatsiyali generalizatsiyalangan limfadenopatiya bosqichi*** deb ataladi, bu bosqich OIV infeksiyasida qonuniy ravishda kelib chiqadi, eng kamida 90 % bemorlarda kuzatiladi. Bu bosqichda chov sohasidan boshqa 2 ta va undan ortiq sohalardagi limfa tugunlari eng kamida 3 oy va undan ortiq muddatga kattalashadi. Kattalashgan limfa tugunlarining diametri 0.5 sm dan 2 sm gacha, ba'zan esa 4–5 sm gacha yetadi, ularning konsistensiyasi zich-elastik, bir-birlari bilan qo'shil-magan (har biri alohida joylashgan), harakatchan (ya'ni palpatsiya qilinganida ular barmoq ostidan sirg'anib chiqib ketadi), og'riqsiz, tugunlar ustidagi teri o'zgarmagan. Agar limfa tugunlari mikobakteriyalar bilan zararlansa yoki yomon sifatli o'smalar (Kaposhi Sarkomasi) rivojlansa, unda og'riq paydo bo'ladi va limfa tugunlari bir-birlari bilan qo'shilib ketadi (yopishadi).

Limfadenopatiya bosqichi boshlangandan 1.5–3 yil o'tgach, kasallikning navbatdagi bosqichi – ikkilamchi kasalliklar davri boshlanadi. Bu bosqichni OITS assotsiatsiyalangan kompleks deb ham ataydilar. Bu davr ikkilamchi kasalliklar qo'shilishi va har xil a'zolarining zararlanishi oqibatida kelib chiqadi. Bu davrda OIV/OITSning klinik belgilarining asosini opportunistik infeksiyalar va yomon sifatli o'smalar tashkil qiladi. Opportunistik infeksiya (OI) deb, normal sharoitlarda odamda kasallik chaqira olmaydigan, ammo immunitet pasayib ketganda (ya'ni immunosupressiyada) patogenga aylanib, har xil kasalliklar chaqiruvchi shartli patogen

infeksiyalarga aytiladi. Bu infeksiyalar tomonidan chaqirilgan kasalliklarni OITS indikatorli kasalliklar deb ham ataladi. Barcha OI larni 4 guruhga ajratish mumkin:

1. Zamburugʻli infeksiyalar.
2. Virusli infeksiyalar.
3. Bakterial infeksiyalar.
4. Protozoilyli infeksiyalar.

Yuqorida koʻrsatilgan OIlardan tashqari. OIV infeksiyasida yana odatdagi patogen infeksiyon agentlar hamda shu region uchun xos boʻlgan endemik infeksiyalar ham kasallik chaqiradi. Kasallikning bu davri bosh ogʻrishi, kamquvvatlik, oʻzini noxush sezish, tezda charchash, koʻp terlash, haroratning koʻtarilishi, yoʻtal, mialgiya, artralgiya, ishtahaning pasayishi, ich ketishi, tana vaznining kamayishi, qon tomirlarida oʻzgarishlar, ikkilamchi infeksiyalar, oʻsmalar va boshqa qator kasalliklar bilan boshlanadi. Vaqt oʻtishi bilan xastalikning klinik belgilari kuchayib boradi va kechishi ogʻirlashadi. Bu davrda teri va shilliq qavatlarining zararlanishi alohida ahamiyatga ega, chunki kasallikning erta bosqichlaridanoq terida eng kamida 2,5 ta kasallik belgisi (simptomi) kuzatilsa, keyinchalik bu belgilar ortib borib, 4 tagacha yetadi. Eng koʻp ahamiyatga moliklari zamburugʻli kasalliklar (ayniqsa, kandidoz), virusli kasalliklar, piodermitlar, seboreyali dermatit kabilardir.

Zamburugʻli infeksiyalar

Ikkilamchi kasalliklar va OI ichida eng asosiylaridan biri hisoblanadi, chunki zamburugʻli infeksiyalar bu davrda juda koʻp uchraydi va ogʻir kechadi. 10 dan ortiq har xil mikozlar ichida kandidozli ezofagit, kriptokokkoz, koksidioidomikoz va gistoplazmoz OITS indikatorli kasalliklar toifasiga kiradi va ularning maʼlum klinik shakllari OIV infeksiyasining bosqichlarini aniqlashda

muhim hisoblanadi. CDC ekspertlari 1993- yili quyidagi mikozlarni OIV infeksiyasi bilan bogʻliq deb hisobladilar:

- orofaringeal kandidoz;
- persistirlovchi, tez-tez qaytalanuvchi yoki davolashga chidamli (davolash qiyin boʻlgan) kandidozli vulvovaginit;
- traxeya, bronxlar va oʻpkaning kandidozi;
- qiziloʻngachning kandidozi;
- tarqoq yoki oʻpkadan boshqa aʼzolarni zararlagan koksidioidomikoz;
- oʻpkadan tashqari aʼzolarni zararlagan kriptokokkoz;
- tarqoq va oʻpkadan boshqa aʼzolarni zararlagan gistoplazmoz.

Yuqorida koʻrsatilgan mikozlarning rivojlanishi OIV infeksiyasining progressiyasidan (kuchayib borayotganidan), alomatlarsiz (latent) davridan klinik jihatdan namoyon boʻluvchi davriga oʻtganligidan dalolat beradi. Gistoplazmoz va koksidioidomikoz endemik kasalliklarga kiradi, bizning regionda qariyb uchramaydi, shuning uchun bizning sharoitimizda ahamiyati yuqori emas. Bizning sharoitda eng ahamiyatga molik mikoz bu kandidozdir. Mikozlar ichida **kandidoz** eng koʻp uchraydigan ikkilamchi infeksiyadir. Qariyb barcha bemorlarda (OITS bosqichidagi bemorlarning 90 %dan ortigʻida) kandidozning u yoki bu koʻrinishdagi shaklini aniqlash mumkin. Immun tanqisligi ortib borgani sari kandidoz rivojlanish xavfi ham ortib boraveradi. Quyidagi tablitsada OIV infeksiyasi bilan ogʻrigan bemorlarda CD4 hujayralar miqdoriga bogʻliq holda kandidozning uchrashi keltirilgan.

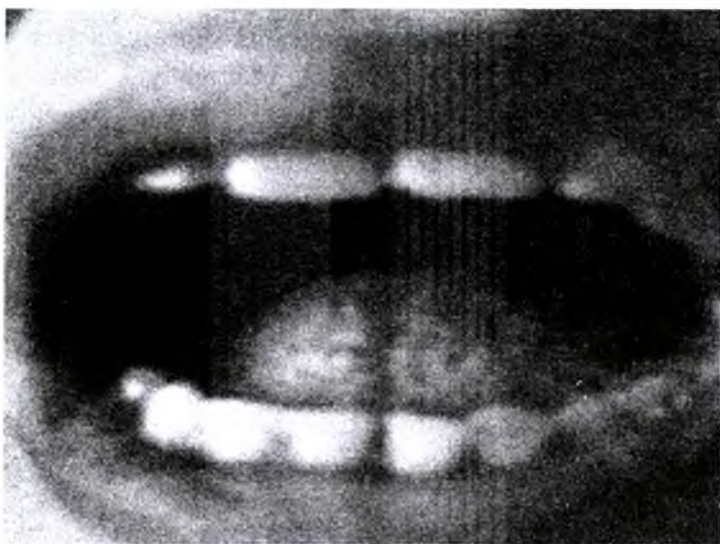
Orofaringeal kandidozda bemorlar tomoq sohasidagi ogʻriqqa, yutinishning qiyinlashuviga, tomoqda qichishishga, ogʻizning quruqshashi va achishishiga shikoyat qiladilar. Kasallik oʻchogʻi tilda – 64 %, qattiq tanglayda – 19 %, yumshoq tanglayda – 17 %, halqumda – 16 %, lunjda – 16 %, lablarning burchagida – 14 % joylashadi, demak, koʻpincha bir vaqtning oʻzida bir necha soha zararlanadi. Terining burmalari kandidozi OIV infeksiyasida kamroq uchraydi. Agar paydo boʻlsa, perianal va chov sohalarida joylashadi (3-jadval).

Mikozning klinik shakli	Qondagi CD4 hujayraning miqdoriga qarab bemorlar soni (% da)		
	CD4 > 500/ mkl	500/mkl > CD4 > > 200 mkl	CD4 < 200 mkl
Orofaringeal kandidoz	26.7	62.1	94.7
Kandidozli ezofagit	5.6	45	21.1
Teri kandidozi	4.4	8.6	26.3
Kandidozli vulvovaginit	2.8	–	2.6
Traxeya, bronxlar, o'pka, ichaklar kandidozi, kandidozli meningit, disseminatsiyalangan kandidoz	2.2	6.9	26.3

Orofaringeal kandidozning 4 xil klinik shakli tafovut qilina- di: psevdomembranali (molochnitsa), kandidozli leykoplakiya – giperplastik kandidoz, atrofik kandidoz, kandidozli xeylit (lab bichilishi). OIV infeksiyasida kelgan kandidoz uchun bemorlarning nisbatan yoshligi, ayniqsa, erkaklarda ko'p uchrashi, bir vaqtning o'zida og'iz shilliq pardasi va jinsiy a'zolar sohalarining zararlanishi, katta-katta sohalarning qamrab olinishi, og'riq bezovta qilishi, eroziyalar hosil qilishga moyilligi va nihoyat yaraga aylanishi (ultseratsiya). Klinik alomatlaridan: shilliq qavatning qizari- shi, karash bilan qoplanishi, eroziyalar hosil bo'lishi, nuqtasimon qon quyilishi, enantemalar, tilning so'rg'ichlarining tekkislanishi, og'iz burchaklarining bichilishi, tilning shishi, leykoplakiya kabi- lar kuzatiladi. Kandidozning klinik shakllaridan eritematoz turi eng ko'p uchraydi, undan keyin psevdomembranoz turi, angular xeylit, giperplastik-eroziv, atrofik turi va yana ko'p uchraydigani kandidozli glossitdir. Eritematoz turida og'iz shilliq pardasi kuchli qizaradi, shishinqiragan, suvli va yumshoq holga keladi, bunday hol kasallikning boshlanish davrining alomatidir. Keyincha kasal- lik o'chog'larida har xil ko'rinishdagi va o'lchamdagi karashlar paydo bo'ladi. Karashlarning rangi oq, oqish, krem rangida bo'li- shi mumkin. Dastlab paydo bo'lganida ularning ko'rinishi uyib,

qotib qolgan sutni eslatadi, shuning uchun «molochnitsa» deb ataladi, ular shilliq qavatlarni qoplab turadi. Bu karashlarni dastlabki davrlarda oson ko'chirib olish mumkin, ammo vaqt o'tishi bilan, kasallik uzoq vaqt davom etganida ular kirlangansimon rangini o'zgartiradi, kulrang tusga kiradi, zichlashadi, joylashgan sohada juda mustahkam o'rtnashib oladi, yopishib ketadi, shuning uchun ularni endi ko'chirib olish mushkul. Bu esa kandidozli leykoplakiya yuzaga chiqqanligini bildiradi. Karashning yuzasi silliq, yaltiroq tusga kiradi, konsistensiyasi zichlashadi. Ba'zan ular plastinkasimon ko'rinishda, ba'zan esa suzmasimon yoki donadorga o'xshash bo'ladi. Kasallik o'chog'larida eroziyalar hosil bo'lib, ular oqish rangdagi hoshiya bilan o'ralgan bo'ladi.

Umuman, kandidozli glossit tilning ustki o'rta qismida (belida) karash hosil bo'lishidan boshlanadi, keyinchalik tilning shishi kuzatiladi, tilning yonbosh qismiga tishlarning izi chiqib qoladi, til so'rg'ichlari ayrim sohalarda yoki butun til yuzasida atrofiyaga uchraydi va til «loklangan» ko'rinishda bo'ladi (12-rasm).



12-rasm. Kandidoz.

Tilning rangi qizil-qizil, malinasimon, yuzasi yaltiroq, ipsimon so'rg'ichlari silliqlashadi. ayrim hollarda «geografik xarita» ko'rinishida. Ko'pincha angular xeylit bilan birga keladi, bunda og'iz burchaklarida giperemiya, matseratsiya, eroziya va yoriqlar paydo bo'ladi. matseratsiyaga uchrab, ko'pchigan muguz qavat bilan yoqa kabi o'ralib turadi. Bir vaqtning o'zida kandidozli stomatit (milknlarning zararlanishi) ham kuzatilishi mumkin.

Giperplastik kandidozda (kandidozli leykoplakiya) shilliq qavat hujayralarining giperplaziyasi kuzatiladi (bu kasallikning uzoq vaqt davom etishi hisobiga kelib chiqadi). bunda oq karash shilliq qavatga zich yopishib ketgan bo'ladi. Keyinchalik shilliq qavatda atrofiya rivojlanishi mumkin (13-rasm).



13-rasm. Kandidoz.

OIV infeksiyasida orofaringeal kandidoz uchun xos bo'lgan belgilardan biri uning tez-tez qaytalanishidir. Antimikotik davoni to'xtatilgandan keyin, kasallik bir necha kundan bir necha oyga

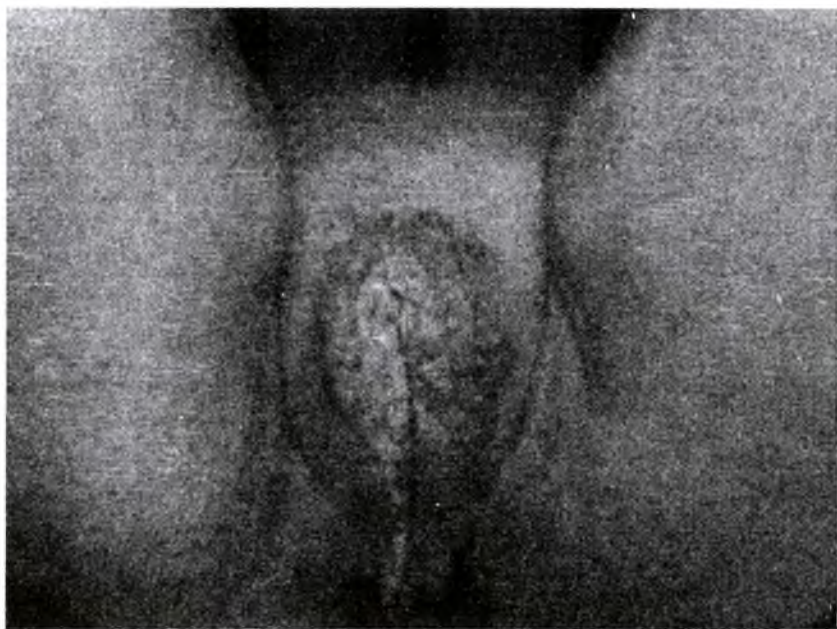
cha (6 oy) bo'lgan vaqt ichida yana qaytalanadi va borgan sari ko'proq sohani qamrab olishi va kechishi og'irroq o'tishi kuzatiladi va traxeyalar, bronxlar, o'pka va qizilo'ngach kandidozi kabilar yuzaga chiqishi mumkin. Qizilo'ngach kandidozining (kandidozli ezofagit) har xil patologik holatlar bilan birga kelishi kuzatiladi. Bular gerpetik infeksiyalar, sitomegalovirusli infeksiyalar, teri kandidozi, limfadenopatiya, o'pka sili, OIV ensefalopatiya, bronxlar va o'pkaning yallig'lanish kasalliklari, kriptokokkoz va boshqalardir. Bemorlarda subyektiv xissiyotlardan ko'krak orqasida og'riq, qizilo'ngachdan ovqat o'tishining qiyinlashuvi, achishish, ko'krakning orqasida noxushlik sezish, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi kuzatiladi.

Fibroezofagogastroduodenoskopiyada qizilo'ngach shilliq qavatida oq karash aniqlanadi, uning o'lchami nuqtasimondan to massiv ko'rinishgacha bo'ladi. Kataral, kataral-eroziyali, kataral-yarali o'zgarishlar kuzatiladi. Ezofagit alomatlari ba'zan qizilo'ngachning yuqorigi 1/3 qismida kuzatilsa, ba'zan esa qizilo'ngachni boshidan oxirigacha (total) qamrab olgan bo'ladi. Rentgen kontrast usulida tekshirilganda hech qanday o'zgarish aniqlanmaydi.

Hiqildoq va traxeyalarning kandidozi ko'pincha nim o'tkir kechadi: bemorlarni oz-moz yo'tal bezovta qiladi, bunda oz miqdorda shilimshiq balg'am chiqishi mumkin, ovozning xirillab qolishi kuzatiladi. Endoskopiyada kandidoz belgilari aniqlanadi: shilliq qavatning qizarishi va shishi, ularning yuzasi oson ko'chirib olish mumkin bo'lgan oqish karash bilan qoplangan. O'pkaning kandidozi ko'pincha boshqa kasalliklar – o'pka sili, kriptokokkoz, interstitsial pnevmoniya, pnevmosistali pnevmoniya kabilar bilan birga keladi. Bemorlarning umumiy ahvoli o'ta og'ir bo'ladi, intoksikatsiya va ozg'inlik alomatlari ustuvor turadi. Tana harorati febril darajada ko'tariladi, kuchli bo'lmagan yo'tal bezovta qiladi, balg'am shilliq yoki shilliq-yiringli bo'ladi, o'pkada quruq va nam xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik manzarasi har xil: cheklangan sohalarida infiltrat kuzatilishidan to diffuz mayda o'chog'li zarar-

lanishgacha. Ammo bu rentgen manzaraning qaysi biri kandidoz tufayli va qaysinisi boshqa patologiyalar hisobiga paydo bo'lganini aniqlash mumkin emas. Kandidoz tashxisi davolash samara berganligiga qarab aniqlanishi mumkin.

OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda kandidozli vulvovaginit boshqalarga nisbatan ko'proq uchraydi va, albatta, retsidivlovchi kechadi (14-rasm).



14-rasm. Kandidozli vulvovaginit.

Bolalarda tirnoqlar kandidozi va tirnoq atrofidagi valikning kandidozi (kandidozli onixiya va paronoxiya) ko'p uchraydi, shuningdek, bolalarda total distrofik onixomikoz ham kuzatiladi.

Kriptokokkoz infeksiyasi OIV infeksiyasida ko'p uchrashi bo'yicha kandidozdan keyingi o'rinda turadi. ammo turli regionlarda u bir xil tarqalmagan: Yevropada 2–4 % kuzatilsa, Rossiya-

da 17 % gacha. Afrikada 20–30 %, AQSHda esa 6–9 % dan 30 % gachani tashkil qiladi. Kasallikning qoʻzgʻatuvchisi kapsula hosil qiluvchi achitqisimon zamburugʻ hisoblanadi. Uning 4 xil turi tafovut qilinadi: *Cryptococcus neoformans*, *Cryptococcus albidus*, *Cryptococcus laurentii*, *Cryptococcus curvatus*. Odamlarda kasallikni, asosan, *Cryptococcus neoformans* chaqiradi. Infeksiyaning organizmga kirish joyi boʻlib oʻpka hisoblanadi, nafas olganda havo bilan birgalikda zamburugʻning tuproqda mavjud boʻlgan sporalari oʻpkaga tushadi, shuning uchun oʻpka kriptokokkoz bilan eng koʻp zararlantuvchi aʼzo hisoblanadi.

Oʻpkaning kriptokokkozi yashirin kechadi yoki nospetsifik pnevmoniya koʻrinishida boʻladi, shuning uchun klinitsistlar tomonidan juda kam hollarda tashxisi aniqlanadi. Kriptokokkozning aniqlash imkoyati yuqori boʻlgan klinik shakli, bu meningit yoki ensefalitdir. Qiziqarli tomoni shundaki, markaziy asab tizimida kriptokokkoz rivojlangan paytda, oʻpkadagi kasallik oʻchogʻi soʻrilib ketgan boʻladi. Kriptokokklar tomonidan chaqirilganda meningitning asosiy alomatlari hisoblanadigan bosh ogʻrigʻi, gipertermiya, miya pardalarining taʼsirlanish (qitiqlanish) simptomlari faqat 50 % bemorlardagina kuzatiladi.

Koʻpgina bemorlarda nospetsifik alomatlar: darmonsizlik, tana vaznining kamayishi, haroratning biroz koʻtarilishi kabilar kuzatiladi. Agar bemorda bosh ogʻrishi kuzatilsa, asosan, peshona va tepa sohalarida ogʻriqqa shikoyat qiladilar, uning kuchi (intensivligi) ham har xil boʻladi. Baʼzan bosh ogʻrishi toʻlqinsimon ravishda, bir necha oy mobaynida kuchayib boradi. Agar bemorda sinusit, gaymorit, xafaqon kasalligi kabilar boʻlsa, bosh ogʻrishiga sabab qaysinisi ekanligini farqlab olish qiyin, bemor buni mutlaqo ajrata olmaydi. Gipertermiya, asosan, subfebril haroratdan to 39°C gacha koʻtarilishi mumkin. Agar bemorda boshqa infeksiyon kasalliklar ham kuzatilsa, haroratning koʻtarilishiga sabab qaysinisi ekanligini farqlash mushkul. Kriptokokklar tomonidan chaqirilgan meningitning eng asosiy alomatlaridan biri meningeal simptomlarning man-

fiyolidadir, juda kam hollardagina ular musbat natija beradi. Bir vaqtning o'zida bemorlarda ruhiy buzilishlar, shaxsiy xususiyatlarining o'zgarishi, xotiraning pasayishi, tormozlanish holati, hatto ki chuqur ensefalopatiya belgilari kuzatiladi. Kasallikning ko'p uchraydigan belgilaridan biri terida papulo-pustulez toshmalar paydo bo'lishidir. kasallik kuchayganda toshmalar ham ko'payadi. kasallik regressga uchrasa toshmalar ham yo'qoladi. 10–15 % bemorlarda terida – yuz va boshning sochli qismida yuqumchil moluskani eslatuvchi toshmalar toshishi kuzatiladi. Bulardan tashqari tugunlar, pustulalar, yaralar, abscesslar, papuloskvamoz toshmalar paydo bo'lishi mumkin. Tashxis qo'yish uchun orqa miya suyuqligini kriptokokklarga tekshiriladi (mikroskopik va kultural). qon zardobida kriptokokklarga qarshi antitanachalar borligi tekshiriladi, bosh miyani kompyuterli tomografiya usulida tekshirish o'tkaziladi.

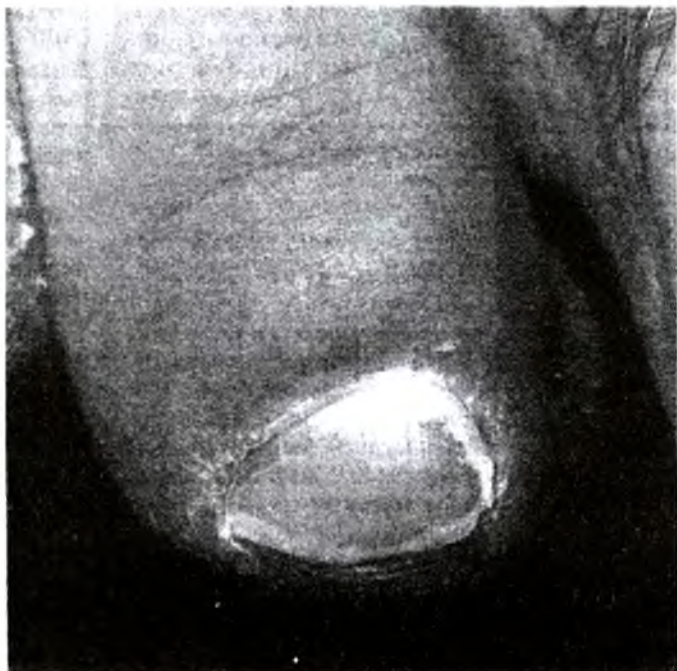
Disseminatsiyalangan kriptokokkozda bemorlarning ahvoli juda og'ir, sillasi qurigan, ozg'in, gepatomegaliya, splenomegaliya kuzatiladi, buyraklarning funksiyasi buziladi, mikroskopik va kultural tekshirilganda qondan kriptokokklar topiladi.

Gistoplazmoz – bizning sharoitimizda kam uchraydigan, OIV infeksiyasining noodatiy asorati bo'lib, *Histoplasma capsulatum* tomonidan chaqiriladi. Bu qo'zg'atuvchi AQSHning markaziy regionlarida. Karib basseytida. Lotin Amerikasining subtropik zonalarida endemik ravishda tarqalgan. Jarayon disseminatsiyalangan xarakterda bo'ladi, simptomlari nospetsifik: haroratning ko'tarilishi, ozib ketish, tezda charchash, umumiy kamquvvatlik, qorin sohasida og'riq, gepatosplenomegaliya, limfadenopatiya. Kasallik o'pkaning zararlanishi bilan boshlanadi, pnevmoniya bo'lishi mumkin, keyin esa gematogen yo'l bilan shilliq qavatlariga, teriga, jigarga, taloqqa o'tadi. 10 % bemorlarda terida tomchisimon parapsoriazni eslatuvchi toshmalar paydo bo'ladi. Papuloskvamoz, papulonekrotik o'chog'lar, follikulitni eslatuvchi toshmalar, pustulalar, tugunlar kuzatiladi.

Rubrofitiya kasalligi qizil trixofitonlar tomonidan chaqiriladi. OIV infeksiyasiga chalinganlarda rubrofitiya xuddi polimorf erite-

ma. seboreyali dermatit, kaft-tovon keratodermiyasi kabi kechishi mumkin. Kasallik ko'pincha tarqoq holda uchraydi, terining ko'p sohalarini qamrab oladi, eritematoz, eritematoz-skvamoz toshmalar asnosida infiltrat rivojlanib, papulalar ham paydo bo'lishi kuzatiladi, hatto pufakchalar ham rivojlanishi mumkin. Seboreyali dermatitga o'xshab kechganda, boshning sochli qismida, quloq supralari orqasida, peshonada, yuzda, tananing yuqori qismida eritematoz-skvamoz toshmalar, yog'li qaloq-qipiqlar, pustulalar, papulalar hosil bo'ladi. Teri quruqlashgan, unsimon qipiqlar bilan qoplangan bo'ladi, eritema dog'lari uzuq-uzuq holda joylashgan.

Kasallik og'ir kechganda qorinning pastki qismini, kindik, dumba, son sohalarini qamrab oladi. Keratodermiyaga o'xshab kechganda biroz bilinuvchi unsimon qipiqlar hosil bo'lishidan tortib, to kaftlarda va tovonlarda kuchli rivojlangan keratotik massalar paydo bo'lish darajasigacha yetishi mumkin, ko'plab yassi papulalar hosil bo'lishi kuzatiladi. Rubrofitiya kasalligi OIV infeksiyasida kelib chiqqanda, tirnoqlarda onixiya va paronixiyalarning rivojlanishi qonuniy holdir. Bu **proksimal tirnoq osti onixomikozi** deb ham ataladi. Ko'pincha buni qizil trixofitonlar chaqirsada, ba'zan kandidozlar ham sabab bo'lishi mumkin. Bunda tirnoq plastinkasining proksimal qismida sutsimon oq dog' paydo bo'ladi. Kasallik, asosan, oyoq tirnoqlarini zararlaydi, qo'llar tirnoqlarining zararlanishi paronixiyalarning asorati sifatida yuzaga keladi. Infeksiya tirnoq matriksini zararlashi tufayli, tirnoq valigining orqa tomonida oq dog'cha paydo bo'ladi va asta-sekin kattalasha borib, tirnoqning oysimon qismini butunlay qoplab oladi. Bu dog' distal tomonga qarab kattalashishda davom etadi, tirnoq plastinkasining butun ichki yuzasini qoplab oladi. Agar kasallik kandidozlar tomonidan chaqirilgan bo'lsa, tirnoqlar qalinlashadi, tiniqligini yo'qotadi, rangi qo'ng'ir-qora tusga kiradi, ko'ndalang chiziqchalar paydo bo'ladi. Bir vaqtning o'zida tirnoq valigi ham zararlanadi, ular og'riydi, shish kuzatiladi, giperemiya mavjud bo'lib, u yerni bosib ko'rilsa, bir tomchi yiring chiqadi, bosganda og'riq kuchayadi (15-rasm).



15-rasm. Proksimal tirnoq osti onixomikozi.

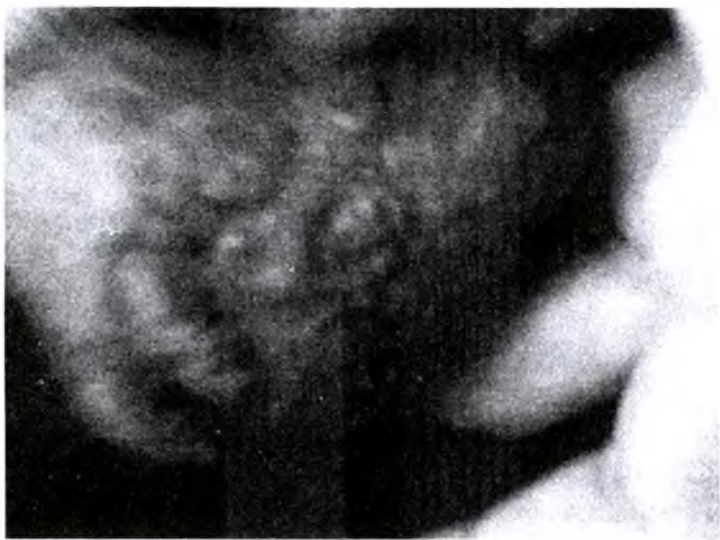
Rang-barang temiratki OIV infeksiyasi bilan birga kelganda paydo bo'lgan dog'larning o'lchamlari katta bo'ladi, tanganing o'lchamigacha bo'lishi mumkin, dog'larning asosida palpatsiyada juda yaxshi bilinuvchi infiltrat hosil bo'ladi, natijada dog'lar pilakchalarga aylanadi. Kasallik tananing katta sohalarini qamrab oladi, dog'lar bir-birlari bilan qo'shilib ketadi, davolashga chidamli bo'ladi, tezda qaytalanadi.

Dermatomikozlar OIV infeksiyasiga chalinganlarda odatdagicha kechishi ham mumkin, ammo ko'pincha atipik kechadi, ko'p uchraydi, bo'yinda, yuzda ko'p o'chog'li joylashib, ko'p shaklli eksudativ eritemani, seboreyali dermatitni, follikulitni eslatib yuboradi, uzoq vaqt davom etadi.

Virusli infeksiyalar

OIV infeksiyasida viruslar tomonidan chaqirilgan kasalliklardan eng ko'p uchraydiganlari herpesvirusli infeksiyalardir.

Oddiy pufakchali temiratki viruslari bilan odatda, 10 yoshgacha bo'lgan bolalarning 90 %i, katta yoshdagilarning esa qariyb barchasi zararlangan (infitsirlangan) hisoblanadi. OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda oddiy pufakchali temiratki (oddiy herpes infeksiyasi) tomonidan chaqirilgan kasallik 70 % bemorlarda uchraydi, shulardan 50 %ida to'xtovsiz qaytalanuvchi klinik shakli, 27 % bemorlarda esa tarqalgan shakli yoki generalizatsiyalangan shakli, 17 % bemorlarda yarali-nekrotik shakli kuzatiladi (16-rasm).



16-rasm. Jinsiy a'zo sohasidagi gerpetik yara.

OIV infeksiyasi bilan bog'liq holda yuzaga kelgan oddiy pufakchali temiratki (gerpetik infeksiya) ko'p sohalarga tarqalgan bo'la-

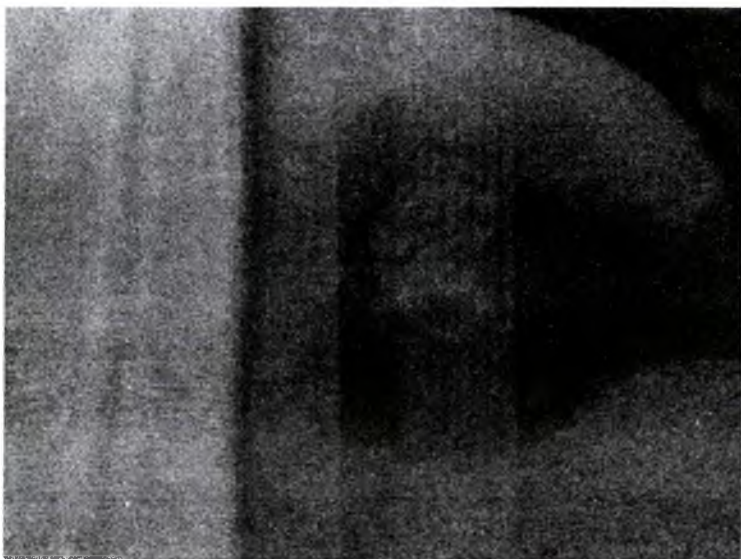
di, tezda-tezda qaytalanib turadi. 1 oydan ortiq vaqt davom etadi. Bunda zararlangan terida yoki shilliq qavatda eritema dog'i, to'p-to'p bo'lib joylashgan ko'p miqdordagi vezikulalar paydo bo'ladi. bemorlarni og'riq, achishish bezovta qiladi. shilliq qavatlarda joylashsa, gipersalivatsiya, ovqat iste'mol qilishning qiyinlashuvi va ovqat yeganda og'riq bezovta qiladi. Jinsiy a'zolar sohasida joylashsa jinsiy aloqa qilish og'riq hisobiga qiyinlashadi, aloqa paytida kuchli og'riq bezovta qiladi. Immun tanqisligi kuchayib borgani sari klinik manzara o'zgaradi (17-rasm).



17-rasm. Jinsiy a'zodagi oddiy herpes.

Epidermisning nekrozi tufayli herpes dastlabki holdayoq eroziyadan boshlanadi, vezikula hosil bo'lmaydi. Davolanmasa yirik eroziyalar bir necha kun ichida nekrozga uchraydi, natijada ular yaraga aylanadilar, yaraning qirg'oqlari biroz ko'tarilgan. Kasallik retsidiv berganida yaralar bir necha haftalab va oylab kattalashib boradi va yirik o'lchamlarni hosil qiladi. Bunday yaralar herpeslar

eng ko'p uchraydigan sohalarda joylashadi: og'iz shilliq pardasida, tomoqda, qazilo'ngachda, jinsiy a'zolar sohasida, perianal sohada, to'g'ri ichakda, oraliqda. Sof OITS bosqichida esa yarali-nekrotik klinik shakli namoyon bo'ladi (JSST klassifikatsiyasi bo'yicha 1-guruh OITS indikatorli kasallik, bunda OITS tashxisini laboratoriya usulida tasdiqlamasdan turiboq qo'yish mumkin). Bunda vezikulalar o'rnida dastlabki davrdanoq yaralar paydo bo'ladi, ular asta-sekin kengayib, kattalasha boradi va diametri 2 sm dan to 10–20 sm gacha va undan ham katta o'lchamgacha yetadi. Yaralarning qirg'oqlari valiksimon, qalinlashgan, tubida namlik (seroz) yoki qaloqlar ko'zga tashlanadi. Yaralar, ayniqsa, chov sohasida, dumbalar oralig'ida bo'lsa, bir-biri bilan qo'shilib ketadi, kuchli og'riq bezovta qiladi. Bunday teri jarayoni bir necha oylab o'zgarishsiz turadi, davolash choralari juda sekinlik bilan samara beradi, yaralar usti qaloqlar bilan qoplanib, chandiq hosil bo'lishi juda uzoqqa cho'ziladi (18-rasm).



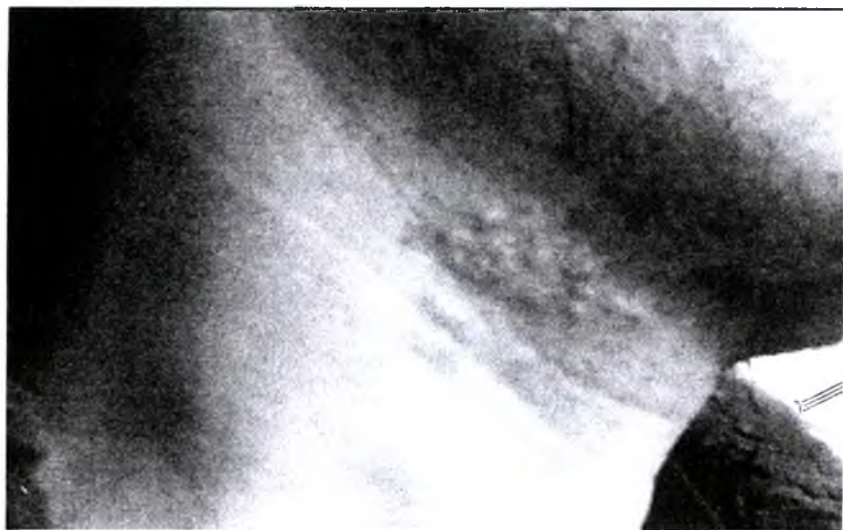
18-rasm. Gerpetik yara.



19-rasm. Gerpetik yara.



20-rasm. Gerpetik yaralarning ikkilamchi infeksiya bilan asoratlanishi.



21-rasm. Oddiy pufakchali temiratki.

Gerpetik yaralar anus atrofida, ogʻiz shilliq pardasida, toʻgʻri ichakda, koʻpincha jinsiy aʼzolar sohasida, erkaklarda olatda, moyak xaltasida, uretrada, siydik qopchasida, prostata bezida, ayollarda qinda, bachadonning boʻyin qismida, bachadonda uchraydi. Yaralar juda kuchli ogʻriq chaqiradi, defekatsiya akti qiyinlashadi, uretrada joylashgan boʻlsa, siyganda ogʻriq yanada kuchayadi. Ogʻiz shilliq pardasida joylashsa, ovqatni isteʼmol qilish ogʻriq hisobiga oʻta qiyinlashadi, hattoki bemorlar ovqat yeyishdan voz kechadi. Yaralar hatto davolanganda ham juda uzoq vaqt saqlanib turadi, davo choralari toʻxtatilsa, tezda yana paydo boʻladi. Bemorlarda bir vaqtning oʻzida gerpetik stomatit, faringit, eozofagit kabilar kuzatilishi mumkin (19-rasm).

Generalizatsiyalangan oddiy herpesning vistseral va disseminatsiyalangan turlari tafovut qilinadi. Vistseral shaklida bitta yoki bir nechta ichki aʼzolarining zararlanishi kuzatiladi. Seroz meningit, meningoensefalit, gepatit, pnevmoniya va boshqa kasalliklar yu-

zaga keladi. Disseminatsiyalangan oddiy gerpesning klinikasi virusli sepsisning klinikasidir. Intoksikatsiya alomatlari, yuqori harorat, gemorragik toshmalar, qon ketishi, ko'plab ichki a'zolarning zararlanishi kuzatiladi. Og'ir shakldagi gepatit, meningit, diffuz meningoensefalit, bronxopnevmoniya, keratokonyunktivit, DVS sindromi uchraydi. Zararlangan barcha a'zolarda katta o'lchamdagi nekrozlar, gemorragik o'zgarishlar kuzatiladi. OIV infeksiyasining 3-A bosqichida oddiy gerpes virusi tomonidan terida chaqirilgan kasallik 39 % bemorlarda, og'iz shilliq pardasining zararlanishi 6.5 % bemorlarda, jinsiy a'zolar zararlanishi 9.7 % bemorlarda uchraydi. Kasallikning 3-V bosqichida esa teridagi gerpetik jaryon 46 % bemorlarda uchraydi, ularning 12.5 % tida yarali-nekrotik shakli aniqlanadi, og'iz shilliq pardasida 18.8 % uchraydi, ularning ko'pchilik qismi vezikulez-eroziv gingivit ko'rinishida bo'ladi, jinsiy a'zolar sohasida 22.5 % bemorlarda uchraydi. Umuman olganda, oddiy virus gerpesiga diagnostik imkoniyati yuqori va aniq bo'lgan DNKga tekshiruvlar o'tkazilishi oqibatida shu narsa aniqlandiki, OIV infeksiyasining 2-B bosqichida bu tekshirish 26 % bemorlarda musbat natija bergan, 3-A bosqichida esa 41,9 % bemorlarda, 3-B bosqichida va kasallikning 4-bosqichida esa 88 % bemorlarda musbat natija bergan. Kasallikning 4-bosqichida bemorlarda astenovegetativ sindrom, «surunkali charchash», demensiya alomatlari kuzatiladi (20-, 21- rasmlar).

O'rab oluvchi temiratki – herpes zoster kasalligi hujayra immuniteti vaqtinchalik yoki turg'un pasayib ketganda latent infeksiyaning avj olishi oqibatida kelib chiqadigan virusli infeksiyadir. OIV infeksiyasi bilan og'rigan bemorlarda bu kasallik 30 % dan ortiq hollarda uchraydi, kasallikning qaytalanuvchi klinik shakli esa 60 yoshdan kichik bo'lgan bemorlarda OIV indikatorli kasallik sifatida qaraladi. Gerpes zoster (GZ) OIV tomonidan chaqirilgan immunosupressiyaning eng erta namoyon bo'ladigan markeri hisoblanadi, shuning uchun bu kasallik OIV infeksiyasiga chalinganlarda hali hech qanday boshqa klinik alomatlar yuzaga chiqmasdan

turib, ya'ni immun tanqisligining erta davridayoq kuzatiladi, kandidozdan 1 yil avval yuzaga kelishi mumkin. Boshqa opportunistik infeksiyalar va o'smalar GZ paydo bo'lgandan keyin bir necha oylar va hatto yillar o'tgach namoyon bo'ladi.

Aniqlangan ma'lumotlarga ko'ra, GZ bilan og'riganlarning 22 % idan 73 % igacha OIV infeksiyasiga chalinganlar bo'lib chiqqan, shuning uchun bu kasallikning OIV infeksiyasini, ayniqsa, yoshlarda aniqlashda ahamiyati katta (22-rasm).



22-rasm. O'rab oluvchi temiratki.

CDC klassifikatsiyasi bo'yicha olib qaralganda kasallikning A bosqichida GZ 5.2 % bemorlarda uchraydi, B bosqichida esa 20.9 %, C bosqichida 16.6 % bemorlarda uchraydi. OIV infeksiyasiga chalinganlarda GZ tashxisi aniqlangandan o'rtacha hisobda 4- yil o'tgach, kasallikning terminal bosqichi – sof OITS rivojlanadi.

di. Olimlar tomonidan kuzatishlar natijasida shu narsa aniqlandiki. OIV infeksiyasida GZ kasalligi uchun quyidagi belgilar o'ziga xos hisoblanadi:

1. Bemorlarda kasallik o'chog'ida og'riqning (nevralgik simptomning) juda kuchli bo'lishi.

2. Og'ir shaklda kechishi.

3. Bosh va bo'yin sohalarining ko'proq zararlanishi.

4. GZ kuzatilganda OITS bosqichiga o'tib ketishning tezlashuvi (ya'ni kasallikning progressivlashuvi).

OIV infeksiyasi tashxisi aniqlangandan keyin 2 oydan 5 yilgacha bo'lgan davrda GZ ko'proq aniqlanadi. GZ kasalligining boshlanishi infeksiyon toksikoz alomatlaridan iborat: haroratning biroz ko'tarilishi, yoki qisqa muddatli subfebrilitet, kamdan kam hollarda tana harorati $38-38,5^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tariladi. umumiy ahvoning buzilishi – noxushlik, bosh og'rishi, kelgusida toshmalar paydo bo'ladigan sohada og'riqlar kuzatiladi. Kasallik o'chog'i ko'pincha ko'krak segmentlarida joylashadi. undan keyingi o'rinda bo'yin va bosh sohalari, ayniqsa, ko'z sohasi, bel sohasi turadi. Kasallikning klinik manzarasi suvchechak va o'rab oluvchi temiratki birga kelgandek tus oladi. Terida toshmalar paydo bo'lgach, tez fursat ichida ko'payadi, teridagi jarayon ko'pincha chuqur joylashgan, yaralar hosil bo'lishi bilan kechadi, ko'pincha ikkilamchi bakterial infeksiyalar qo'shiladi. Bemor o'z vaqtida adekvat davolanadigan bo'lsa, yaralar o'rnida chandiqlar hosil bo'ladi. Kasallik retsdiv berganda toshmalar agar eski kasallik o'rnida paydo bo'lsa, yana yaralar yoki eroziyalar hosil bo'ladi, shu sohada bir necha marotaba qaytalanadigan bo'lsa, 1–2 yillab kechishi tufayli, endi u yerda vezikulalar hosil bo'lmaydi, so'galni eslatuvchi tugunchalar hosil bo'ladi, o'sha soha quruqshagan, kepaklanish kuzatiladi, papulalar muguz plastinkalari bilan qoplanadi, so'galsimon o'simtalar rivojlanadi va tashqi ko'rinishi so'galni eslatib yuboradi. Agar kasallik har safar retsdiv berganda boshqa sohani zararlasa, u yerda GZga xos bo'lgan vezikulalar, eroziyalar, yaralar kuzatiladi. Ko'pincha

toshmalar disseminatsiyalangan (butun tana bo'ylab tarqalgan) holda uchraydi, surunkali disseminatsiyalangan holda kechsa, yangi elementlar doim yangi-yangi sohalarda paydo bo'ladi. Kaft va tovonlarda paydo bo'lsa, doimo pufaklar hosil bo'ladi, yurida sohalarda esa pufakcha (vezikula) va pufaklar bo'lishi mumkin. Bu vezikulalar va pufaklar o'zlaridan keyin yaralarni hosil qiladi va hosil bo'lgan yaralar ektima elementlariga o'xshab ketadi, hosil bo'lgan chuqur yaralar qaloqlar bilan qoplangan, ularning bitishi uzoq cho'ziladi. Ba'zan kasallik o'chog'ida gipo- va giperpigmentatsiya rivojlanadi. Kasallik o'chog'idagi og'riq bemorlarda kuchli bo'ladi, ayrim hollarda surunkali xarakterda bo'lib qoladi (surunkali zoster assotsiatsiyalangan og'riq), ammo 8–9 hafta o'tgach, og'riq keskin kamayadi, yoki butunlay bezovta qilmay qo'yadi, 6 oydan keyin bemorlar umuman og'riqqa shikoyat qilmaydilar. Kasallik o'chog'i ko'z sohasini qamrab olganda, keratit, xorioretinit va uveit kabi asoratlar juda ko'p uchraydi. Ba'zan esa ko'z to'rsimon qavatining o'tkir nekrozi kuzatiladi. Ko'z to'r pardasining o'tkir nekrozi qovoqlar va konyunk tiva zararlanmagan holda ham kuzatilishi mumkin. OIV infeksiyasining terminal bosqichida (OITSda) bemorlar zoster ensefalitdan halok bo'lishlari mumkin. Adabiyotlarda terida GZga xos toshmalar paydo bo'lmasdan yarim o'tkir meningoensefalit rivojlanganligi haqida ma'lumotlar bor. Bundan tashqari, terminal bosqichda yana diffuz ventrikulit va fulminant yuqoriga ko'tariluvchi mieloradikulopatiya rivojlanishi bemorning halok bo'lishi bilan yakunlanishi mumkin. Bosh miyaning GZ virusi bilan bevosita zararlanishi oqibatida leykoensefalitlar, yallig'lanishsiz vaskulopatiyalar va meningo-mieloradikulit kelib chiqadi. Demak, OIV infeksiyasiga chalinganlarda GZ qaytalanib kechadi, uzoq vaqt davom etadi, teridagi toshmalar chuqur bo'lib, yaralar hosil qiladi, o'zidan keyin chandiq qoldiradi, ko'pincha disseminatsiya beradi.

Sitomegalovirusli infeksiya (TSMVI) – 5 tipdagi herpesviruslar tomonidan chaqiriladi. SMVI OIV infeksiyasiga chalingan-

larda eng og'ir opportunistik infeksiyalardan biri hisoblanadi va ko'pincha bemorlar o'limining sababchisi hisoblanadi. Kuzatuvlar natijasida shu narsa aniqlandiki. OITS bslqichida SMVI 20–40 % bemorlarda uchraydi va bir vaqtning o'zida ko'plab ichki a'zolari zararlaydi. Shu bilan bir vaqtda, kasallikning haqiqiy klinik manzarasini va aslida qanchalik ko'p uchrashishini aniqlash juda mushkul, chunki bu kasallik ko'pincha boshqa kasalliklar bilan birga keladi va klinikasi ham o'ziga xos emas, boshqa kasalliklarning klinikasiga o'xshashi mumkin.

OIV infeksiyasida sitomegaloviruslar (TSMV) juda ko'p hollarda ko'zni zararlaydi va retinit chaqiradi. Retinit OITS bosqichida 50 % gacha bemorlarda kuzatiladi va ko'ruv nervining atrofiyasi yoki nekrotik vaskulit hisobiga rivojlangan ko'z to'rsimon pardasining yoppasiga ko'chishi (total) oqibatida bemorning butunlay ko'rib olinishi bilan yakunlanadi. Jarayon ko'p o'chog'li nekrotik retinit ko'rinishida kechadi, unga gemorragiyalar qo'shiladi, paxtasimon oq o'chog'lar hosil bo'ladi. Markaziy asab tizimi 10–20 % bemorlarda zararlanadi. Yarim o'tkir ensefalit, meningoensefalit, mielit, poliradikulopatiya, polineyropatiya kuzatiladi (oyoqlarda). Bosh miya hujayralarini OIV bilan birgalikda SMVlar zararlashi oqibatida OITS demensiya kelib chiqadi, chunki bosh miyaning po'stloq qismida mikroinfarktlar kuzatiladi, ventrikuloensefalit oqibatida esa paraventrikular parenximada va bosh miyadan chiqayotgan 12 juft nervlarda nekrotik o'zgarishlar yuzaga keladi. SMVI oqibatida buyrak usti bezlarida ko'p o'chog'li koagulyatsion nekroz kelib chiqadi, oshqozon-ichak tizimida yarali-nekrotik jarayonlar rivojlanadi (ezofagit, enterokolit), gepatit, sklerozlovchi xolangit, nefrit, miokardit, pankreatit, pnevmoniya kabi patologiyalar yuzaga chiqadi. OIV infeksiyasining oxirgi davrlarida kelib chiqadigan silla qurish, kaxeziya holatlarida disseminatsiyalangan SMVning ham ahamiyati bor. SMVning suyak iligiga patologik ta'siri natijasida pantsitopeniya kelib chiqadi. SMV US–28 deb kodlanuvchi oqsili OIVning CD4 hujayralarining ichiga kirishiga yordam beradi, o'z navbatida, OIVning gp120 oqsili esa SMVni faollashtiradi

va bu aytib oʻtilgan holatlar ham patologik jarayonda muhim rol oʻynaydi. Ayollarda SMV jinsiy aʼzolarni (bachadon boʻynini, endometriyni, tuxumdonlarni, fallopiy trubalarini) zararlashi tufayli, bachadon boʻyni kartsinomasi rivojlanishiga sabablardan biri hisoblanadi.

TSMVIsi homilaga oʻtgan boʻlsa, har xil majruhliklarga va homilaning halok boʻlishiga sabab boʻladi. Ammo homiladorlikning oxirgi paytlarida homila zararlangan boʻlsa, tugʻilgandan keyin sariqlik, gepatosplenomegaliya, trombositopenik purpura, MNSning kasalliklari, pnevmoniya kabilar kuzatiladi. Kasallik uchun eng xos boʻlgan simptomlardan biri, bu gemorragik simptomdir. Chaqaloq tugʻilgandan keyin bir necha soatlar ichida yoki birinchi kunlarida chaqaloqning yuzida, badanlarida, oyoq va qoʻllarida koʻp miqdorda petexial toshmalar paydo boʻladi. teriga va shilliq pardalarga qon quyiladi, kindikdan qon oqishi kuzatiladi, ichi qonli (qonli stul) keladi. Gemorragik sindrom 8–10 kunlardan keyin bartaraf boʻladi, ammo bir necha haftadan keyin yana yuzaga chiqishi mumkin. Baʼzi chaqaloqlarda sariqlik kuchayadi, pnevmoniya rivojlanadi, nafas yetishmovchiligi kelib chiqadi, buyraklar zararlanaadi. Keyinchalik xorioretinitlar, katarakta, koʻrish nervining atrofiyasi rivojlanadi va bolalar koʻr boʻlib qoladilar. Agar kasallik oʻtkir kechsa, koʻpincha ikkilamchi infeksiyalar qoʻshilishi oqibatida chaqaloqlar bir necha hafta yoki oylar ichida halok boʻladilar.

Epshteyn-Barr virusi infeksiyasi (EBV) – 4 tipdagi herpes viruslari hisoblanadi va B-limfotsitlarga nisbatan tropizmga ega. Bu viruslar tomonidan chaqirilgan kasalliklar juda xilma-xil boʻlib, infeksiyon mononukleaz, neyroinfeksion kasalliklar, oʻsma kasalliklari (Berkit limfomasi, burun-tanglay kartsinomasi, ogʻiz shilliq qavati leykoplakiyasi, B-hujayrali limfomalar) va boshqalarni chaqiradi. OIV infeksiyasiga chalinganlarda ogʻir immunosupressiya davrida, yaʼni sof OITSda EBV infeksiyasining generalizatsiyasi kuzatiladi, oʻtkir va surunkali neyroinfeksion kasalliklar- sindrom Gien-Barr tipidagi poliradikulonevrit, mononeyropatiya (Bell sin-

dromi), mielit, ensefalit kabilarni keltirib chiqaradi. Berkitt limfomasi ham og'ir immun tanqisligi holatida yuzaga chiqadi. Jag' sohasida bitta yoki bir nechta o'smalar paydo bo'ladi, ular diffuz ravishda kengayib boradi va qalqonsimon bezga. so'lak bezlariga tarqaladi. suyaklarni yemiradi, jag'ning, burunning deformatsiyasini chaqiradi. tishlarning to'kilib ketishiga olib keladi. Burun-tanglay kartsinomasida burunning bo'shlig'ining o'rta qismida, lateral tomonda o'sma paydo bo'ladi, u juda tezda kattalashadi, tanglayga tarqaladi, jag' osti limfa tugunlariga metastazlar beradi. Birlamchi alomatlar: burundan nafas olishning buzilishi, keyin burundan shilliq-yiringli oqma keladi, unga qon aralashgan bo'lishi mumkin. O'sma kattalashgani sari eshitish pasayadi, quloqda shovqin paydo bo'ladi. og'riq chakka sohasiga irradiatsiya beradi. O'sma tanglayning yonbosh qismiga tarqalsa, uchlik nervning nevralgiasini, eshitishning buzilishi kuzatiladi, tezda umumiy intoksikatsiya alomatlari paydo bo'ladi.

Tukli leykoplakiyalar. Bu kasallik o'ziga xos bo'lib, faqat OIV infeksiyasiga chalinganlardagina kuzatiladi. Bemorlarda Epstein-Barr viruslaridan tashqari ba'zan kandida ham topiladi. Kasallik o'chog'lari og'iz shilliq pardasida, tilda, ayniqsa, tishlarning izi tushgan yonbosh qismida, labning qizil hoshiyasida joylashadi. Bu kasallikni teridagi so'gallarning shilliq qavatlarida o'ziga xos namoyon bo'lishi deb ham qaraladi. U yerlarda tukli leykoplakiyalar rivojlanadi, bu holat klinik nuqtayi nazardan shilliq qavatning oq rangli bo'lib qalinlashuvidir. Uning chegaralari noaniq, yuzasi notekis. «gofrilangandek», ya'ni ajinga o'xshagan bujmaygan bo'ladi. Epiteliyning ipsimon o'sib ketishi hisobiga xuddi tuklar bilan qoplangandek manzara kasb etadi.

O'smalarning o'lchamlari bir necha mm dan 2–3 sm gacha yetishi mumkin. Shilliq qavat burmalari tekkislanib ketadi, bemorlarni hech qanday subyektiv xissiyot bezovta qilmaydi, ammo ba'zan kasallik o'chog'ida achishish, o'sha sohada sovuqni his qilish, og'izda ta'm bilishning yo'qolishi kuzatiladi. Agar toshmalarga

tegib ketilsa, ular oson qonab ketadi. Tilning pastki va yonbosh qismlarida ko'p uchraydi. oqish pilakchalar ikki tomonlama joylashsa-da, ammo asimmetrik bo'ladi. Ba'zan shunday elementlar yumshoq tanglayda va lunjda ham paydo bo'ladi. Leykoplakiyalar, shuningdek, vulvada, olatning bosh qismida, klitorda, qinda, bachadon bo'yin qismida ham uchraydi. 2–3 sm diametrdagi oq yoki oqish-kulrang kasallik o'chog'lari paydo bo'ladi. ularning chegarasi aniq, yaxshi bilinadi. Leykoplakiya o'chog'larining o'z-o'zidan yo'qolishi kuzatilmaydi (23-rasm).



23-rasm. Tukli leykoplakiya.

Virusli kasalliklarning alohida guruhini proliferativ kasalliklar tashkil qiladi: yuqumchil mollyusk, tukli leykoplakiya (yuqorida

berildi), oddiy soʻgallar, oʻtkir uchli kondilomalar. Yuqumchil mollyusk OIV infeksiyasiga uchraganlarning 18 % ida uchraydi. Kasallikning qay darajada ogʻirligi immun tanqisligi darajasiga bogʻliq. Koʻplab papulez elementlar paydo boʻlishi, yirik tugunlar ham hosil boʻlishi xosdir, ularning diametri 1 sm gacha yetishi mumkin. Yuzda, boʻyinda, teri burmalari sohalariida koʻp uchraydi. Erkaklarda soqol olish oqibatida juda koʻpayib, tarqalib ketishi kuzatiladi. Quloq supralarida kistoz elementlar hosil boʻladi, kaft va tovonlar esa juda kam zararlanadi (24-rasm).

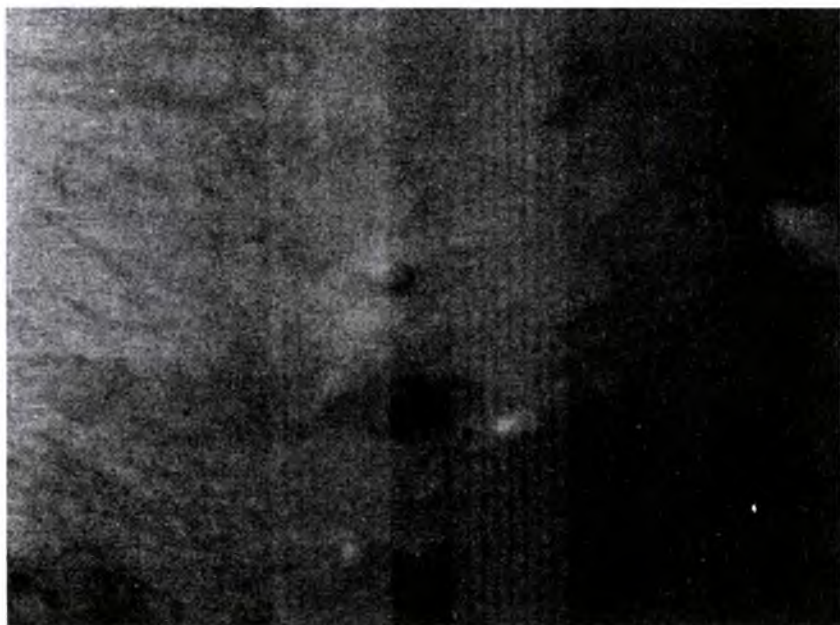


24-rasm. Tukli leykoplakiya.

Oddiy soʻgallar OIV infeksiyasi bilan xastalanganlarda koʻp uchraydi. Asosan yuz sohasida paydo boʻladi. Agar perianal sohada uchrasa, juda tezda koʻpayib ketadi, terapiyaga rezistentligi bilan ajralib turadi.

Koʻpgina gomoseksualistlarda orqa peshov va jinsiy aʼzolar sohasida oʻtkir uchli kondilomalar uchraydi, ular haddan ziyod

ko'payib ketadi, davolashga chidamli bo'ladi. Ammo bularnig ichida eng xavflisi Bovenoidli papulezdir. Bovenoidli papulez ko'proq ayollarda uchraydi, bachadon bo'ynini, vulvani zararlaydi, erkaklarda esa olatda kuzatiladi. shuningdek, bu kasallik oraliq terisida, orqa peshovda (kanalda) ham kuzatiladi. OIV infeksiyasiga muhtalo bo'lgan ayollarda bu kasallik sog'lom ayollardagiga nisbatan 6–8 barobar ko'p uchraydi. Bovenoidli papulez yassi hujayrali rakka aylanib ketadi (25-rasm).



25-rasm. Yuqumchil molusk.

Bakterial infeksiyalar

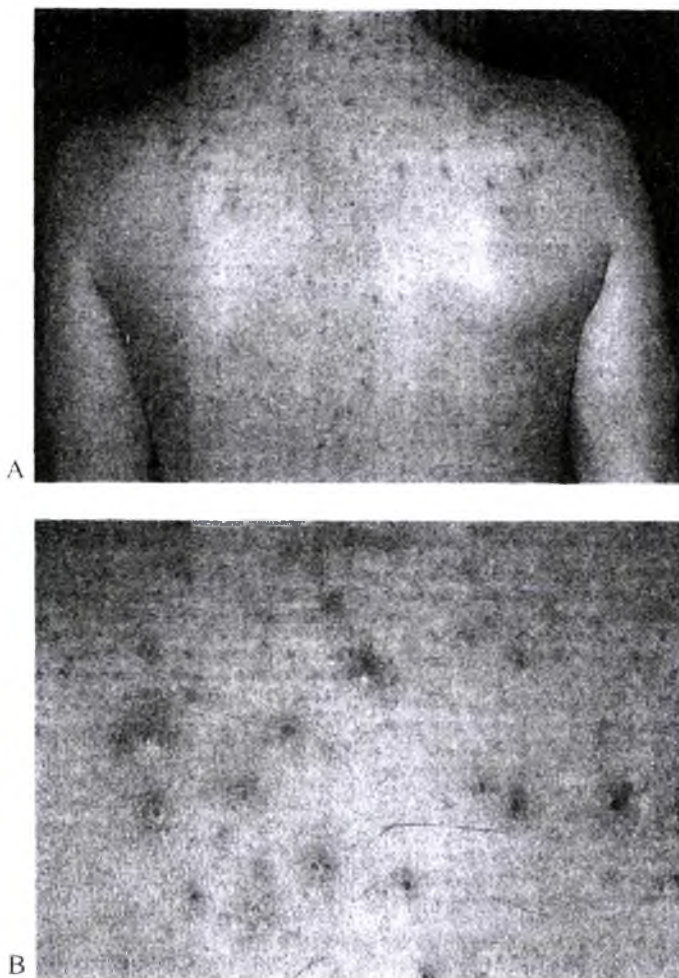
Bular juda ko'p va xilma-xildir. Bakterial infeksiyalar terini, shilliq qavatlarni, oshqozon ichak tizimini, o'pkani, asab tizimini va

boshqa aʼzolarni zararlashi mumkin. Terida koʻp uchraydigan kasalliklar, asosan, yiringli kasalliklar boʻlib, ularga xusnbuzarsimon follikulit, shankrsimon piodermiya, impetigolar, yarali piodermiya va atipik piodermiyalar kiradi. OIV infeksiyasida stafilokoklar tomonidan chaqirilgan terining bakterial infeksiyalari eng koʻp uchraydi. Stafilokoklar follikulit, furunkul, karbunkul, tromboflebit kabi kasalliklarga sabab boʻladi hamda boshqa dermatozlarning (neyrodermit, qoʻtir, herpes yarasi va boshqalar) asoratlari sifatida ham namoyon boʻladi, bakteriemiya va sepsis keltirib chiqarishi mumkin.

Eozinofilli follikulit yoki aknesimon follikulit soch follikulalari atrofida uchraydi. Tananing yuqori qismida, yuzda, boʻyinda, oyoq-qoʻllarning yuqori tomonida joylashadi. Oʻrtasida soch tolasi koʻrinib turadigan, diametri 3–5 mm boʻlgan papulalar va pustulalar hosil boʻladi, shu sohada shish kuzatiladi. Elementlar soni yuzlab va undan ortiq boʻladi. Kasallik kuchli qichishish bilan kechadi, qonda eozinofiliya kuzatiladi. Qashlash oqibatida ekskoriatsiyalar va gemorragik qaloqlar hosil boʻladi, terida neyrodermitni, qichimani eslatuvchi klinik manzara kuzatilishi mumkin. Ikkilamchi infeksiya qoʻshilganda yiringlaydi (yaʼni oʻchogʻ kattalashadi). Yangi elementlar pushti-qizil yoki yorqin qizil boʻladi, eskilarida esa yalligʻlanishdan keyingi giperpigmentatsiya kuzatiladi. Baʼzan follikulitlar qoʻltiq ostiga toshadi, ayrim hollarda nekrozlanuvchi follikulitlar hosil boʻladi, yaʼni elementlar nekrozga uchraydi. Baʼzan elementlarning markaziy qismi nekrozga uchrab, papulonekrotik teri siliga oʻxshab qoladi. Follikulitlar tarqoq holda (disseminatsiyalangan) joylashganda, periferik limfa tugunlarining barchasi kattalashgan boʻladi. Aknesimon follikulitlarning yana bir oʻziga xos tomoni, ular faqat seboreyali sohalardagina emas, balki boshqa joylarda ham (badanning pastki qismlarida, oyoqlarda) paydo boʻladi.

Terida OIV infeksiyasida follikulitdan tashqari yana shankrsimon piodermiya, furunkul, yarali piodermiya, ektima, rupiya kabi odatdagi yiringli kasalliklar hamda atipik piodermiyalar (Gofman-

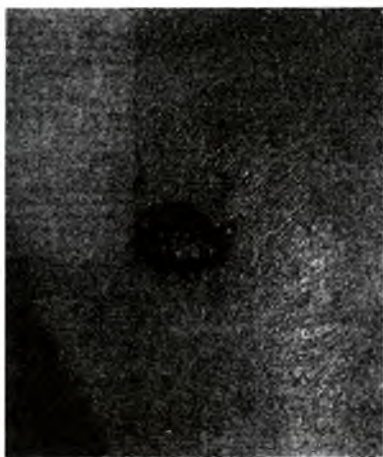
ning follikuliti va perifollikuliti, gangrenoz piodermiya. Alloponing vegetatsiyalovchi piodermiyasi va boshqalar) ham uchraydi, ammo ularning kechishi og'ir o'tadi, chuqur yaralar hosil qiladi, atrofga tarqalishga moyil bo'ladi, uzoq vaqt davom etadi, davolashga chidamlidir, tezda retsidiv berishi kuzatiladi (26 rasm).



26-rasm. Eozinofilli follikulit.

Bakterial angiomatoz sistemali infeksiya bo'lib. Bartonella henselae tomonidan chaqiriladi. infeksiyaning rezervuari mushuklar hisoblanadi. Kasallik terida qon tomirlarining o'smalari paydo bo'lishi bilan kechadi.

Inkubatsion davri noaniq, mushuklar timdalagandan yoki tishlagandan keyin yuqadi. Terida diametri 2–3 sm gacha bo'lgan, gemangiomani eslatuvchi papulalar yoki tugunlar paydo bo'ladi. Elementlar dermada joylashgan bo'lib, ularning ustidagi epidermis yuqqalashgan yoki eroziyaga uchragan, elementning asosi ko'chib chiqqan epidermis bilan yoqa kabi o'ralgan. Ayrim elementlar teleangiiektatik granulemaga o'xshaydi. Teri ostida joylashgan tugunlar 1–2 sm bo'lib,



27-rasm. Bakterial angiomatoz.

kistaga o'xshaydi. Kamdan kam hollarda abscess kuzatiladi (27-rasm). Elementlar soni 1–2 donadan yuzlabgacha bo'lishi mumkin, ba`zan esa mingdan ortadi. Elementlar rangi qizil, yorqin qizil, saf-sar, ba`zan esa atrofdagi teri rangi bilan bir xilda bo'ladi. Palpatsiya qilinganda konsistensiyasi zich (qattiq), diaskopiyada rangi oqarmaydi, palpatsiyada og'riq kuzatiladi (Kaposhi sarkomasida og'riq bo'lmaydi). Terining har qanday sohasida uchrashi mumkin, ammo kaft va tovonlarda juda kam uchraydi, agar qo'lda uchrasa ham faqat daktilit ko'rinishida bo'ladi, ko'krak sohasida ko'proq uchraydi. Og'iz shilliq pardasida, labda gemangiomaga o'xshash tugunlar bo'ladi. Halqumning zararlanishi nafas yo'llari obstruksiyasiga olib kelishi mumkin. Gematogen yoki limfogen yo'l bilan kasallik jarayoni disseminatsiyaga uchrasa, jigar va taloq ham zararlanadi va gepatosplenomegaliya, splenit, jigar absessi, jigar va taloqning

granulematoz yallig'lanishi uchraydi, ko'pincha pelioz rivojlanadi. Shuningdek, kamroq hollarda yurakning zararlanishi (endokardit), boshqa yumshoq to'qimalar – ilik, limfa tugunlari, mushaklar ham zararlanadi. MNSning zararlanishi aseptik meningit, ensefalopatiya, miya absessi ko'rinishida bo'ladi.

Jigar peliozi ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich ketishi, haroratning ko'tarilishi, sovuq qotish kabi alomatlar bilan boshlanadi. Suyaklar zararlanganda ularda og'riq paydo bo'ladi. Bemorning ahvoli juda tezda og'irlashib boradi.

Bartonellezli sepsis sekin-asta, bir necha hafta yoki oylar mobaynida rivojlanadi. Kamquvvatlik, o'zini noxush sezish, ishtahaning pasayishi, ozib ketish, asta-sekin kuchayib boruvchi, to'lqin-simon ravishda haroratning ko'tarilishi kuzatiladi.

Salmonellez, shigellez, kampilobakterioz kabi bakterial infeksiyalar, asosan, oshqozon-ichak tizimini zararlaysdi, ko'pincha *S. enteritidis* va *S. typhimurium*lar tomonidan chaqiriladi. OIV infeksiyasining boshlang'ich davrlarida salmonellez gastrointestinal shaklda cheklangan sohaning (bitta a'zoning) infeksiyasi sifatida namoyon bo'ladi. Ammo kasallikning kechki davrlarida u septik shaklda uchraydi, kasallik qaytalanib kechadi, klinikasi og'ir, antibiotiklar bilan davolashga chidamli bo'ladi.

Mikobakterial infeksiyalar *Mycobacterium avium intracellulare* va *Mycobacterium tuberculosis*lar tomonidan chaqiriladi. *Mycobacterium avium intracellulare* opportunistik patogen bo'lib, immun tizimida o'zgarish bo'lmagan insonlarda kasallik chaqirmaydi, ammo OIV infeksiyasida o'pkani, jigarni, taloqni, limfa tugunlarini, ilikni, ichaklarni zararlashi mumkin. Kasallikning alomatlari ham juda xilma-xil bo'lishi mumkin. Umumiy belgilari: madorning qurishi, haroratning ko'tarilishi, kechqurunlari juda ko'p terlash, ozib ketish, pantsitopeniya.

OIV infeksiyasida **sil kasalligining** (*Mycobacterium tuberculosis* tomonidan chaqirilgan) klinik manzarasi o'zgargan bo'ladi, ko'pincha o'pkaning pastki va o'rta qismlari zararlanadi, infiltrat-

siya ko'pincha nospetsifik ko'rinishda bo'ladi, ko'krak qafasidagi limfa tugunlari kattalashadi. Kasallik boshqa a'zolarga tezda tarqalishi mumkin. suyaklar, oshqozon-ichak tizimidagi a'zolar, bosh miya zararlanishi mumkin. OIV infeksiyasi fonida rivojlangan sil kasalligining asosiy belgilari asteniya, doimiy yoki intermittirlangan haroratning ko'tarilishi, uzoq davom etuvchi yo'tal, bemorning kuchli ozib ketishi, diareya. 65 % hollarda limfa tugunlarining kattalashgani (asosan, qo'ltiq osti, bo'yin sohalaridagi) aniqlanadi, ularning konsistensiyasi qattiq, yuzasi notekis, palpatsiyada qiyinlik bilan jiladi.

OIV infeksiyasida o'pkada silning ko'p o'chog'li (katta o'lchamdagi o'chog'lar), tezda nekroz (o'pka to'qimasining yemirilishi) beradigan va miliar shakllari ko'p uchraydi. Ko'p hollarda sil kasalligining boshqa banal infeksiyalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya bilan birga kelishi tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Bundan tashqari, ushbu bemorlarda balg'amda mikobakteriyalar juda kam hollardagina topiladi, shu bilan bir vaqtda, qonda mikobakteriyalar ko'p topiladi. Bular ham OIV infeksiyasi bilan birga kelgan sil uchun xos belgilardir.

Ta'kidlash kerakki, o'pkadan boshqa a'zolarning sili OIV infeksiyasida ko'p uchraydi. Terida esa ko'pincha skrofuloderma ko'rinishida bo'ladi, Kaposhi Sarkomasi bilan birga kelishi mumkin. Ftiziatriyada tashxis qo'yishda keng qo'llaniladigan tuberkulin sinamali OIV infeksiyasida tuberkulinga anergiya mavjudligi tufayli samarasizdir. Shuning uchun o'pkadan boshqa a'zolarning sil kasalligini diagnostikasida biopsiya alohida ahamiyat kasb etadi. OIV infeksiyasining erta davrlarida 70 % bemorlarda kasallikning infiltrativ va o'chog'li shakllari uchraydi, 15 % hollarda esa ko'krak qafasi ichidagi limfa tugunlarining sili va disseminatsiyalangan shakllari uchraydi, 40 % hollarda o'pkaning ikkala bo'lagi ham zararlanadi. OIV infeksiyasining kechki davrlarida esa infiltrativ va o'chog'li shakllari 18,6 %, disseminatsiyalangan va ko'krak qafasi ichidagi limfa tugunlarining sili esa 61,4 % (ayrim mualliflar bo'yicha esa 84,4 %) hollarda uchraydi, 36,4 % bemorlarda kasallik

o'pka silining generalizatsiyalashuvi oqibatida kelib chiqadi. Disseminatsiyalangan silda 6 tagacha ichki a'zolar zararlanadi: taloq, jigar, buyraklar (13.6 %), limfa tugunlari (11.6 %), bosh miya pardalari va boshqalar. Silning bu shakllarida asosiy klinik belgilar, bu 97,7 % uchraydigan kuchli rivojlangan intoksikatsiya alomatlari. 93.2 % hollarda uchraydigan yo'tal, 52.3 % hollarda kuzatiladigan hansirash. Ayrim ma'lumotlarga ko'ra. OIV infeksiyasida sil kasalligi rivojlanganda, 86.7 % hollarda silning gematogen disseminatsiyasi bemorlarning o'limiga sabab bo'ladi, 13.3 % hollarda esa boshqa opportunistik infeksiyalar bilan birgalikda kelganligi o'limga olib keladi.

Protozoynli infeksiyalar

Protozoynli va parazitlar kasalliklardan OIV infeksiyasida, asosan, oshqozon-ichak tizimini zararlaydigan kriptosporidioz, amyobiaz, izosporoz, siklosporoz, mikrosporidoz, blastotsistoz, lamblioz, glistlar invaziyasidan strongiloidoz, pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya, ko'pincha miyani, ko'zni va boshqa ichki a'zolari zararlaydigan toksoplazmoz kabilar uchraydi.

Toksoplazmozning qo'zg'atuvchisi *Toxoplasma gondii* tabiatda keng tarqalganligi sababli bu kasallik ham butun dunyoda keng tarqalgan. ITV hujayralarni zararlaganda latent turgan toksoplazma infeksiyasi faollashib, disseminatsiya beradi. OITS bilan og'rikan bemorlarda toksoplazma disseminatsiyaga uchrashi tufayli o'pka, ko'z, limfa tugunlari, oshqozon-ichak tizimi zararlanadi, o'tkir toksoplazmali miokardit oqibatida, boshqa a'zolar zararlanmasa ham, bemor halok bo'lishi mumkin. MNS toksoplazmaga (uning faollashuviga) eng sezgir a'zo hisoblanadi, kasallik vaqtida davolanmasa, tezda o'limga olib keladi. OITS bilan og'rikan bemorlarda toksoplazmali ensefalit eng keng tarqalgan opportunistik infeksiya hisoblanadi. G'arbiy Yevropada OIV infeksiyasiga chalingan be-

morlardan 30 % ga yaqini toksoplazmali ensefalitdan halok bo'ladi. Kasallikning eng ko'p uchraydigan alomatlari o'chog'li nevrologik simptomlar va haroratning ko'tarilishidir. Bemorlarni ko'pincha bosh og'rihi, uyqusirash bezovta qiladi. Bosh miyaning ko'pgina sohalari zararlanadi va ularga xos o'chog'li simptomlar kuzatiladi. Eng ko'p uchraydiganlari gemiparez, bosh miya nervlarining (12 juft) zararlanishi belgilari, afaziya, o'chog'li epileptik xurujlar, sensor tizimning zararlanishi. Patologik jarayonga bazal gangliyalalar va miya stvolining ham tortilishi tufayli ataksiya, dismetriya, harakat funksiyasining buzilishi kuzatiladi. O'chog'li simptomlar dastlab o'tib ketuvchi xarakterda, lekin ular tezda progressga uchrab, o'linga olib keladi. Meningizm kuzatilmaydi, umumiy somatik alomatlar (kamquvvatlik, haroratning ko'tarilishi) doimo ham bo'lmaydi. Uzoq vaqtlar davomida kuzatishlar natijasida aniqlandiki, OIV infeksiyasida toksoplazmoz uchun eng xarakterli belgilar quyidagilar: tez-tez takrorlanib turuvchi va uzoqroq davom etuvchi yuqori harorat, generalizatsiyalangan limfadenopatiya, bunda limfa tugunlarining diametri 3 sm dan katta bo'ladi, ular palpatsiyada og'riydi, yaxshi rivojlangan gepatomegaliya, xorioretinit, ensefalopatiya, MNSning intoksikatsiyasi alomatlari, bosh aylanishi.

Kriptosporidioz OITSda ichak infeksiyalari orasida eng keng tarqalganlaridan biri hisoblanadi. OITS indikatorli kasalliklarning 1-guruhiga kiradi. Kasallikning boshlang'ich davrida biroz haroratning ko'tarilishi, kam quvvatlik, anoreksiya, ko'ngil aynishi, qayt qilish, sutkasiga 20 martagacha ich ketishi (xuddi vabodagiga o'xshab, suv kabi ketadi), qorin sohasida og'riq kuzatiladi. Immun tanqisligi rivojlanib borgan sari kasallik ham og'irlashib boradi, surunkali tus oladi. Harorat yuqori ko'tariladi, shu asnoda, ich ketishi kuchayib boradi va doimiy tus oladi yoki oz muddatga to'xtab, yana kuchayadi, bemorlar juda ko'p suyuqlik yo'qotadilar, tezda ozib ketadilar. Sof OITS bosqichida kriptosporidialar o't pufagini, o't yo'llarini, o'pkani zararlashi mumkin. O'pka zararlenganda (respirator kriptosporidioz) harorat ko'tariladi, limfadenopatiya,

hansirash, sianoz, ozgina shilimshiq (kam hollarda shilimshiq-yiringli) balg'am chiqishi bilan kechuvchi, uzoq davom etuvchi yo'tal kuzatiladi. O'pkaning zararlanishi bemorning o'limi bilan yakunlanadi (hech qanday davo choralari samara bermaydi).

Pnevmosistalar tomonidan (Pneumocystis carinii) chaqirilgan pnevmoniya (PP) – protozoilar (bir hujayrali organizmlar) tomonidan chaqirilgan kasalliklar ichida ko'p tashxis qilinadigan OITS indikatorli kasallikdir. Avvalgi vaqtlarda (90-yillargacha) bu kasallik OIV infeksiyasiga chalinganlarning 70 % da aniqlanar edi, 10–20 % bemorlarda o'lim bilan yakunlanar edi. Ko'pincha kasallik asta-sekin rivojlanadi, kam hollarda esa tezda paydo bo'ladi. Klinik jihatdan haroratning ko'tarilishi, hansirash, yuzaki nafas olish, nafas olishning progressiv ravishda qisqarishi, taxipnoye, noxushlik, quruq yo'tal, ko'krak qafasida og'riq, gipoksiyaning umumiy alomatlari, sovqotish kuzatiladi, kam hollarda biroz balg'am ajraladi. Pnevmosistali pnevmoniyada bemorlarning 2/3 qismida uncha kuchli bo'lmagan DVS-sindromi (qonning tomirlar ichida ivib qolishi sindromi) rivojlanadi. Auskultatsiyada o'pkada patologiya aniqlanmaydi. Rentgenologik tekshiruvda ikki tomonlama diffuz interstitsial infiltrat aniqlanadi. Ayrim hollarda o'pkada bo'shliqlar, fokal infiltrat, o'pka suratining kuchayishi, apikal infiltrat aniqlanadi. Bemorlarda pnevmotoraks kelib chiqish xavfi yuqori, ayniqsa, kasallik yana qaytadan rivojlanganda. Pnevmosistali pnevmoniyaning noxush kechishining prognostik omillari quyidagilardir:

1. Uzoq (4 hafta va undan ortiq) davom etadigan quruq yo'tal va hansirash.

2. Bir minutda 30 tadan ortiq nafas olish.

3. PPning qaytalanishi.

4. Bronxoalveolar muhitda boshqa qo'zg'atuvchilarning (bakteriyalar, viruslar, parazitlar, zamburug'lar) mavjudligi.

1. Qonning oksigenatsiyasining yomonligi

2. Qon zardobidagi albumin ko'rsatkichining juda pastligi.

3. O'pkada rentgenologik o'zgarishlarning zalvorliligi.
4. Leykotsitoz (10900 dan ortiq).
5. Qon zardobidagi laktat-degidrogenaza ko'rsatkichining yuqoriligi.

Parazitar kasalliklardan **qo'tir kasalligini** OIV infeksiyasiga chalinganlarda klinik aniqlash o'ta mushkul, chunki kasallik atipik kechadi, generalizatsiyalangan holda, kuchli qichishish chaqiruvchi papulo-skvamoz elementlar kuzatiladi, ular ma'lum sohalarda joylashmasdan, balki barcha terini qamrab oladi. Yuz va boshning sochli qismi juda ko'p hollarda zararlanadi. Ba'zan Norvegiya qo'tiri rivojlanadi, bunda eritematoz fondagi terida giperkeratotik kepaklanuvchi pilakchalar hosil bo'ladi. Ayniqsa, bo'yinda, boshning sochli qismida va badanda elementlar ko'p uchraydi. Kasallik o'chog'ida kanalar juda ko'p bo'lganligi sababli, o'ta yuqumlidir. Davolanngandan so'ng bir necha oygacha davom etuvchi, kuchli qichishish bilan kechuvchi postskabiozli dermatit qoladi va uni davolash o'ta mushkuldir.

OIV infeksiyasida yuqorida ko'rsatib o'tilgan kasalliklardan tashqari terida yana bir qator boshqa kasalliklar ham kuzatilishi mumkin, yoki bemorda mavjud bo'lgan odatdagi teri kasalliklarining klinik manzarasi o'zgarib, boshqacha tus olishi ham mumkin. Bulardan eng ko'p uchraydiganlariga to'xtalib o'tamiz.

Kaposhi sarkomasi (KS)

OIV infeksiyasining eng ko'p uchraydigan dermatologik neoplastik ko'rinishidir. Ko'p uchrashi bo'yicha faqat pnevmosistali pnevmoniyadan keyingi o'rinda turadi, 7–15 % hollarda pnevmotostali pnevmoniya bilan birga keladi. Gomoseksualistlarda eng ko'p kechraydi (40–80 %). OITSda KSning quyidagi bosqichlari tafovut qilinadi:

1. Teridagi lokalizatsiyalangan shakli.

2. Teridagi tezda tarqalib ketuvchi, agressiv, ko`pincha regional limfadenopatiya bilan kechuvchi shakli.

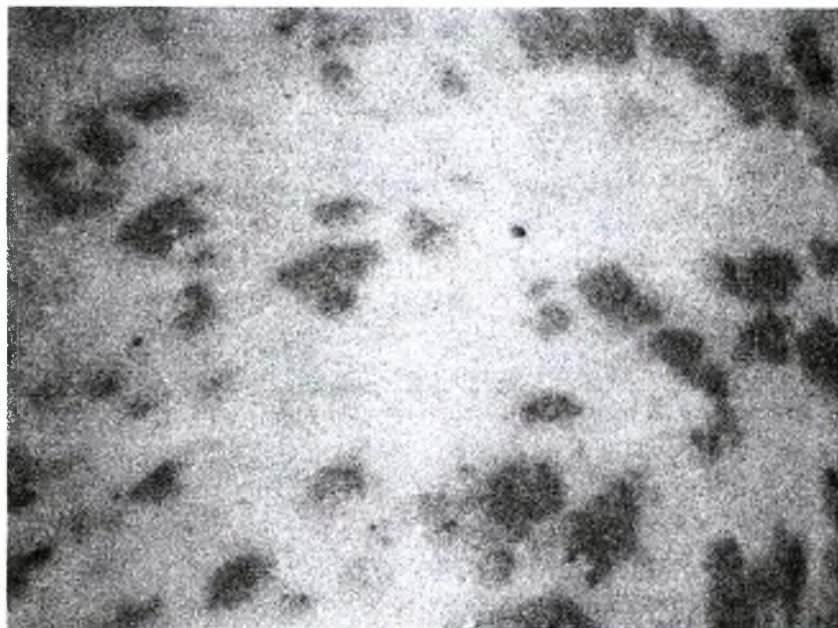
3. Shilliq qavtlarni zararlash bilan kechuvchi, limfa tugunlarini ham qamrab olish ehtimoli bor generalizatsiyalangan shakli.

4. Har xil ichki a`zolari va to`qimalarni qamrab oluvchi, shilliq qavatlarni zararlovchi shakli.

Dastlab terida qizil dog`lar, papulalar, pilakchalar, tugunlar paydo bo`ladi, yangi elementlarning rangi yorqin qizil, pushti, sarg`imtil-qo`ng`ir tusda, eskilariniki esa to`q qizil. qo`ng`irsimon, atrofi yashil tusli hoshiya kuzatilishi mumkin. Palpatsiya qilinganda elementlarning konsistensiyasi zich elastik, yoki qattiq. Yangi elementlarning shakli ovalsimon, badanda cho`zinchoq elementlar ham uchraydi, ularning uzun diametri Langer chiziqlari bo`ylab joylashadi. Ba`zan jarohat bo`lgan joylarda yangi elementlar paydo bo`ladi (Kebner fenomeni yoki izomorf reaksiya). Toshmalarning eng ko`p joylashadigan sohalari: boshda, burunning uchida, periorbital sohada, quloq supralarida, boshning sochli qismida, jinsiy a`zolarida, boidirda, kaft va tovonlarda. Boshda, yuzda badanda tarqoq holda bo`lsa, OITSGa gumon ortadi. Barcha bemorlarda keyinchalik, albatta, ichki a`zolar zararlanadi. ko`pincha (40 %) bu ichak hisoblanadi. Vaqt o`tishi bilan terida paydo bo`lgan elementlarning o`lchamlari kattalasha boradi va bir-birlari bilan qo`shilib ketadi va o`smasimon elementlar hosil qiladi. keyinchalik bu elementlar ustida eroziyalar, qalaqlar, yaralar hosil bo`lishi mumkin, yaralardan qon oqishi kuzatiladi. Kaft va tovonlar zararlanganda ularda harakat cheklanadi, o`z vazifasini bajara olmaydi.

Oyoqlardagi katta o`smalar, yaralar va shish og`riq chaqiradi. Orqa peshov va siydik chiqaruv teshigi zaralanganda, defekatsiya va siyish qiyinlashadi, hatto tutilishi mumkin. O`smalar kattalashib borgani sari qo`l va oyoqlar sohasida limfostaz rivojlanadi. qo`l va oyoqlarning distal qismlari shishadi, hatto elefantiaz rivojlanishi mumkin. Shishlar yuzasidagi terining rangi apelsin po`stini eslatadi. Kasallik uzoq davom etganda limfedema terining skleroziga

olib keladi. kontrakturalar kuzatiladi, to'qimalar atrofiyaga uchraydi, zararlangan a'zoning funksiyasi buziladi (28-rasm).



28-rasm. Kaposi sarkomasi.

Kasallik 22 % hollarda shilliq qavatlardan boshlanadi. Bu, asosan, CD4 limfotsitlarning qondagi miqdori 200 mkldan pastga tushganda kuzatiladi. Juda ko'p hollarda dastlab qattiq tanglay zararlanadi: safsar dog'lar paydo bo'lib, keyinchalik ularning sohasida papulalar va tugunlar hosil bo'ladi, bu holat «ko'prik»ni eslatadi. Keyinchalik elementlar yumshoq tanglayda, kichik tilchada, milklarda, tilda, halqumda ham paydo bo'ladi.

Ichki a'zolarning zararlanishi ko'p uchraydi, ammo alomatlari bilinmaydi, alomatlarsiz kechadi. Ko'pincha ichaklar, jigar, taloq, o'pka kabi a'zolar zararlanadi. 50 % bemorlarda limfa tugunlari ham zararlanadi. Ba'zan prostata bezi, urug' pufakchasi, tuxum-

lar, siydik pufagi, jinsiy olat, moyak xaltasi ham zararlanadi. O'pka zararlanganda kasallik oqibati o'ta yomon bo'lib, bemorlarning 50 % i 6 oydan kam yashaydi. rentgenologik tekshiruvda esa infiltrat kuzatiladi. xolos. Oshqozon ichak tizimi (OIT) zararlanganda ichakning obturatsion tutilishi. qon ketishi, ekssudativ enteropatiya kabilar kuzatiladi. OITning zararlanishi tirikligida 50 % bemorlarda aniqlansa, o'lgandan keyin autopsiyada 80 % bemorlarda aniqlanadi. Umuman, OIV infeksiyasida keladigan KS uchun xos belgilar:

1. Bemorlarning nisbatan yosh ekanligi-o'rtacha 35 yoshda, agressiv kechishi.

2. Teridagi kasallik o'chog'larining tarqoq holda joylashishi. Elementlarning rangining yorqin va yaltiroq ekanligi.

3. Tezda generalizatsiyaga uchrashga moyilligi: shilliq qavatlar, oshqozon-ichak tizimi. nafas a'zolari. limfa tugunlari va boshqa ichki a'zolarga tezda tarqalishi.

4. Shilliq qavatlar va limfa tugunlarida izolatsiyalangan holda uchrashi.

5. Tezda o'lim bilan yakunlanishi – 80 % bemorlar 2 yil ichida halok bo'ladilar.

Terining boshqa kasalliklari

Seboreyali dermatit. Bu OIV infeksiyasida juda ko'p uchraydigan teri alomatlaridan biri bo'lib, 40–83 % bemorlarda kuzatiladi (odatda, bu kasallik 1–3 % odamlarda kuzatiladi). Odatdagi seboreyali dermatitdan qator klinik va morfologik belgilari bilan farq qiladi va bu holat uni OIV infeksiyasi uchun xos belgi deb hisoblashga asos bo'ladi. Kasallikning birinchi klinik alomatlari OITS rivojlanishidan 2 yil oldin paydo bo'lishi mumkin, u o'tkir va og'ir kechadi. Kasallik yog'li giperkeratotik qipiqqlar va kulrang-sarg'ish qaloqlar bilan qoplangan eritematoz dog'lar va pilakchalar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Dastlab jarayon yuz sohasida (og'iz atro-

fida, qoshda. burun yonboshida). shuningdek, boshning sochli qismida, qo'llarning tashqi tomonida joylashadi. Burunning yonidan yuz sohasiga qarab kengayib boradi. kapalakni eslatishi mumkin va disksimon qizil yugurikka o'xshab ketadi. Boshning sochli qismida kasallik o'chog'lari juda ko'p kepaklanishi bilan ajralib turadi. qo'l va tananing yuqori qismida bu jarayon katta sohalarga tarqalgan, kepaklanib turgan, quruqshagan kasallik o'chog'lari va uncha katta bo'lmagan ekzematid o'chog'laridir (nummular seboroidlar). OITSda va OITS assotsiatsiyalangan kompleksda butun teri sathiga tarqalishi mumkin. bunday holda u kuchli qichishish chaqiruvchi bir-birlari bilan qo'shib ketgan eritematoz follikular pilakchalar ko'rinishida bo'ladi va eritematoz follikular ekzema deb yuritiladi. Seboreyali dermatitning bunday universal tarqalishi juda rivojlangan immunosupressiya alomati bo'lib, OITS kasalligining oqibati yomon bo'lishi alomatidir.

Toksikodermiyalar. Dori moddalariga nisbatan kelib chiqqan noxush reaksiyalar OIV infeksiyasida keskin ortib ketadi. Bu immun tizimining funksiyasi buzilganligi, immunitetning pasayib ketganligi bilan bog'liq. Antiretrovirus terapiyasi boshlanganidan 1–2 hafta o'tiboq, 60 % bemorlarda qizamiqni eslatuvchi toshmalar paydo bo'la boshlaydi. Shuningdek, antibiotiklarga ham toksikodermiya tezda kelib chiqadi. Bu bemorlarda Layel sindromi boshqa kasalliklardagidan ko'p kuzatiladi.

Trombotsitopenik purpura OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarning 3–9 % ida kuzatiladi. Trombotsitlar miqdori 50 000 mkl dan pasayganda gemorragik sindrom kuzatiladi. Ayrim mutaxassislar splenektomiya qilish orqali trombotsitlar miqdorini ko'tarishga erishganlari haqida adabiyotlarda ma'lumotlar bor.

Narkotiklarni vena ichiga yuborishning teridagi belgilari. Narkotik moddalarni inyeksiya usulida qabul qiluvchilarning terisida, vena qon tomirlari bo'ylab «yo'l»ni eslatuvchi izlar qoladi. Venalar sklerozga uchraydi, ularning ustidagi teri giperpigmentatsiyaga uchragan, qaloqlar bilan qoplangan, palpatsiyada «tyaj»lar

qo'lga uriladi. Nesteril narkotiklar yuborilishi oqibatida aseptik abscesslar, yiringli infeksiyalar (masalan, flegmona) rivojlanishi kuzatiladi. Ilgari qilingan inyeksiyalar o'rni qo'lda oqish chandiqlar ko'rinadi (29-rasm).



29-rasm. Narkotiklarni vena ichiga yuborishning teridagi belgilari.

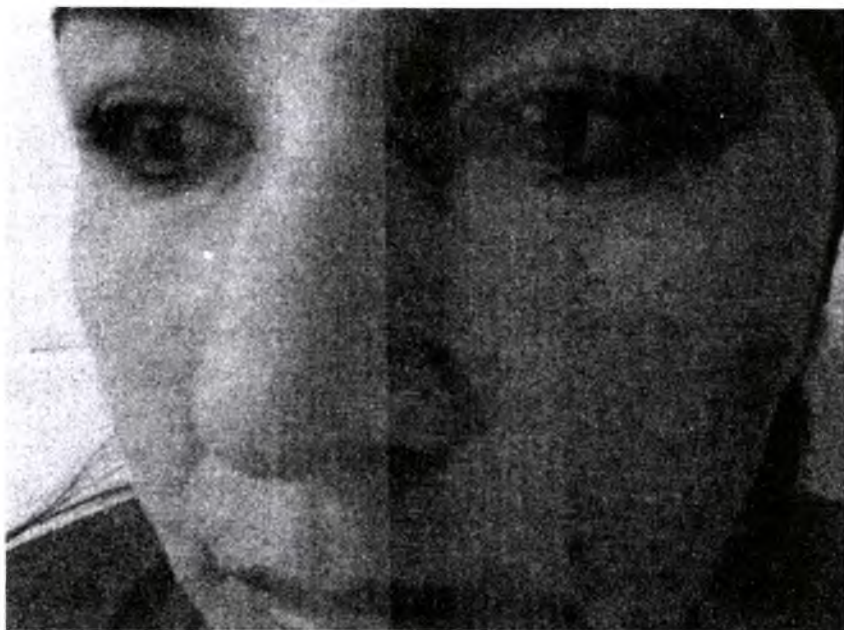
OITSDagi atopik ko`rinishlar. Immun tanqisligi holati ortib borgani sari allergik reaksiyalarga terining moyilligi kuchaya boradi. Ayniqsa, atopiya alomatlari bor bemorlarda bu kuchli namoyon bo`ladi (bronxial astma, vazomotor-allergik rinit, pichanga harorat, atopik dermatit). Bu bemorlarda atopik kasalliklarning avj olishi OITSDning prodromal davridayoq kuzatilishi mumkin. Bularda medikamentoz toksikodermiya ham ko`p uchraydi.

Kseroderma terining quruqlashuvi, asosan, diareya bilan og`rigan yoki malabsorbsiya sindromiga uchragan OITS bemorlarda kuzatiladi. Kasallangan teri ixtiozdagiga o`xshab ketadi, terining quruqlashuvi, ayniqsa, yuzda va kaftda ko`proq bilinadi.

Teleangiektaziyalar OIV infeksiyasining har qanday davrida paydo bo`lishi mumkin. Ular, odatda, ko`krak qafasi sohasidagi terida joylashadi, ayniqsa, o`mrov suyagi usti sohasida, kamroq hollarda quloq suprasida, kaftlar va tovonlarda uchraydi. Biroz bilinuvchi diffuz eritema fonida paydo bo`ladi, bunday teleangiektaziyalar ko`proq amilnitrit va butilnitrit qabul qiluvchi narkomanlarda kuzatiladi. Ko`pincha ko`krak qafasida juda tig`iz (zich) joylashgan teleangiektaziyalar kuzatilib, ular ikkala yelka oralig`ini butunlay qamrab olishi mumkin.

Psoriaz kasalligining qo`zg`alishi yoki paydo bo`lishi 1 % virus tashuvchilarda uchraydi, ba`zan OIV infeksiyasining birinchi belgisi bo`lishi ham mumkin. Kasallik og`ir kechadi, generalizatsiyalangan pustulez elementlar va eritrodermiya shakllari ko`p uchraydi, ko`pincha kaft va tovonlarning zararlanishi bilan boshlanadi. Psoriazning paydo bo`lishi yoki avj olishi- OITSDning yomon oqibatga olib kelishi alomati hisoblanadi.

Disseminatsiyalangan papulez va follikular toshmalar. OIV infeksiyasida ayrim bemorlarda mayda diametri 2–5 mm keladigan juda ko`p miqdordagi papulez toshmalar uchraydi. Ular bir-biri bilan qo`shilmaydi, rangi teri bilan bir xilda, kuchli qichishish chaqiradi. Boshning sochli qismida, bo`yinda ko`proq joylashadi, ammo terining barcha sohalariga tarqalishi mumkin (30-rasm).



30-rasm. Disseminatsiyalangan toshmalar.

Aftozli stomatit. OITS bilan ogʻrigan bemorlarda aftalarning oʻlchami kattaligi bilan (1 sm dan katta) ajralib turadi hamda juda koʻp marotaba qaytalanadi. Koʻpincha ular ogʻizning katta qismini qamrab oladi, tilga, milklarga, lablarga qiziloʻngachga tarqaladi. Qiziloʻngach zararlanganda ogʻriq shu qadar kuchli boʻladiki, bemorlar ovqat yeyolmaydilar va tezda ozib ketadilar.

Reyter kasalligi OITSda kam uchraydi, ammo paydo boʻlsa, ogʻir kechadi. Koʻpincha uchla simptomi: artrit, uretrit (yoki servitsit), konyunk tivit yoki uveit bir vaqtning oʻzida namoyon boʻladi. Ular bilan birgalikda sirtsinar balanit, ogʻiz shilliq pardasining ogʻriqsiz yaralari, kaft va tovon keratodermiyasi yuzaga chiqadi. Qariyb barcha bemorlarda enteropatiya kuzatiladi. Boʻgʻimlarda juda rivojlangan destruktiv oʻzgarishlar kuzatiladi, davolash yaxshi samara bermaydi.

Giperalgezik psevdotromboflebitik sindrom OITSnig noodatiy namoyon bo'lishi hisoblanadi. klinik manzarasi tromboflebitni eslatadi. Oyoqlarda shish va og'riq kuzatiladi, teri osti venalari ustida og'riqli tarang tortilgan tyajlar kuzatiladi, ularning ustida teri eritemaga uchragan, zichlashgan. Harorat yuqori ko'tarilib. 39,5°Cga yetadi. Chuqur venalar tromboflebiti aniqlanmaydi (ya'ni bu yerda tromboflebit kasalligi yo'q). jarayon 1–4 haftadan keyin regressga uchraydi.

Zaxmning kechishi. OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda bir vaqtning o'zida zaxm kasalligi uchrasa, u tezda kechadi. bir necha oy ichida uchlamchi zaxmgacha borishi mumkin. Neyrosifilis erta rivojlanadi (5 oydan keyin bo'lishi mumkin). KSR 50 % hollarda manfiy natija beradi. Umuman OIV infeksiyasi bilan birga uchraganda zaxmning kechishi uchun quyidagilar xos hisoblanadi:

– kechishining tezlashishi. natijada kechki zaxm juda tez fursatda kelib chiqadi;

– asab tizimining juda erta va qonuniy ravishda zararlanishi;

– og'ir. atipik kechishi. kam uchraydigan shakllarining ko'p uchrashi:

– ikkilamchi zaxmda papulez sifilidlarning absolut ko'p uchrashi. ularning qichishish bilan kechishi;

– yarali qattiq shankrning ko'p uchrashi;

– oq treponemaning juda ko'p ajralishi.

Terminal bosqich

Kasallikning **terminal bosqichida**, ya'ni sof OITSda, asosan, biror a'zoning zararlanishi ustuvor bo'ladi va unga qarab har xil shakllarga bo'linadi.

O'pka shaklida pnevmoniya alomatlari boshqa kasalliklardan ustuvor bo'ladi. Pnevmoniyalar 57 % hollarda pnevmosistalar.

43 % hollarda esa sitomegaloviruslar tomonidan chaqirilgan bo'lishi mumkin. Shuningdek, ko'pchilik hollarda mikobakteriyalar (asosan, sil tayoqchalari), kriptokoklar, koksidioidoz, aspergillalar, gistoplazmalar, toksoplazmalar, legionellalar, oddiy uchuq virusi kabi qo'zg'atuvchilar ham topiladi.

Nevrologik shaklida ensefalopatiya, meningit, ensefalit, mielopatiya, bosh miyaning o'chog'li zararlanishlari kuzatiladi. Bu o'zgarishlarning kelib chiqishiga sabab toksoplazmalar, kriptokoklar, sitomegaloviruslar, gistoplazmoz, boshqa opportunistik infeksiyalar va limfomalar hisoblanadi. Bemorlarda, ayniqsa, yosh bolalarda kuzatiladigan demensiya neyronlarning bevosita ITV bilan zararlanganligiga bog'liq. Umuman olganda, asab tizimining zararlanishi 90–95 % bemorlarda u yoki bu darajada kuzatiladi.

Oshqozon-ichak shaklida eng asosiy klinik alomat bu persistirlovchi yoki retsidivlovchi diareya bo'lib, tana vazni progressiv ravishda pasaya boradi, intoksikatsiya va suvsizlanish alomatlari ustuvor bo'ladi. Bunday holatning kelib chiqishiga sabab bo'luvchi omillar: amyobalar, lambliyalalar, shigellalar, salmonellalar, mikobakteriyalar, koksidiyalar, kriptosporidiyalar.

Haroratli shaklida tana harorati doimiy ravishda, (yoki epizodik hollarda) febril darajada ko'tarilib, tana vaznining pasayishi bilan kechadi.

Teri shaklida eng asosiy klinik alomati Kaposhi sarkomasi (KS) hisoblanadi. KSning dermal va vistseral variantlari uchrashi mumkin. Vistseral shaklida ichki a'zolarning zararlanishi ustuvor bo'ladi, terining zararlanishi keyin qo'shiladi. Teri shaklida esa birlamchi ravishda teri va shilliq qavatlar zararlanadi, ichki a'zolar keyin ikkilamchi qo'shiladi.

Endi OIV infeksiyasida ustuvor ravishda zararlanishi kuzatiladigan ichki a'zoldagi jarayonlarni ko'rib chiqamiz.

Limfatik va qon hosil qilish tizimlarining zararlanishi

Limfatik kapillarlar, limfa tomirlari va limfa tugunlarini o'z ichiga olgan limfatik tizim immun tizimining asosiy qismini tashkil qiladi. Limfa tizimining OIV infeksiyasiga chalinishi oqibatida generalizatsiyalangan limfadenopatiya kelib chiqadi. OIV infeksiyasida limfa tizimining zararlanishining asosiy sabablari quyidagilardir:

- OIVning limfa tizimiga bevosita (to'g'ridan to'g'ri) ta'siri;
- patogen va opportunistik infeksiyalar, parazitlar, viruslar, zamburug'lar tomonidan chaqirilgan ikkilamchi infeksiyalar;
- o'smalar.

OIVning to'g'ridan to'g'ri ta'siri limfa tizimidagi nishon hujayralarni, ya'ni CD4 limfotsitlarni, monotsitlar/makrofaqlarni, dendrit hujayralarni, va yana nisbatan boshqa hujayralarni zararlashi bilan bog'liq. Kasallikning eng erta bosqichidayoq yuqorida sanab o'tilgan hujayralar virus bilan zararlangan bo'ladi va bu holat kasallik rivojlanib borgan sari limfa tizimining boshqa infeksiyalar va viruslar bilan zararlanishini avval boshdanoq belgilab beradi. OIV infeksiyasida limfa tugunlarining reaksiyasi bir necha turlarga bo'linadi, bular dinamik jarayonning giperplaziya bilan boshlanib, atrofiya bilan tugaydigan navbatma-navbat kelgan bosqichlaridir. Bu bosqichlar rivojlanib borayotgan kasallikning simptomlari bilan mos keladi.

Limfadenopatiyaning quyidagi tiplari (bosqichlari) farq qilinadi:

1. Follikular giperplaziya.
2. Gipervaskular follikular tip.
3. Aralash follikular tip.
4. Limfoid qashshoqlanish (silla qurishi) bilan kechuvchi follikular involutsiya.

Follikular giperplaziyada (eksploziyali deb ham yuritiladi) follikulalar juda katta, noto'g'ri shaklda, ba'zan butun tugunga tarqalgan

bo'ladi. CD8 va CD19 limfotsitlarning subpopulatsiyasi ko'paygan. CD4/CD8 nisbati CD4 hujayralarining kamayishi hisobiga pasaygan. Gipervaskular follikular tipdagi limfadenopatiya Kaposhi sarkomasi bilan og'rikan bemorlarda assotsiatsiyada keladi. Aralash tipdagi limfadenopatiyada follikulalar ham giperplaziyaga uchragan, ham involutsiyaga uchragan bo'ladi, dendrit hujayralar miqdori kamaygan bo'ladi. ko'pincha opportunistik infeksiyalar rivojlanganda kuzatiladi. Limfoid qashshoqlanish tipida esa follikulalarni farqlab bo'lmaydi, ular fibrozga uchragan, oz miqdorda saqlanib qolgan limfotsitlar faqatgina CD8 hujayralaridan iborat.

OIV infeksiyasining o'tkir infeksiya fazasida klinik belgilardan poliadenopatiya kuzatiladi. Dastlab ensa va bo'yinning orqa sohasidagi limfa tugunlari kattalashadi, keyinchalik esa jag' osti, qo'ltiq osti va chov sohalaridagi tugunlar kattalashadi. Ularning o'lchamlari 1–3 sm diametrli, yumshoq-elastik konsistensiyali, bir-birlari bilan qo'shilmagan, og'riqsiz. Ularning ustidagi teri o'zgarmagan. Poliadenopatiya 2–4 hafta saqlanib turadi, keyin regressga uchraydi, ammo ba'zan, kasallik progressiyalovchi kechganda poliadenopatiya so'rilmaydi, balki persistirlovchi generalizatsiyalangan limfadenopatiyaga (PGL) transformatsiya qiladi. PGLning OIV infeksiyasidagi diagnostik mezonlari quyidagilardir:

1) ikkita va undan ortiq sohadagi limfa tugunlarining yallig'lanishsiz kattalashuvi; 2) uzoq vaqt–3 oydan ortiq vaqt mobaynida saqlanib turishi; 3) limfadenopatiyaning limfa tugunlarini kattalashuviga sabab bo'luvchi boshqa patologik jarayonlar bilan aloqasi yo'qligi. OIV infeksiyasi rivojlanib (kuchayib) borgani sari, ayniqsa, opportunistik infeksiyalar rivojlanganda, limfa tugunlari asta-sekin zichlasha boradi va qattiq-elastik konsistensiyaga ega bo'ladi. Kasallikning terminal bosqichida limfa tugunlari kuchli ravishda kichrayadi, hattoki ilgari kattalashgan limfa tugunlari yo'qolib ketishi mumkin (umuman palpatsiya qilinmaydi).

OIV infeksiyasining erta bosqichlarida ayrim bemorlarda **giperlimfotsitoz sindromi** qayd qilingan. Bunda periferik qonda CD8

limfotsitlar miqdori ortib ketishi kuzatiladi, har xil aʼzolar va toʻqimalarda diffuz limfotsitar infiltratsiya va PGL kuzatiladi. Ushbu sindromda koʻpincha interstitsial pnevmoniya, soʻlak bezlarining zararlanishi, psevdotumoroz splenomegaliya, periferik neyropatiya kuzatiladi. Olimlar bu sindromni OIV infeksiyasiga nisbatan immun tizimining individual (har bir bemor odamning oʻziga xos) reaksiyasi deb qaraydilar.

OIV infeksiyasining progressivlashib borishiga taʼsir qiluvchi omillardan biri qon hosil qiluvchi tizimdagi oʻzgarishlardir. Bu oʻzgarishlar spektri juda xilma-xil va gemopoezning barcha zvenolariga taalluqlidir.

OIV infeksiyasi uchun eng xarakterli alomat qonda CD4 limfotsitlarining miqdorining pasayishi va immun tanqisligi holatidir. ITV bu hujayradan tashqari yana dendrit hujayralarini, monotsitlarni, makroflaglarni ham bevosita zararlaydi, ammo monotsitlar miqdori kasallikning kechki bosqichida (OITS) ham amaliy jihatdan kamaymaydi, faqatgina ularning funksional faolligi oʻzgaradi. Qondagi eozinofillar bilan OIV eozinofillarning plazmatik membranasida joylashgan gp 120 orqali aloqaga kirishadi va uni ham bevosita zararlaydi. Ayniqsa, bu holat bolalarda OIV infeksiyasi patogenezida katta ahamiyatga ega. Qondagi B-limfotsitlar OIV bilan Epshteyn-Barr viruslari birgalikda taʼsir qilishi oqibatida bevosita zararlanadi. Megakariotsitlarning 25 % qismida CD4 retseptorlar ekspressiya qilingandir, shuning uchun ushbu hujayralar ham OIV bilan bevosita zararlanadi. Sanab oʻtilgan hujayralarning zararlanishi oqibatida qonda qator oʻzgarishlar kelib chiqadi. Kasallikning erta bosqichlarida neytropeniya, anemiya, trombositopeniya kuzatilishi mumkin. Kechki bosqichlarida esa kuchli neytropeniya, anemiya, retikulotsitopeniya, trombositopeniya, monotsitopeniya kuzatiladi. Neytropeniyaning rivojlanishi, asosan, opportunistik infeksiyalar qoʻshilgan davrga toʻgʻri keladi, antiretrovirusli terapiya hamda opportunistik infeksiyalarga qarshi olib borilgan davolash vositalarining taʼsiri natijasida neytropeniya yanada zoʻrayadi. Ane-

miyaning kelib chiqishida retikulotsitopeniya, IL-1 ning supressiv taʼsiri, vitamin-12 va foliy kislotasi defitsiti asosiy rol oʻynaydi. OIV infeksiyasidagi gematologik oʻzgarishlarning eng asosiylaridan biri bu trombotsitopeniyadir. Trombotsitopeniya rivojlanishiga megakariotsitlarning bevosita zararlanishidan tashqari autoimmun agressiya ham taʼsir koʻrsatadi. Asosiy hujayra-nishon hisoblanadigan T-limfotsitlar miqdori (T-xelperlar) qonda kasallikning erta bosqichidayoq kamaya boradi va terminal bosqichda kritik holatga tushib qoladi. OIV infeksiyasiga chalingan koʻpgina bemorlarda suyak iligining (kemikning) qon hosil qilish funksiyasida oʻzgarishlar buzilishlar aniqlanadi. Bu sindromlardan eng umumiyysi mielodisplaziya hisoblanadi (4-jadval).

4- jadval

OIV infeksiyasida suyak iligidagi (kemikdagi) oʻzgarishlar

Tekshiriluvchi obyekt	OIV infeksiyasining erta bosqichi	OIV infeksiyasining kechki bosqichi
Granulotsitar qator Eritrotsitar qator Megakariotsitar qator Limfotsitlar Plazmotsitlar	Meʼyorda giperplaziya Meʼyorda giperplaziya Meʼyorda giperplaziya T-hujayralar tinch yoki faol holatda Miqdori ortgan	Gipoplaziya Gipoplaziya Gipoplaziya

Kasallikning erta bosqichlarida giperplastik oʻzgarishlar aniqlansa, kasallik progressiyaga uchragani sari, kechki bosqichlarida gipoplaziya rivojlanadi.

Kemikdagi strukturali oʻzgarishlar ham gemopoetik toʻqimalarga, ham stromal elementlarga taalluqlidir. Dismielopoez har xil sabablar tufayli kelib chiqqan boʻlishi mumkin. Birinchidan, gemopoezning dastlabki hujayralarining virus bilan bevosita zararlanishi

tufayli qon hosil qiluvchi hujayralarning proliferatsiyasi va differensirovkasi buziladi. Ikkinchidan, qon hosil qiluvchi hujayralar atrofidagi mikroto'qimalarning viruslar bilan zararlanishi, ularning xususiyatini o'zgartiradi va bu, o'z navbatida, mielodisfunksiya-ga olib keluvchi omillardan biri bo'ladi. Adabiyotlarda sinusoidal tomirlarning endoteliysi bevosita OIV bilan zararlanganligi va oqibatda ularning funksional qobiliyatida o'zgarishlar kuzatilganligi to'g'risida ma'lumotlar bor. Bundan tashqari, stromal fibroblastlarni OIV zararlashi oqibatida ularning funksiyasi buziladi, koloniestimulatsiya qiluvchi omilni ishlab chiqarishi kamayadi, bu omil esa mieloid qator hujayralarining proliferatsiyasi va differensiat-siyasiga ta'sir qiladi. Stromal hujayralarga yana yallig'lanish oqibatida ko'p miqdorda ishlab chiqarilgan sitokinlar (FNO- α , IL-1 β , IL-6) ham ta'sir ko'rsatadi, stromal hujayralarning koloniestimu-latsiya qiluvchi omillar ishlab chiqarishini kamaytiradi (ingibitsiya qiladi).

Stromal hujayralar funksional faolligining buzilishida ko-infek-siyalar, avvalo, sitomegalovirusli infeksiya (TSMVI) katta ahami-yat kasb etadi. Kemik hujayralari SMV uchun nishon hisoblanadi. SMVlar stromal hujayralarni ham, gemopoetik hujayralarni ham zararlaydi. Natijada mielosupressiya va limfosupressiya yanada kuchayadi. ITVning qon hosil qiluvchi polipotent stvol hujayrani zararlashi haqida tortishuvlar bor, ya'ni ayrimlar uni zararlani-d deyдилar, ba'zilar esa buni inkor qiladilar.

OIV infeksiyasiga chalinganlarda aniqlanadigan gematologik o'zgarishlar kasallikning manzarasini tashkil qiluvchi asosiy klinik simptomlar hisoblanmaydi, ammo bu o'zgarishlarning kuchli namoyon bo'lishi infeksiyaning og'ir kechayotganidan va progressi-yaga uchrayotganidan darak beradi.

Nafas tizimi a'zolarining zararlanishi

Nafas tizimi a'zolarining zararlanishi OIV infeksiyasi kasalligining asosiy belgilaridan va bemorlar o'limining asosiy sabablaridan biridir. OIV infeksiyasiga chalinganlarning 80 % dan ko'prog'ida o'pkaning zararlanishi kuzatiladi, bulardan 90 % infeksiyon etiologiyaga ega. OIV infeksiyasida o'pkada uchraydigan kasalliklarning asosiy shakllari quyida keltirilgan.

1. Infeksiyon kasalliklar:

– bakteriyalar tomonidan chaqirilgan: pnevmokoklar, gemolitik tayoqcha, ko'k yiring tayoqchasi, stafilokok, sil mikobakteriyasi, avium mikobakteriyasi kompleksi tomonidan chaqirilgan kasalliklar. Bular ichida eng ahamiyatlisi o'pka silidir:

– protozoynli: pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya;

– virusli: sitomegaloviruslar tomonidan chaqirilgan pnevmoniyalar:

– zamburug'li: kriptokoklar, gistoplazma, koksidioidomikoz chaqirgan o'pkaning zararlanishi.

2. O'smalar:

– Kaposhi sarkomasi;

– Noxodjkinli limfoma.

3. Boshqa kasalliklar:

– limfoidli interstitsial pnevmoniya.

O'pkaning infeksiyon kasalliklari immun tizimi yetishmovchiligining oqibatidir. OIV infeksiyasining erta davrlarida, hali immun tizimida o'zgarishlar unchalik rivojlanmagan davrda (SD4 limfotsitlari nisbatan saqlanib qolganda) bu bemorlarda ham boshqa hamma odamlardagi kabi kasalliklar kuzatiladi. CD4 limfotsitlar miqdori 20 % dan pasayganda (2001 mkl da) opportunistik infeksiya rivojlanish xavfi boshlanadi. Bu bemorlarda pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya eng ko'p uchraydigan kasallikdir. Ammo endemik zonalar uchun xos bo'lgan infeksiyalar ham katta rol o'ynaydi. Bizning sharoitimizda esa bu bemorlarda

o'pkaning sil kasalligi eng ko'p uchraydigan kasallikdir. Bakteri-
al pnevmoniyalardan pnevmokoklar tomonidan chaqirilgani ushbu
bemorlarda boshqa populatsiyadagilarga nisbatan 5 barobar ko'p
uchraydi. Bu bemorlarda pnevmoniya bakteriemiya bilan birga ke-
lishi ko'proq kuzatiladi, shuning uchun adekvat davolangandan ke-
yin ham uning retsidivi kuzatiladi.

**Atipik mikobakterioz (avium mikobakteriya kompleksi –
MAK) OIV infeksiyasida ko'p uchraydi, generalizatsiyaga moyil
bo'ladi, o'pkadan boshqa a'zolari ham zararlaydi. Virusli infeksi-
yalardan eng ko'p uchraydigani SMVdir, bu kasallik OIV infek-
siyasida 23 % bemorlarda aniqlanadi. Klinik va rentgenologik alo-
matlari o'ziga xos emas, boshqa barcha pnevmoniyalarga o'xshash,
shuning uchun tashxis faqat gistologik tekshiruvdan keyin qo'yila-
di. Zamburug'li infeksiyalardan kriptokoklar tomonidan chaqiril-
gan pnevmoniya 10–30 % bemorlarda uchraydi. O'pka kriptokoklar
uchun eng yaxshi ko'rib zararlaydigan a'zo hisoblanadi. O'pka
kriptokokkozi yashirin kechadi, yoki nospetsifik pnevmoniyaga
o'xshab kechadi, shuning uchun uni kam aniqlanadi. Bkmorlar-
da balg'am chiqishi bilan kuzatiladigan yo'tal, ko'krak qafasida
o'tmas, sanchig'li og'riq, taxipnoye, havo yetishmasligi kuzatiladi.
Rentgenologik tekshirilganda o'pkaning o'rta va pastki bo'limla-
rida diametri 2–7 sm bo'lgan, «tanga» kabi (dumaloq) fokal yoki
diffuz interstitsial infiltrat aniqlanadi. Toksoplazmalar tomonidan
chaqirilgan pnevmoniya bu bemorlarda markaziy asab tizimi tok-
soplazmozining asorati sifatida namoyon bo'ladi. Klinik jihatdan
dispnoe, harorat ko'tarilishi, quruq yo'tal, tezda rivojlanuvchi na-
fas yetishmovchiligi kuzatiladi. Rentgenologik tekshiruvda modu-
lar infiltrat yoki o'pka suratining kuchayishi aniqlanadi. Kriptospor-
idioz tomonidan chaqirilgan pnevmoniyada bemorlarda beto'xtov
yo'tal kuzatiladi.**

Pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya (PP)
eng ko'p tashxis qilinadigan OITS indikatorli kasallik hisoblanadi.
Uning klinik ko'rinishi polimorf bo'lib, bemorning immun tizimi-
ning holatiga bog'liq.

OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarning 70 % da bu kasallik aniqlanadi, ammo erta tashxis qo'yilganligi va faol davolanganligiga qaramay, 10–20 % bemorlar shu kasallik oqibatida halok bo'ladilar. Klinik jihatdan haroratning ko'tarilishi, hansirash, taxipnoye, quruq yo'tal, ko'krak qafasida og'riq, titrab-qaltirash, ba'zan balg'am ajralishi kuzatiladi. PP bilan og'rigan 66 % bemorlarda yengil rivojlangan DVS sindromi kuzatiladi. Auskultatsiyada o'pkada patologiya aniqlanmaydi. Rentgonologik tekshiruvda ikki tomonlama diffuz interstitsial infiltrat aniqlanadi. 5–10 % bemorlarda rentgenologik o'zgarishlar kuzatilmaydi. Kasallik qaytalananda pnevmotoraks rivojlanishi xavfi ortadi.

O'pka sili. OIV infeksiyasining pandemiyasi dunyo bo'ylab tezda tarqalib borgani sari sil kasalligi bo'yicha epidemiologik vaziyat ham og'irlashib bormoqda. Aholi orasida mikobakteriyalar bilan infitsirlanganlarning o'ta yuqoriligi, OIV infeksiyasining davosi yo'qligi, bu ikkala kasallikning birga kelishini o'ta dolzarb muammoga aylantirib yubordi. Tinchlik bo'yicha Nobel mukofoti laureati Nelson Mandela bu haqda shunday degan edi: «Agar biz silga qarshi kurashmasak OITS ustidan g'alaba qozona olmaymiz. Sil kasaligi OITS bilan og'rigan bemorlar uchun o'lim hukmi demakdir». OIV infeksiyasi bilan assotsiatsiyada (birgalikda) kelgan o'pka sili shu qadar ko'p uchraydiki, unga qarshi tadbirlar tezlik bilan amalga oshirilmasa yomon oqibatlarga olib keladi. OIV infeksiyasi sil epidemiyasini nafaqat boshqarib turadi, balki uning klinik manzarasini o'zgartiradi va oqibatini fatal ko'rinishga olib keladi.

OIV sil mikobakteriyasini yaqinda yuqtirib olganlarda faol kasallikni chaqiradi, latent o'chog'i borlarda esa uni faollashtiradi, ilgari kasal bo'lganlarda esa silning retsidivini chaqiradi. JSST ma'lumotiga ko'ra, OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarning 70 % ida o'pka sili rivojlanadi, undan kuzatiladigan o'lim esa keskin ortadi va 32 % ga yetadi (ba'zi manbalarda 43–89 % gacha). O'lganlar orasida 20–49 yoshli bemorlar 54.2 % ni tashkil etadi (31–32-rasmlar).



31-rasm. Pnevmosistali pnevmoniyaning rentgenografik tasviri.



32-rasm. O'pka sili. Rentgenografiya.

JSST Yevropa byurosining hisobotiga ko'ra OITS bilan silning birga kelishi narkomanlar orasida juda yuqori bo'lib, OITSni boshqa yo'l bilan yuqtirib olganlarga nisbatan 20 % ko'p uchraydi. OITSni narkotiklarni inyeksiyada qabul qilganda yuqtirib olgan bemorlar ko'pchilikni tashkil qiladigan mamlakatlarda (Ispaniya, Portugaliya) bunday bemorlar soni (ya'ni OITS va sil kasalligining birga kelishi) 51 % ni tashkil qiladi. Bir qator olimlarning fikricha, OIV infeksiyasi fonida sil kasalligi 50–70 % hollarda o'pkadan boshqa a'zolari zararlaydi, ko'pincha bunday holat kasallikning oxirgi bosqichlarida (OITSda), ya'ni CD4 hujayralari o'ta keskin pasayganda kuzatiladi. Bunday holatda silning klinikasi o'zgaragan bo'ladi va tashxis qo'yishga kechikiladi. Masalan, OITSGa chalingan narkomanlarda sil meningiti 21 % ni tashkil qiladi, kasallikning oqibati esa o'ta yomon. OIV infeksiyasi va silning bunalik ko'p birga kelishini belgilab beruvchi omil, ikkala kasallik uchun ham patogenezining o'ziga xos tomonlaridir. OIV, asosan, CD4 hujayralarni zararlaydi, bu hujayralar esa silga qarshi immunitetda asosiy rolni o'ynaydi. CD4 hujayralarining kamayishi oqibatida interleykin-2, interferon-L ishlab chiqarilishi kamayib ketadi. OIV, shuningdek, alveolalardagi makrofaglarga, monotsitlarga va polinuklear hujayralarga ta'sir qiladi, ularning fagotsitoz qilish va o'pkaga migratsiya qilish qobiliyatlari pasayib ketadi. O'pka silidagi patomorfologik o'zgarishlar ham CD4 hujayralarining miqdoriga bog'liq. Yuqoridagi hujayralar miqdori pasayib borgani sari silning yallig'lanish zonasida quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi: tipik sil granulemalari dastavval kam uchraydi, keyinchalik esa umuman yo'qolib ketadi; ularda sil uchun xarakterli bo'lgan Pirogov-Langxans hujayralari mavjud emas; epitelioid hujayralar ancha kamayib ketadi; makrofaglar ko'payishi mumkin, ammo ular funksiyasini to'liq bajara olmaganligi sababli granulema hosil qilish qobiliyati yo'q.

Sil kasalligining klinik manzarasi OIV infeksiyasining bosqichiga va immun tanqisligining darajasiga bog'liq. Umuman, OIV

infeksiyasida sil uchun o'ta yomon sifatli kechish, klinik belgilari-ning og'irligi. o'pkadagi jarayonning juda tezda progressga uch-rashi, boshqa a'zolarga generalizatsiya berishi va disseminatsiyasi. balg'amda mikobakteriyalarning topilmasligi, rentgenologik man-zarasining o'zgarishi va tezda o'lim bilan (4–6 haftadan keyin. kam hollarda 9–12 oydan keyin) yakunlanishi xosdir. Ko'krak qafasi rentgenografiyasida bu bemorlarda ko'pincha o'pkaning ildiz oldi sohasida (прикорневая зона) adenopatiya, o'pkada miliar toshma-lar, interstitsial o'zgarishlar va plevral suyuqlik ajralishi kuzatiladi. Kasallik o'chog'ining keng tarqalganligi, disseminatsiyaga moyil-lik, ko'plab o'pkadan tashqari a'zolarning zararlanishi OIV infek-siyasida kelgan sil uchun eng xos belgilardir. OIV infeksiyasining erta bosqichlarida va kechki davrlarida (sof OITSda) ham silning klinik manzarasida farqlar kuzatiladi. Erta bosqichlarda uchragan-da klinik manzarasi ikkilamchi silni eslatadi, kechki bosqichda esa birlamchi silni eslatadi, balg'amda mikobakteriyalar kechki bosqichda juda kam (19 %) hollardagina topiladi, erta bosqichda o'pkada to'qimaning yemirilishi va bo'shliqlar (kavernalar) hosil bo'lishi kuzatilsa (45 % bemorlarda), kechki bosqichlarda infil-tratsiya ustuvor bo'ladi va kavernalar kam (20 %) uchraydi. Tu-berkulin sinamalari (Mantu sinamasi) kasallikning erta bosqichla-rida 75 % gacha hollarda musbat bo'ladi, kechki bosqichlarda esa 6.7 % hollarda musbat bo'ladi. xolos. OIV infeksiyasining kechki bosqichlarida hujayra immunitetining juda pasayib ketishi oqi-batida sil kasalligi o'chog'i chegaralanib qolishi mumkin bo'lmay qoladi va u tezda disseminatsiyaga uchraydi, jarayon generalizatsi-yalangan tus oladi. Shuningdek, kechki bosqichlarda intoksikatsiya alomatlari ham ustuvor bo'ladi. Bunda 19 % bemorlarda rentgeno-grammada faqat o'pka suratining kuchayishi kuzatiladi xolos, 32 % bemorlarda esa rentgenogrammada o'zgarishlar intoksikatsiya alo-matlaridan 4–14 hafta o'tgandan keyin paydo bo'ladi. Yuqorida keltirilganlarni jamlab xulosa qilinadigan bo'lsa, OIV infeksiya-sining dastlabki bosqichlarida, CD4 hujayralar miqdori 1ml da 500

tadan ortiq bo'lsa, silning klinik manzarasi odatdagicha (OIV manfiy bemorlardagi) kechadi. CD4-limfotsitlar miqdori kamayib borгани sari silning klinik manzarası ham o'zgaradi, disseminatsiyaga uchraydi, o'pkadan boshqa a'zolari ham zararlaydi. Sof OITS bosqichida esa o'ta yomon sifatli kechadi, o'pkadagi jarayon o'ta tezlik bilan progressga uchraydi, boshqa a'zolariga generalizatsiya beradi va 4–6 haftadan keyin (ba'zan 9–12 haftadan keyin) o'lim bilan yakunlanadi. Bunda silga qarshi davo o'tkazish, odatda, samara bermaydi.

Silning o'pkadan tashqari shakllaridan yana eng ko'p uchraydigani, OIV infeksiyasining qanday bosqichda ekanligidan qat'i nazar, limfa tugunlarining silidri 30 % hollarda kuzatiladi. Undan keyingi o'rinda taloq, jigar, bosh miya, mushaklar turadi. Bolalarda esa suyaklar va bo'g'imlar sili juda ko'p uchraydi. Bu kasallik ko'pincha generalizatsiyalangan tus oladi va o'pkani, ichaklarni, miya pardalarini, jigarni, taloqni, mezenterial limfa tugunlarini, ko'zni, perikardni zararlaydi. Barcha olimlar OITS bilan birga kelgan sil kasalligini diagnostikasi o'ta qiyin ekanligini e'tirof etadi, chunki bu ikkala kasallikning klinik alomatları juda o'xshashdir. OIV infeksiyasi bilan birga kelgan silning asosiy klinik belgilari: aniq rivojlangan intoksikatsiya alomatları, asteniya, doimiy yoki intermitterlovchi harorat, uzoq davom etuvchi yo'tal, hansirash, bemorning ozib ketishi, diareya. 65 % hollarda bo'yin, qo'ltiq osti, chov sohalaridagi limfa tugunlarining kattalashuvi kuzatiladi, kattalashgan limfa tugunları zich konsistensiyali, g'adir-budir, palpat-siyada siljishi qiyinroq.

Ayrim olimlar OIV infeksiyasida o'pkadagi sil o'choqlari odatdagi bemorlarga nisbatan kamroq rivojlangan desalar, boshqalari esa bunday bemorlarning yarmida rentgenologik tekshiruvlarda o'pkaning miliar sili aniqlanadi, kasallik septik shok bilan asoratlanadi, ko'pgina a'zolarining funksiyasi buziladi, tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar kech davolashga va o'limning ko'pligiga sabab bo'ladi deb ta'kidlaydilar. OIV infeksiyasining erta bosqichlarida

infiltrativ va oʻchogʻli oʻpka sili 70 % hollarda kuzatiladi, kechki bosqichlarida esa disseminatsiyalangan sil va koʻkrak ichidagi limfa tugunlari sili 61.4 % ni tashkil qiladi. Tarqalgan bronxoadenit faqat kasallikning kechki bosqichlarida 33 % uchraydi. OIV infeksiyasi bilan kelgan oʻpka silida koʻpincha bir vaqtning oʻzida banal bakterial pnevmoniya ham kuzatiladi. bu esa. oʻz navbatida. tashxis qoʻyishni qiyinlashtiradi, adekvat davoni boshlashni kechiktiradi. Bunday hollarda banal pnevmoniya silning asorati emas, balki uni kuchaytiruvchi omildir.

OIV infeksiyasida silni diagnostikasining qiyinligiga yana bir sabab balgʻamda va boshqa ajralmalarda mikobakteriyalarning topilmasligidir (abatsilar), shuning bilan birga bu bemorlarda bakteriyemiya yuqoridir (OIV infeksiyasiz silga chalinganlarga nisbatan). Koʻpincha bu bemorlarda qonda 33 % hollarda mikobakteriyalarning topilishi sil kasalligining birinchi alomati boʻladi. OIV infeksiyasi foni rivojlangan silning tarqalmagan shakllarida qondan 28 % hollarda mikobakteriyalar oʻstirib olingan, disseminatsiyalangan turlarida esa 83 % hollarda, sildan tashqari opportunistik infeksiya mavjud boʻlgan bemorlarda esa 100 % ajratib olingan. Bemorlarda tuberkulinga asoslangan diagnostika usullaridan foydalanish samarasizdir, chunki ularda tuberkulinga anergik reaksiya 90 % bemorlarda kuzatiladi (OIV infeksiyasiga chalinmaganlarda bu 40 % ni tashkil qiladi). OIV infeksiyasining kechki bosqichlarida silning rentgenologik diagnostikasi ham oʻta qiyin. Bemorlarda oʻpka maydonining interstitsial tipda biroz toʻyinishi, butun oʻpka boʻylab mayda polimorf yoki monomorf oʻchogʻlar aniqlanadi, xolos. OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda oʻpkadan boshqa aʼzolar silining koʻp uchrashi, bu kasallikning diagnostikasida kompyuter tomografiyasi, sonografiya kabi zamonaviy instrumentlar yordamida tekshiruv usullaridan keng foydalanishni taqozo etadi. Sil kasalligining ogʻirligi immunitetning pasayishi darajasiga toʻgʻri proporsionaldir. CD4 limfotsitlar miqdori 100 mkl dan pasayganda jarayonning generalizatsiyasi kuzatiladi, immunoglobulu-

linlardan A, M, G lar miqdori ham ortadi. bunda IgG miqdorining ortishi sil jarayonining og'irligiga to'g'ri proporsional bo'ladi. OIV infeksiyasining dastlabki bosqichlarida silning cheklangan shakllari boshqa opportunistik infeksiyalardan oldin paydo bo'lsa, keyinchalik kechki bosqichlarida esa sil bilan ko'pincha Kaposhi sarkomasi, SMVI, kandidoz kabi kasalliklar birga keladi. Ilgari o'pka sili bilan og'rigan bemorlar OIV infeksiyasini yuqtirib olganda, 30 % hollarda silning retsidivi kuzatiladi. shuning uchun bunday bemorlar uzoq vaqt nazorat ostida turishlari va davolanib borishlari kerak.

OIV infeksiyasida o'pkada o'sma kasalliklaridan **Kaposhi sarkomasi** uchraydi, ko'pincha u disseminatsiyalanish oqibatida o'pkani zararlaydi. Uning klinik alomatlari nospetsifik bo'lib, harorat ko'tarilishi, ozib ketish, hansirash, plevrada suyuqlik yig'ilishi kuzatilishi mumkin. Rentgenologik tekshiruvda ikki tomonlama interstitsial yoki parenximatoz infiltratsiyalar aniqlanadi, ularning chegarasi noaniq, ba'zan plevrada suyuqlik, kam hollarda esa massiv infiltratlar kuzatiladi.

Limfomalarning o'pkani zaralashi kamroq uchraydi. ular, asosan, asab tizimi, oshqozon ichak tizimidagi limfomalar bilan birgalikda keladi. Rentgenologik tekshiruvda mediastinal limfa tugunlarining kattalashuvi, interstitsial va parenximatoz infiltratlar, plevraning qalinlashuvi va suyuqlik yig'ilishi, ba'zan massiv infiltrat kuzatiladi. Juda kam hollarda bronxogen kartsinoma uchraydi.

Limfoidli interstitsial pnevmoniya (LIP), asosan, OITS bosqichida bolalarda uchraydi. Bolalarda asta-sekin progressiyalanuvchi hansirash, quruq yo'tal, haroratning ko'tarilishi va tana vaznining pasayishi kuzatiladi. Adenopatiya, gepatosplenomegaliya, uveit, so'lak bezlarining kattalashuvi kuzatiladi, auskultatsiyada o'pkaning pastki sohalarida nam xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tekshiruvda o'pkada ikki tomonlama pastki bo'laklarning interstitsial yoki retikulonodular infiltrati, o'pkaning surati differentsiatsiya qilinmaydi. o'pka tomirlari kengaygan. strukturasi buzilgan. Qonning tahlilida gipergammaglobulinemiya va limfotsi-

toz aniqlanadi. Katta yoshli bemorlarda LIP tashxisini qo'yish o'ta mushkul. Klinik belgilari nospetsifik, shuningdek, kam uchraydi.

OIV infeksiyasi bilan birga keladigan o'pka gipertenziyasining etiologiyasi aniqlanmagan. OIV infeksiyasida o'pka gipertenziyasi odatdagidan 10–100 barobar ko'p uchraydi. Klinikasida tezda rivojlanuvchi hansirash asosiy belgidir. Rentgenologik tekshirilganda yurak chegarasining o'ng tomonga kengaygani, tomirlar suratining kuchaygani aniqlanadi.

Quyida OIV infeksiyasiga chalinganlarda o'pkadagi rentgenologik o'zgarishlarning differensial diagnostikasi keltirilgan (5-jadval).

5- jadval

Rentgenologik o'zgarishlar	Kasallik
Diffuz retikulonodular infiltratlar	Pnevmosistali pnevmoniya O'pka sili Disseminatsiyalangan gistoplazmoz Dissem. Koksidioidomikoz LIP
O'pka suratining fokal kuchayishi	Bakterial pnevmoniya Kaposhi sarkomasi Dissem. MAK-kompleks Dissem. Gistoplazmoz O'pka gipertenziyasi
Normal manzara	Pnevmosistali pnevmoniya Dissem. MAK-kompleks Dissem. Gistoplazmoz O'pka gipertenziyasi
Limfadenopatiya	Sil Kaposhi sarkomasi Dissem. MAK-kompleks Noxodjkin limfomasi
Plevra suyuqligi mavjud	Kaposhi sarkomasi Sil Noxodjkin limfomasi Piogen empiema

OIV infeksiyasida nafas olish a'zolarining patologiyasini R. P. Vagner va H. W. Farberlar tomonidan taklif qilingan **diagnostik algoritmi** quyidagilardan iboratdir:

1. Tana harorati ko'tarilgan, yo'tal bezovta qilayotgan, hansirash kuzatilayotgan yoki tana vazni kamaygan bemorlar, albatta, rentgenologik tekshiruvdan o'tkazilishlari shart.

2. Agar rentgenologik tekshiruvda ko'krak qafasida patologiya aniqlanmasa, alveolar-arterial kislorod gradiyenti o'lchanadi, karbonat anhidridni yutish qobiliyati aniqlanadi yoki o'pka galliyli skaner qilinadi.

3. Rentgenologik tekshiruvda fokal patologiya aniqlansa, an'anaviy infeksiyon patologiyani aniqlash kerak. Buning uchun balg'amni bo'yab va kultural o'stirib tekshiruv o'tkazish kerak. Agar rentgenologik tekshiruvda diffuz infiltratlar aniqlansa, PTSP-ga qarshi davoni boshlash maqsadga muvofiq bo'ladi.

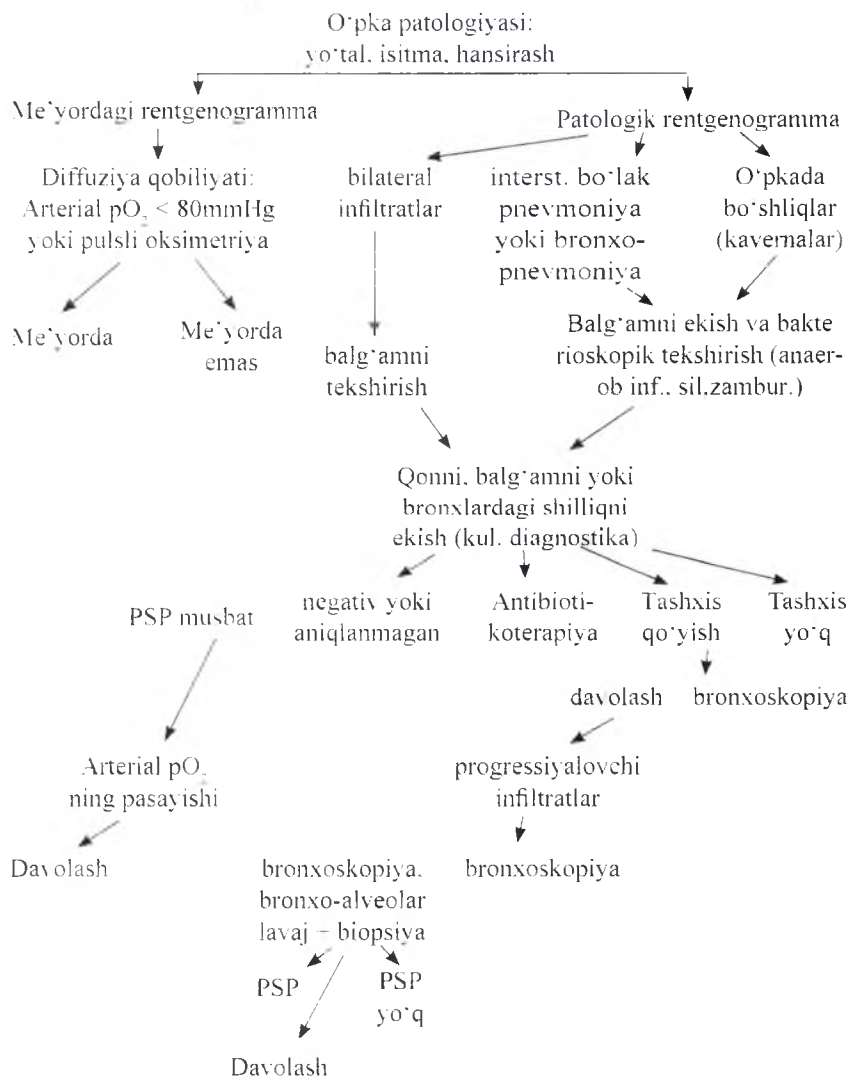
4. Balg'amni pnevmosistalarga, kislotaga chidamli bakteriyalarga va boshqa patogen mikroorganizmlarga tekshirish, birinchi navbatda, amalga oshirilishi kerak. Agar bunday tekshirishlarni amalga oshirish imkoniyati bo'lmasa, bronxoalveolar lavaj bilan fibrobronxoskopiya usulida tekshirish maqsadga muvofiqdir. Bunday tekshirish usuli o'pkadagi rentgenologik o'zgarishlar fokal xarakterda bo'lib, infiltrat yumshoq bo'lsa yoki PTSPning atipik ko'rinishlari kuzatilsa ham tavsiya qilinadi.

5. Yuqoridagi tekshirish usullari tashxisni aniqlashga yordam bermasa, bronxoalveolar lavaj bilan bronxoskopiya, ko'plab transbronxial biopsiya o'tkaziladi. Olingan materiallar yetarli darajada bo'yaladi va ekmada kulturasi o'stiriladi. Bunda barcha mikroorganizmlarga va viruslarga (shu jumladan, SMV) tekshiriladi.

6. Agar transbronxial biopsiya bilan birgalikda o'tkazilgan bronxoskopiya tashxis aniqlanmasa, kasallikning klinik manzarasi kuchayib borsa va bemorning ahvoli og'irlashsa, yuqoridagi tekshiruv usullarini qaytadan o'tkazish, yoki o'pka to'qimasini biopsiya qilish kerak.

7. Agar bemorning ahvoli stabil holatda bo'lsa, karbonat angidridni yutish qobiliyati aniqlanadi, alveolar-arterial kislorod gradiyenti o'lchanadi yoki skaner qilinadi.

John Bartlett G. tomonidan taklif qilingan diagnostik algoritm



Og'iz shilliq pardasi va oshqozon-ichak tizimining (OIT) zararlanishi

Epidemiologik va klinik kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, og'iz shilliq pardasi va oshqozon-ichak tizimi (OIT) OIV kirib zararlaydigan va kasallikning erta alomatlari namoyon bo'ladigan sohalardan biridir. AQSHda OIV infeksiyasida 50 % bemorlarda. Afrikada esa 90 % bemorlarda OIT zararlanishi kuzatiladi. OITSning progressiyalanib borishining asosiy belgilaridan biri Wasting-syndrom deb ataladi va surunkali diareya, malabsorbsiya hamda tana vaznining 10 % dan ortiq kamayishini o'z ichiga oladi. Afrika qit'asida *Wasting-syndrom*ga mos keluvchi, anoreksiya (100 %), uzoq vaqt (1 oydan ortiq) davom etadigan haroratning ko'tarilishi (97 %), surunkali diareya (93 %), tana vaznining 10 % dan ortiq pasayishi (93 %) kabi alomatlarni o'z ichiga oladigan «Slim disease» sindromi tushunchasi avvaldan mavjud.

Tropik mamlakatlarda OITning zararlanishi juda ko'p uchrashini hisobga olgan holda, JSST «Banga mezonlari» deb ataluvchi quyidagi klinik mezonlardan tropiklarda ushbu kasallikka dastlabki tashxis qo'yishda foydalanishni tavsiya qilgan.

Katta belgilari: 1. Tana vaznining 10 % dan ortiq kamayishi.

2. Surunkali diareya (1 oydan ortiq).

3. Uzoq davom etadigan (1 oydan ortiq) haroratning ko'tarilishi.

Kichik belgilari: 1. Uzoq (1 oydan ortiq) davom etadigan yo'tal.

2. Generalizatsiyalangan, qichishish bilan kechuvchi dermatit (teri kasalligi).

3. Anamnezda o'rab oluvchi temiratki.

4. Og'iz va halqumning kandidozi.

5. Surunkali progressiyalovchi yoki disseminatsiyalangan oddiy herpes.

6. Generalizatsiyalangan limfadenopatiya.

Agar bemorda ikkita katta belgilar va bitta kichik belgi bo'lsa, unda OITS tashxisini dastlabki tashxis sifatida qo'yish mumkin.

Ammo OIV infeksiyasida OIT kasallanishi faqat anoreksiya, diareya, tana vaznining pasayishi, kandidoz bilangina kifoyalanmaydi. balki yo'g'on ichakning zararlanishi ham tez-tez uchrab turadi. Ayniqsa, yo'g'on ichakning patologiyasi gomoseksualistlarda ko'p uchraydi va ingliz tilida «Gay bowel syndrome», ya'ni «geylarning ichak sindromi» degan nom olgan. U o'z ichiga quyidagilarni oladi: to'g'ri ichakda va gipogastriya sohasida og'riq xissiyotlari, meteorizm, tenezmalar, disxeziya alomatlari, qon ketishi va boshqalar.

Og'iz shilliq pardasining zararlanishi

OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda og'iz shilliq pardasining zararlanishi kasallikning eng birlamchi alomatlaridan hisoblanadi va ko'p uchraydi hamda xilma-xil ko'rinishda bo'ladi. Ayrim alomatlar, masalan, psevdomembranoz kandidoz va tukli leykoplakiya esa OIV infeksiyasini hech qanday shubhasiz, sof OITS bosqichiga o'tganligidan darak beradi. Immun tanqisligi holatining eng dastlabki alomatlarining og'iz shilliq pardasida namoyon bo'lishi o'z-o'zidan tushunarli holdir: immunitetning pasayishi og'iz shilliq pardasidagi xima-xil shartli patogen mikrofloralarni proliferatsiyasini chaqiradi va oqibatda har xil kasalliklarni keltirib chiqaradi. JSST 1995- yili «Og'iz shilliq pardasida joylashgan OIV infeksiyasi alomatlarini tekshirish bo'yicha qo'llanma»ni e'lon qildi. Bu qo'llanma AQSHlik mutaxassislar Sandra L. Melnik, Rut Navyak-Raymer, Dushanka V. Kleynman, Filipp A. Svangolar tomonidan tayyorlangan. Bu qo'llanmadan quyidagilar o'rin olgan (qisqartirilgan holda).

OIV infeksiyasiga bog'liq bo'lgan og'iz shilliq pardasi zararlanishining klassifikatsiyasi.

1-guruh. Ko'pincha OIV infeksiyasi bilan bog'liq bo'lgan zararlanishlar:

- kandidoz;
- eritematozli;

- giperplastik;
- psevdomembranoz (ko'p hollarda kandidozning yuqoridagi klinik turlari kandidozli xeylit bilan birga kelishi mumkin):
 - tukli leykoplakiya;
 - OIV gingvit;
 - OIV nekrozlanuvchi gingvit;
 - OIV periodontit;
 - Kaposhi sarkomasi;
 - No-Xodjkinli limfoma.

2-guruh. OIV infeksiyasi bilan kam bog'liq bo'lgan zararlanishlar:

- atipik yaralar;
- so'lak bezlarining kasalliklari;
- so'lak ajralishining pasayishi bilan bog'liq og'izning qurushi;
- asosiy so'lak bezlarining bir tomonlama yoki ikki tomonlama shishib ketishi;
 - trombositopenik purpura;
 - virusli infeksiyalar (Epshteyn-Barr virusidan boshqa);
 - sitomegalovirusli infeksiya;
 - papillomavirus tomonidan chaqirilgan infeksiya;
 - o'tkir uchli kondilomalar;
 - epiteliyning o'chog'li giperplaziyasi (oddiy so'gallar);
 - o'rab oluvchi temiratki;
 - suvchechak.

3-guruh. OIV infeksiyasi bilan bog'liqligi ehtimol bo'lgan zararlanishlar:

- bakterial infeksiyalar:
- aktinomikoz;
- enterobakterioz;
- esheriaz;
- pulmonal klebsiella infeksiyasi;
- atipik mikobakterioz;

- sil mikobakteriyasi infeksiyasi;
- «mushuk tirnashi infeksiyasi» (bartonellez);
- dori moddalariga allergik reaksiyalar;
- zamburugʻ infeksiyalari (kandidozdan tashqari):
- aspergillez;
- kriptokokkoz;
- geofil kandidoz;
- gistoplazmoz;
- melanotik giperpigmentatsiya;
- nevrologik buzilishlar;
- yuz nervi paralichi;
- uch shoxli nerv nevralfiyasi;
- osteomielit;
- sinusit;
- jagʻ osti sellyuliti;
- yassi hujayrali kartsinoma;
- toksik epidermoliz.

Diagnostik mezonlari

Ogʻiz shilliq pardasidagi barcha oʻzgarishlarni qayd qilish maqsadga muvofiq boʻlsada, amalda eng koʻp uchraydigan oʻzgarishlarni aniqlab olib, ularga ahamiyat berishlik qulayroqdir. Ogʻiz shilliq pardasining OIV infeksiyasi bilan assotsiatsiyada keladigan zararlanishlarining klinikasi asosida taxminiy ravishda OIV infeksiyasi deb tashxis qoʻyish imkoniyati mavjud. Aniq tashxis qoʻyish uchun esa qoʻshimcha ravishda boshqa maʼlumotlar kerak. Quyida ogʻiz shilliq pardasida eng koʻp uchraydigan zararlanishlar va ularning klinik manzarasi keltirilgan.

Zamburugʻ kasalliklari

Pseudomembranoz kandidoz. Ogʻiz shilliq pardasining har qanday sohasida oqish-sargʻimtir, ostidagi shilliq qavatga unchalik qattiq yopishmagan (oson koʻchirib olinadigan) blyashkalar. Ular koʻchirib olinsa, ostidan giperemiyaga uchragan, baʼzan esa qonab ketuvchi shilliq qavat yuzasi koʻrinadi.

Eritematoz (atrofik) kandidoz. Shilliq qavat yuzasida eritematoz (atrofik) blyashkalar. Tilning soʻrgʻichlari joylashgan dorsal yuzasida soʻrgʻichlar yoʻqolib ketgan (depapillatsiya). Bir vaqtning oʻzida tanglay shilliq qavati ham zararlanadi, uning rangi push-ti-qizildan toʻq qizil ranggacha boʻlishi mumkin.

Angular xeylit: ogʻiz burchaklarida yoriqlar yoki choʻzilib joylashgan yaralar. Har xil darajadagi yalligʻlanish eritemasi. Yoriqlar atrofida baʼzan giperkeratoz kuzatiladi.

Izoh: kandidoz tashxisini aniqlash uchun surtmada kandidalarni topish, shuningdek, kaliy gidrookisi, Gram usulida va Schiff reagenti bilan boʻyalgan preparatlarda ham kandida topilishi kerak.

Bakterial kasalliklar

Eritematoz-gingival chiziqlar. Milklarning qirgʻogʻida tishlarning chegarasi boʻyicha joylashgan eni 1 mm dan kichik boʻlmagan eritema chizigʻi. Tishlarning unga yaqin sohalari ham zararlanishi mumkin.

Gingivit. Milkning yaraga aylanishi yoki nekrotik yemirilishi, tishlar orasidagi milk qismining kratersimon chuqurlashuvi yoki uning kichayishi bilan kechadi. Baʼzan psevdomembranoz elementlar paydo boʻladi. Toʻqimalar destruksiyasi faqat milk toʻqimasi bilangina cheklanadi, alveolaning suyak toʻqimasiga oʻtmaydi.

Nekrozlanuvchi periodontit. Periodontning progressiyaga uchrab boruvchi nekrozi. Periodontning tish alveolasiga yorishgan qismi tezda kamayadi. Tishning suyak toʻqimasiga tarqab, uning ayrim sohalorida ham nekroz koʻzga tashlanadi.

Izoh. Periodont toʻqimasining tezda (4 hafta ichida) yoʻqolib ketishi va uning (yumshoq va qattiq toʻqimalar destruksiyasining) boshqa sabablari aniqlanmasa tashxis qoʻyiladi. rentgenogramma qilish talab etiladi.

Surunkali periodontit. Suyak toʻqimasining yoʻqolishiga olib

keluvchi, choʻntaklar hosil boʻlishi va tishlarning siljishi (qimir-lashi) bilan kechuvchi. ammo yaraga aylanmaydigan va nekrozga uchramaydigan periodontning har qanday destruktiv kasalligi.

Virusli kasalliklar

Lablardagi qaytalanuvchi herpes. Labning qizil hoshiyasida yoki uning atrofida, yuzning unga yaqin sohasida yakka holdagi yoki koʻplab paydo boʻlgan pufakchalar yoki usti qaloqlar bilan qoplangan yaralar (eroziyalar).

Gerpetik stomatit. Alohida, koʻplab yoki qoʻshilib ketgan kasallik oʻchogʻlari boʻlib, ular milklarda, tilda, tanglayda joylashishi mumkin. u sohalarda vezikulalar, eroziyalar, yaralar kuzatiladi. Ularning atrofida eritema halqalari kuzatiladi.

Izoh. Aniq tashxis qoʻyish uchun immunogistoximik tekshiruv usuli bilan yoki kultural usulda virus topilishi kerak.

Epshteyn-Barr virusi tomonidan chaqirilgan infeksiya

Tukli leykoplakiya. Tilning dorsal tomonida yoki yonboshida biroz koʻtarilib turuvchi, shpatel bilan olib tashlash (tozalash) mumkin boʻlmagan karashsimon elementlar. Bunday elementlar ogʻizning boshqa sohalarda ham boʻlishi mumkin.

Izoh. Aniq tashxis qoʻyish uchun elektron mikroskop usulida tekshirib, yoki gibridizatsiya usulida viruslarni topish talab etiladi.

Idiopatik zararlanishlar

Qaytalanuvchi aftalar. Ogʻiz shilliq pardasida yakka tartibdagi yoki koʻplab paydo boʻlgan chegarasi aniq yaralar boʻlib, ularning yuzasi oqish fibrinoz membrana bilan qoplangan, atrofida esa eritematoz hoshiya kuzatiladi. Bu yaralar shilliq qavatdan tashqariga tarqalmaydi, ammo ayrimlarda suyak usti pardasini zararlashi mumkin.

Atipik yaralar. Ogʻiz shilliq pardasining har qanday sohasida uchraydi. Klinik manzarasi polimorf koʻrinishga ega boʻlishi mum-

kin, og'iz shilliq pardasidagi boshqa yara hosil qiluvchi kasalliklarga o'xshamaydi.

O'smalar

Og'iz shilliq pardasidagi Kaposhi sarkomasi. Yakka holdagi yoki bir necha dona safsar rangli yoki eritematoz dog'lar yoki pilakchalar, ba'zan ular yaraga aylangan bo'ladi. Bu elementlar ko'pincha qattiq tanglayda yoki milklarda joylashadi.

No-Xodjkin limfomasi. Qattiq, elastik, ko'pincha qizg'ish yoki och safsar rangli shishinqiragan sohalari, ba'zan ular yaraga aylanishi mumkin. Bu elementlar ko'pincha tanglay shilliq pardasida yoki milklarda joylashadi.

Izoh. Bu kasalliklarni aniqlashning yagona yo'li. zararlangan to'qimadan biopstat olib tekshirishdir.

Oshqozon-ichak tizimining zararlanishi

OIV infeksiyasida OITning zararlanishiga sabablar quyidagilardir:

1. OIVning OITga to'g'ridan to'g'ri ta'siri.
2. Opportunistik infeksiyalar va patogen obligat parazitlar tomonidan chaqirilgan ikkilamchi infeksiyalar.
3. O'smalar.

OIVning OITga bevosita ta'siri. Persistirlovchi diareyaning 20 % hollarida OITda va ajralmada (najosda) hech qanday ikkilamchi infeksiyalarning qo'zg'atuvchisi topilmaydi. Bunday hollarda «idiopatik OITS enteropatiya» termini qo'llaniladi. Bunday enteropatiya OIVning o'zi ichakning maxsus hujayralariga (ichakning serotonin ishlab chiqaruvchi xromaffin hujayralari) bevosita ta'sir qilishi oqibatida kelib chiqadi deb qabul qilingan. Bunda funksional o'zgarishlardan D-ksiloza so'rilishining buzilishi va steatoreya kuzatiladi. OITS enteropatiyaning asosiy klinik alomatlari quyidagilardir: ingichka ichak tipidagi surunkali diareya, malabsorbsiya va tana vaznining pasayishi.

Ikkilamchi infeksiyalar va o'smalar. Bularning asosida oportunistik infeksiyalar va obligat patogen qo'zg'atuvchilarning ta'sir etishi (kasallik chaqirishi) yotadi. Quyida ulardan eng ko'p uchraydiganlarini keltiramiz:

Og'iz shilliq pardasi kandidozi – 29,1 %; qizilo'ngach kandidozi – 8,6 %; SMVI – 6,4 %; kriptosporidiaz – 2,9 %; mikrosporidiaz – 2 %; salmonellez – 2,3 %; klostridiozli psevdomembranoz kolit – 2 %; izosporoz – 2 %; lamblioz – 2 %; amebiaz – 2 %; kampilobakterioz – 2 %; atipik mikobakterioz – 8,4 %.

SMVI OIV infeksiyasida 50 % bemorlarda uchraydi va o'limning sabablaridan biri hisoblanadi. Bu bemorlarda diareyaning 10 % ni SMVI chaqirgan. OIT bu virus bilan zararlanish spektri o'z ichiga oladi:

– surunkali SMV – sialodenit va buning oqibatida kelib chiqqan salivatsiyaning buzilishi, og'iz bo'shlig'ida ovqatni ishlashning izdan chiqishi va ikkilamchi infeksiyalar qo'shilishi:

- surunkali eozofagit (kataral, eroziyal, yarali);
- oshqozon polipozi (antral bo'lim ko'proq zararlanadi);
- SMV-enteropatiya;
- yarali-nekrotik enterokolit;
- yarali kolit;
- yo'g'on ichak vaskuliti.

Yuqorida sanab o'tilgan kasalliklarning asoratlari: qon ketishi, astsit, perforatsiyalar (ichaklarning), peritonit, ichakning o'tkir kengayishi va boshqalar.

Oddiy herpes virusi. Bu virus I-tipi tomonidan keltirib chiqarilgan kasalliklar:

- aftozli gingivit-stomatit;
- aftozli eozofagit.

Ikkinchi tipi tomonidan chaqirilgan kasalliklar (asosan, gomo-seksualistlarda kuzatiladi):

- surunkali distal proktit;
- perianal sohaning pufakchali-yarali zararlanishi.

Xlamidiyalar tomonidan OIT zararlanishi genito-oral va genito-anal jinsiy aloqa bilan shug'ullanuvchilarda uchraydi. Bu infeksiya og'iz va halqumda kataral yallig'lanish chaqirsa, to'g'ri ichakda surunkali proktit chaqiradi.

Salmonellez OITS fonida boshqa infeksiyalarga nisbatan ko'p uchraydi. Retsidivlovchi salmonellezli septitsemiya OITS indikatorli kasalik hisoblanadi, ya'ni OIV infeksiyasining terminal bosqichini alomati hisoblanadi. OIV infeksiyasining boshlang'ich bosqichlarida salmonellezli infeksiya lokal shaklda-gastrointestinal shaklda namoyon bo'ladi, terminal bosqichida esa septik shaklda bo'ladi. Bunda kasallik og'ir, qaytalanib kechadi, o'tkazilayotgan antibiotikoterapiyadan samara kuzatilmaydi. Salmonellezdan tashqari yana kampilobakterioz, shigellez kabi infeksiyalar ham xuddi salmonellez kabi septik ko'rinishda kechadi (terminal bosqichda).

Mikobakteriozlar sil tayoqchasi yoki atipik mikobakteriyalar tomonidan chaqirilishi mumkin. Ichaklar sili va mezenterial limfa tugunlarining sili OIV infeksiyasining har qanday bosqichida uchrashi mumkin. Bularning asosiy klinik belgilari quyidagilardir:

- persistirlovchi harorat;
- tana vaznining kamayishi;
- mezadenit;
- ich ketishi;
- ichakdan qon ketishi.

Atipik mikobakteriozlar terminal bosqichda rivojlanadi. OIT ning boshidan oxirigacha har qanday sohasi zararlanishi mumkin, generalizatsiyalangan infeksiya holida kechadi. Uning tipik klinik alomatlar:

- qorin sohasida og'riq;
- diareya;
- gepatosplenomegaliya;
- generalizatsiyalangan limfadenopatiya.

Kandidoz OITSning eng ko'p uchraydigan gastrointestinal manifest shaklidir. Uning klinik shakllari:

- oral;
- oroeozofagial;
- oroeozofagogastral;
- oroeozofagogaastrointestinal.

OIV infeksiyasida oral kandidoz aniqlangandan 2 yil o'tgach, 50 % bemorlarda OITSning barcha alomatlari namoyon bo'ladi. qizilo'ngach kandidozi aniqlangandan keyin esa bemorlar faqat 6 oygacha yashaydi.

Gistoplazmoz immun tanqisligi rivojlanganda disseminatsiyalangan tus oladi va 75 % hollarda OITni ham zararlaydi.

Kriptosporidioz OITS bosqichida og'ir tus oladi. Tana harorati yuqori ko'tariladi. tobora kuchayib boruvchi diareya kuzatiladi. juda ko'p miqdorda suyuqlik yo'qotiladi. bemorlar keskin ozib ketadilar. Bundan tashqari. kriptosporidiyalar o't pufagini, o't yo'llarini ham zararlashi mumkin.

Izosporoz klinikasi kriptosporidiozga o'xshab ketadi, ammo bu hujayra ichida rivojlanganligi sababli klinikasida ba'zi farqlar uchraydi. ularga axlatda (najosda) shilliq va qon aralashmalarining mavjudligi. koprogrammada leykotsitlar va eritrotsitlar borligi kiradi.

Siklosporoz, mikrosporidoz, blastotsistoz kabi parazitlar kasalliklarning klinikasi ham yuqoridagilarga o'xshash kechadi. Faqat blastotsistozda qo'shimcha ravishda meteorizm, diskomfort, gipogastriya va mezogastriya sohalarida og'riq, ko'ngil aynishi, anoreksiya kabi alomatlar kuzatiladi.

OIT o'smalari, asosan. quyidagilardan iborat:

1. Kaposha sarkomasi. OITning har qanday sohasida paydo bo'lishi mumkin.
2. Har xil limfomalar. ko'p hollarda ingichka ichakda joylashadi.
3. Muguz hujayrali kartsinoma. ko'pincha tilda va anorektal sohada uchraydi.
4. Tukli leykoplakiya. tilda va og'iz shilliq pardasida uchraydi.
5. O'tkir uchlil kondilomalar, perianal sohada uchraydi.

Quyida OIV infeksiyasida OITda o'zgarishlar aniqlangan bemorlarni tekshirish uchun ishlab chiqilgan va kundalik ishda qo'llaniladigan sxemani keltiramiz.

OIV infeksiyasida gastrointestinal o'zgarishlar mavjud bemorlarni tekshirish algoritmi.

I. Agar bemorda diareya aniqlansa, axlat (najos) qaytadan quyidagi tekshiruvlarga olinadi:

1) tifo-paratifozga, dizguruhga, zamburug'larga, kampilobakteriozga, iersinozga ekmaga olinadi:

2) glistlar tuxumiga va bir hujayrali oddiy parazitlarga tekshiriladi (bakterioskopik):

3) kriptosporidioz, izosporoz va boshqalarga tekshirish uchun fekdan surtma (mazok) tayyorlanib, Sils-Nilsen (yoki Kester, yoki Romanovskiy-Gimza) usulida bo'yaladi va ko'riladi:

4) klostridiy toksiniga test qo'yiladi:

5) rotaviruslarni aniqlash uchun IFA usulida tekshiriladi.

II. Agar bemorda ichakdan qon ketishi yoki tenezm kuzatilsa, yoki bir vaqtning o'zida ikkalasi kuzatilsa, rektoromanoskopiya yoki fibrokoloskopiya qilinadi va ichak shilliq qavatidan biopsiya (yoki qirindi) olinadi:

1) Ichak ichidagi mahsulotdan (saqlamadan) quyidagilarga tekshiriladi:

– shigellalarga (ekma):

– kampilobakteriyalarga (ekma):

– sil mikobakteriyalariga (ekma):

– atipik mikobakteriozga (ekma):

– gonokoklarga (surtma tayyorlab, bakterioskopik):

2) Biopstat yoki qirindi quyidagilarga tekshiriladi:

– SMV (sitologik yoki gistologik tekshiruv, MFA):

– VPG (MFA):

– o'smalarga (gistologik tekshiruv).

III. Agar bemorda ingichka ichak tipidagi diareya kuzatilsa va tana vazni pasaysa, fibrogastroduodenoeyunoskopiya o'tkaziladi va shilliq qavatidan biopsiya olinadi.

1) ingichka ichakdagi mahsulotlardan aspiratsiya qilinadi va oddiy (bir hujayrali) parazitlarga, glistlarga tekshiriladi, tifo-paratifo z guruhga va zamburug'larga ekma qilinadi;

2) bioptatlar quyidagilarga tekshiriladi:

– SMV;

– o'smalar.

OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda og'iz shilliq pardasining zararlanishi kasallikning eng birinchi simptomlaridan hisoblanadi. xilma-xilligi bilan ajralib turadi. Og'iz shilliq pardasida psevdomembranoz kandidoz yoki tukli leykoplakiya kuzatilsa, bu kasallikning sof OITSGa o'tganligidan darak beradi. Immun tanqisligi holatining birinchi alomatlari og'izda paydo bo'lishi tushunarli: immunitetning pasayishi shartli patogen infeksiyalarning avj olishiga olib keladi. bu infeksiyalarning eng joylashgan sohasi esa og'izdir.

Jigardagi o'zgarishlar

OIV infeksiyasining va virusli gepatit C va B larning yuqish yo'llari bir-birlariga o'xshashligi tufayli ko'pincha bu kasalliklarning birga kelishi kuzatiladi. Narkomanlar orasida, shuningdek, qon va uning preparatlari bilan muloqotda bo'luvchilar orasida virusli gepatit C va B lar ham xuddi OIV infeksiyasi kabi muammo bo'lib turibdi. Dunyoda hozirgi paytda 180 mln virusli gepatit C ni yuqtirib olganlar va taxminan 400 mln virusli gepatit B ni yuqtirib olganlar mavjud (Daminov T. A., 2010 g.). Parenteral yuqqan virusli gepatit C (HCV infeksiya) 90 % hollarda qon quyilganda yuqqanligi aniqlangan (Seeff L. B. 1992). Oila sharoitida bu kasallikning yuqishi 2 % ga yetadi. Qolgan hollarda jinsiy aloqalar orqali o'tishini taxmin qilish mumkin. Gepatit C ni OIV infeksiyasida opportunistik infeksiyalarga tenglashtiradilar. Yuqori dara-

jadagi xavfli guruhlar orasida HCV/OIVni bir vaqtda bitta bemorda uchrashi quyidagicha:

- OIV infeksiyasi bilan ogʻrigan barcha bemorlarning 30–40 % ida:

- HCV bilan ogʻrigan barcha bemorlarning 10 % ida:

- Gemofiliya bilan ogʻrigan barcha bemorlarning 85 % ida:

- narkotiklarni vena ichiga qabul qiluvchilarning 52–90 % ida;

- OIV infeksiyasiga chalingan barcha gomoseksualistlarning 4–8 % ida.

Parenteral muolajalarda HCV infeksiyasining yuqish xavfi OIV infeksiyasining yuqish xavfidan 10 barobar yuqori (5 % HCV, 0,5 % OIV). perinatal yuqish esa HCV uchun 5 barobar kam (5 % HCV, 25 % OIV). Narkotiklarni inyeksiya orqali qabul qiluvchilarda 10 oy davomida narkotiklar qabul qilganidan keyin, ularning 60 % ida HCV, 20 % ida esa OIV infeksiyasi uchraydi. Jinsiy aloqa orqali yuqish, HCV/OIV birga kelganda monoinfeksiyaga nisbatan ancha yuqori boʻladi.

Rossiyaning Sankt-Peterburg shahrida OIV infeksiyasiga chalingan narkomanlar orasida virusli gepatit 2001–2004- yillari 96,6 %ni tashkil qilgan. Shulardan 42,7 %ida OIV + NVV (virusli gepatit B) aniqlangan, 48,8 %ida OIV + HCV (virusli gepatit C) aniqlangan. 34,8 %ida esa bir vaqtning oʻzida OIV + HCV + NVV mikst infeksiyasi aniqlangan. NVV va OIV koinfeksiyada kelganda jigarda nekrotik va yalligʻlanish jarayonlari unchalik kuchli rivojlanmasa-da, ammo fibroz jarayoni kuchli rivojlangan va bu holat jigar sirrozi kelib chiqishi xavfini orttirib yuboradi.

HCV/OIV birga kelganda monoinfeksiyaga nisbatan jigar sirrozi rivojlanishi koʻp uchraydi. chunki gepatit juda tez progressiyaga uchraydi va sirrozga olib keladi, HCV juda ogʻir kechadi, jigar xastaligi oqibatida kelib chiqqan oʻlim holatlari ham yuqori boʻladi. Ayniqsa, bunday holat har kuni 50 ml dan ortiq alkogol isteʼmol qiluvchi bemorlarda. CD4 hujayralari 1 ml da 200 dan pasaygan bemorlarda yaqqol namoyon boʻladi. Sankt-Peterburg shahrida

2001–2004- yillari oʻtkazilgan tekshirishlar shuni koʻrsatdiki, virusli gepatit bilan OIV koinfeksiyada kelgan bemorlarning 47 % ida qonda ALT miqdori 1.5–3 barobar, bilirubin esa 1.5 barobar ortgan. Bemorlarning yoshi, asosan, 20–30 da ekanligini hisobga olinsa, ahvolning naqadar ogʻir ekanligi yanada oydinlashadi.

Jigar xastaligidan oʻlgan OIV infeksiyaga chalingan bemorlarning 50 % dan ortigʻida virus zalvori 1 ml da 400 tadan koʻp. CD4 hujayralari esa 1ml.da 200 dan koʻpligi aniqlangan (yaʼni oʻlim OIV/OITS hisobiga emas, balki jigar xastaligi tufayli yuz bergan). HCVda antiretrovirus terapiyada qoʻllaniladigan dorilarning gepatotoksikligi tufayli davolashni toʻxtatishga toʻgʻri keladi. Natijada OIV infeksiyasi tezda progressiyaga uchraydi va bemorlarning umri qisqaradi. Hozirgi kunda OIV infeksiyasiga chalingan narkomanlar orasida jigar xastaligi, ularning OIV/OITSGa bogʻliq boʻlmagan oʻlimining asosiy sababidir.

Shu yerda OIV infeksiyasida virusli gepatit boʻlmagan bemorlarning oʻzida jigarda qanday oʻzgarishlar uchrashini koʻrib chiqish zarurdir. OIV infeksiyasining erta bosqichlarida-generalizatsiyalangan persistirlovchi limfadenopatiyada hepatomegaliya kuzatiladi, jigarning funksional sinamalarida oʻzgarishlar kuzatildi-qon zardobida albumin miqdori pasayadi, sulema sinamasining darajasi pasayadi. Bu davrda jigarda gistologik oʻzgarishlardan biroz rivojlangan sitoliz, xolestaz va mezenximal-yalligʻlanish sindromlari kuzatiladi. Kasallikning OITS bosqichida bu oʻzgarishlar chuqurlashib, jigar hujayralarida distrofik oʻzgarishlar (makro- va mikrosteatoz), jigar boʻlaklari va periportal zonalarda yalligʻlanish infiltratsiyasi kuzatiladi. Jigardagi bu oʻzgarishlar OIV infeksiyasi HCV bilan koinfeksiyada kelganda jigarda progressiyaga uchrovchi oʻzgarishlar ketishi uchun tayanch nuqtasi hisoblanadi, shuning uchun bu bemorlarda HCVning latent davri uzoq boʻlmaydi.

Yuqorida keltirilganlardan xulosa qilib virusli gepatit va OIV koinfeksiyasi uchun xos boʻlgan quyidagi umumiy belgilarni koʻrsatish mumkin:

– OIV infeksiyasida NSV va NVV tezroq progressiyaga uchraydi, jigar fibrozi juda tezda rivojlanadi:

– qisqa muddatlar ichida kasallik sirroz stadiyasiga o'tadi va o'lim bilan yakunlanadi:

– navqiron yoshda jigarning birlamchi raki rivojlanadi:

– agar NSV monoinfeksiyada kelganda kasallikning vertikal yuqishi (onadan homilaga) 5 % hollarda kuzatilsa, OIV bilan koinfeksiyada kelganda vertikal yuqish 15–36 % ni tashkil qiladi.

– NSV va NVVning qondagi virus zalvori yuqori bo'lganligi sababli, OIV infeksiyasi ham tezda progressiyaga uchraydi;

– OIV infeksiyasini davolashda ishlatiladigan preparatlarning gepatotoksikligi yuqori bo'lganligi sababli antiretrovirus terapiyasiga salbiy ta'sir qiladi;

– OIV infeksiyasini davolashni to'xtatishga to'g'ri keladi:

– natijada NVV/OIV bilan birga kelgan bemorlarning umri qisqaradi.

Asab tizimidagi o'zgarishlar

OIV infeksiyasining har xil bosqichlarida asab tizimining (AT) zararlanishi 40 % bemorlarda kuzatiladi, 4–5 % bemorlarda esa bu kasallikning eng birinchi alomati sifatida namoyon bo'ladi. Autopsiya ma'lumotlari bo'yicha, OITSdan o'lgan bemorlarda 70–80 % hollarda asab tizimida patomorfologik o'zgarishlar aniqlanadi. Chuqur tekshirishlar shuni ko'rsatdiki, OITSda qariyb barcha bemorlarda ATda patologik o'zgarishlar kuzatiladi. OIV infeksiyasida ko'p zararlanish bo'yicha AT immun tizimidan keyin ikkinchi o'rinda turadi. Bunga sabab markaziy asab tizimini (MAT) va periferik asab tizimini (PAT) zararlanishiga olib keladigan ko'pgina patogenetik mexanizmlardir. AT zararlanishining eng asosiy sababi OIVdagi membrananing gp120 glikoproteini bilan neyronlar va astrotsitlardagi retseptorlarning (SD4) mosligidir (xuddi T-xelperlar

kabi). OIV infeksiyasining har xil bosqichlarida AT zararlanishiga olib keluvchi patogenetik omillarni quyidagicha tartibda keltirish mumkin:

1. OIVnig birlamchi (bevosita) ta'siri.
2. Autoimmun reaksiyalar.
3. Opportunistik va ikkilamchi infeksiyalar.
4. O'smalar.
5. Qon tomirlardagi asoratlar.
6. Psixogen omillar.
7. Yatrogen sabablar.

Asab tizimining OIV bilan bevosita (birlamchi) zararlanishi. OIVning MATga qanday yo'l bilan kirib olishi haqida 3 xil gipoteza mavjud: 1) OIV makrofaglar ichida «troyan oti» kabi gematoensefalit baryerdan o'tib MATga kiradi; 2) OIV asab tolalari bo'ylab MATga kiradi; 3) kapillarlar endoteliyasi orasidagi tirqishlar orqali MATga kiradi (33- rasm).



33-rasm. Serebral toksoplazmoz. Kompyuter tomogrammasi.

ATdagi patologik o'zgarishlar kasallikning har qanday bosqichida ham kuzatiladi. OIV infeksiyasining birlamchi alomatlar bosqichidayoq, ATning viruslar bilan zararlanishining ayrim shakllari kuzatiladi. boshqa nevrologik sindromlar esa kechki bosqichlarda kuzatiladi.

MATning simptomlarsiz OIV infeksiyasi qonuniydir. Klinik jihatdan sog'lom, seropozitiv shaxslarda orqa miya suyuqligi tekshirilganda, hujayralar miqdorining ortishi, oqsil va immunoglobulinlar miqdorining ko'payishi, OIVga qarshi antitanachalarning intratekal ishlab chiqarilishi («baryer ortida»), suyuqlikdan viruslarning ajratib olinishi kuzatiladi. MATning simptomlarsiz infeksiyasi boshqa a'zolar zararlanishi bilan birga kelishi mumkin. Kasallikning o'tkir bosqichida u OIV viremiya bilan birga keladi. Qanday sharoitda MATning simptomlarsiz OIV infeksiyasi aseptik meningitga yoki ensefalitga o'tib ketishi noaniqdir.

Aseptik meningit. Ayrim manbalarda serokonversiya davrida yoki undan keyinroq aseptik meningit kelib chiqqanligi haqida ma'lumotlar mavjud, boshqa ko'pgina manbalarda esa aseptik meningit OIV infeksiyasining kechroq bosqichida, kasallikning boshqa alomatlaridan oldin paydo bo'lishi keltiriladi. Aseptik meningit o'tkir yoki surunkali shaklda kechishi mumkin. Ikkala holatda ham meningeal simptomlar kuzatiladi, ammo meningit alomatlari o'tkir shaklida yaqqolroq namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda bosh miya asablari, ko'pincha V, VI va VIII juft asablar zararlanadi, bunda Bellaning qaytalanuvchi falaji kuzatilishi mumkin. Orqa miya suyuqligini tekshirilganda mononuklear pleotsitoz, oqsillarning biroz ortishi kuzatiladi, glukoza miqdori me'yorda bo'ladi. Aseptik meningit viruslarning bevosita miya pardalariga ta'siri (zararlashi) oqibatida kelib chiqadi deb hisoblanadi. Aseptik meningit yaxshi sifatli kechadi, u OITS demensiya sindromi kelib chiqishiga ta'sir qilmaydi deb hisoblanadi. Aseptik meningit atipik kechishi ham mumkin, unda qaytalanuvchi tus oladi.

O'tkir ensefalit ko'pincha serokonversiya davrida yoki undan

keyinoq (kasallikning dastlabki 3 oyi ichida) yuzaga chiqadi. Uning klinik alomatlari haroratning ko'tarilishi, umumiy darmonsizlik, o'zini yomon his qilish, kayfiyatning buzilishi, epileptik xurujlar, bemorning ongining o'zgarishidan iborat. O'tkir davri taxminan 1 haftacha davom etadi, aniq ko'zga tashlanadigan nevrologik asoratlarni kuzatilmaydi. O'tkir ensefalit OIVning bevosita neyronlarni zararlashi tufayli kelib chiqadi.

OITS demensiya kompleksi. OIV tomonidan chaqirilgan nim o'tkir ensefalit. OIV infeksiyasining kechki bosqichlaprida kelib chiqadigan OITS demensiyaning (ODK) sababidir. Har xil mualliflar bo'yicha ODK 1/3–1/2 nafar bemorlarda kuzatiladi. 1/4 nafar bemorlarda esa ODK OITSning boshqa belgilaridan avval namoyon bo'ladi.

OIV infeksiyasining kechki davrlarida ODK uning odatdagi klinik alomatlaridan (namoyon bo'lishidan) biridir. ODKning eng asosiy belgilari psixik funksiyaning buzilishi, bemorning harakatlari va o'zini tutishining o'zgarishidir. ODK, odatda, opportunistik infeksiyalar yoki o'smalar paydo bo'lgandan keyin namoyon bo'ladi, ammo ba'zan u kasallikning birinchi alomati bo'lishi ham mumkin. Bunday holatlarda bemorda limfadenopatiya, o'zini noxush sezish, tana vaznining pasayishi, oral kandidoz kabi OIV infeksiyasining belgilari kuzatiladi: boshqa holatlarda esa immuno-depressiyaning laboratoriya alomatlari kuzatiladi. ODKning dastlabki belgilari bo'lib kognitiv sferadagi o'zgarishlar, eng avvalo, xotiraning pasayishi (buzilishi) va diqqat qilishning (konsentratsiyaning) buzilishi kuzatiladi. Bemorlar o'z fikrlarini yo'nalishini yoki gapirayotgan gaplarini yo'qotib qo'yadilar, ko'pgina bemorlar fikrlash qobiliyatining sekinlashganidan shikoyat qiladilar. Bemorlar doimiy ravishda bajarib kelgan ishlari endi ular uchun og'irlik qiladi, charchatadi, bu ishlarni bajarish uchun ilgariyidan ko'proq vaqt sarflaydilar. Xotiraning pasayishi va o'zining diqqatini bir narsaga jalb etishning qiyinlashuvi ishda xatolarga olib keladi, bemorni qiladigan ishlarini rejasini yozib olishga majbur etadi

(esidan chiqib qolmasligi uchun). Bu o'zgarishlarni birinchi bo'lib yaqinlari, ya'ni oiladagilar sezadilar. Bemorlarda sotsial adaptatsiya (atrofqa moslashuvchanlik) izdan chiqadi, ular apatiya holatiga tushib qoladilar. Bolalarda apatiya, ayniqsa, kuchli namoyon bo'ladilar, ular atrof-muhitga befarq, bolalarga xos sho'xliklardan asorat ham qolmagan, ko'pincha o'zlari yolg'iz, bir chekkada xayolchan kabi o'tiradilar, kam harakat bo'lib qoladilar.

Depressiv sindrom bu bemorlarda kam uchraydi, ba'zan boshqa simptomlardan avval organik psixozlar kuzatiladi. Bunday bemorlar giperfaoldirlar, qo'zg'alish holatida bo'ladilar, gipomaniakal holat yuzaga kelishi mumkin. Kasallikning dastlabki bosqichlarida psixologik testlar me'yordan chetga chiqishni ko'rsatmasligi mumkin, ammo javoblar yaqqol sekinlik bilan beriladi. Kasallik avj olib borgani sari testlarni yechishda qiyinchiliklarga duchor bo'ladilar. Fikrlash (tafakkur qilish) sekinlashadi, apatiya rivojlanadi. Bemorlar o'z kasalliklariga befarq bo'lib qoladilar, vaziyatni to'g'ri baholay olmaydilar. Harakatning buzilishi ODKning erta fazasidayoq yuzaga chiqishi mumkin. Bemorlar muvozanatni saqlay olmayotganliklaridan shikoyat qiladilar, ko'pincha ushlab turgan narsasini tushirib yuboradi, qo'l harakati sekinlashadi va aniqligini yo'qotadi, husnixat, yutinish va artikulatsiya buziladi. Muvozanatni buzilishi bemorning yurishini qiyinlashtiradi, tez-tez qoqilib, yiqilishi mumkin, shuning uchun juda ehtiyotkorlik bilan yuradigan bo'lib qoladi. Oral avtomatizm simptomlari paydo bo'ladi – burun-lab, ushlab reflekslari aniqlanadi. Odatda, giperrefleksiya kuzatiladi. Kaftlar va tovonlarning ketma-ket keluvchi aks tomonga yo'naltirilgan harakatlari buziladi – adiadoxokinez. Ko'z olmasining harakati sekinlashadi, ko'zlarning kuzatish jarayonida silliq, tekkis harakat qilishi buziladi, ko'z olmasining harakatida noaniqlik va sekinlik kuzatiladi. Keyinchalik ataksiya kuchayadi, to'g'ri chiziq bo'ylab harakat qilish qiyinlashadi. Oyoqlarda zaiflik yuzaga chiqadi va u asta-sekin kuchaya boradi, ataksiya bilan birgalashib, bemorning o'zi mustaqil yura olmasligiga olib keladi. Kasallikning

kechki bosqichlarida siydik chiqarish va defekatsiya aktlari ham buziladi. Kasallikning terminal bosqichida bemorning ahvoli «vegetativ» holatga mos tushadi. Bemor krovatda qimirlamay yotadi, atrofga befarq, mustaqil ravishda harakat qila olmaydi, tana aʼzolarining funksiyasini nazorat qila olmaydi, ammo somnolentsiya davrlaridan tashqari maʼlum darajada hushyor (hushini yoʻqotmagan). Komatoz holatlar ikkilamchi infeksiyalar yoki boshqa asoratlardan qoʻshilganda kuzatiladi. ODK boshlangandan keyin, bir necha oylargacha davom etadi, ammo kasallik alomatlari paydo boʻlgandan keyin bir necha hafta ichida kuchayib, bemorning oʻlimi bilan yakun topgan holatlar ham bor. Orqa miya suyuqligi tekshirilganda oqsil miqdorining biroz ortganligi va biroz mononuklear sitoz (200 l mkl da) kuzatiladi. OIV esa undan boshqa holatlarda ham (seroz meningit, simptomsiz infeksiya va h. k.) ajratib olinishi mumkin. Orqa miya suyuqligida p24 antigenlarining aniqlanishi katta ahamiyatga ega.

OITS demensiya kompleksi tashxisining algoritmi

Epidemiologik maʼlumotlar. Xavfli guruhlariga mansub ekanligi: gomoseksualistlar, qon yoki uning preparatlari quyilgan shaxslar, vena tomiri ichiga dori yuborilgan shaxslar, narkotik moddalarni inyeksiyada qabul qiluvchilar, OIV infeksiyasiga chalingan shaxslarning geteroseksual juftlari va OIV infeksiyasiga chalinganlarning bolalari.

OIV infeksiyasining somatik belgilari. Simptomlarsiz, ammo isbot qilingan OIV infeksiyasi, OITS assotsiatsiyalangan kompleks, OITSning rivojlangan manzarasi.

Klinik-nevrologik belgilari. Demensiya, harakat buzilishlari (ataksiya, tremor, paraparez, harakat qilgandagi noaniqliklar), bemorning oʻzini tutishidagi buzilishlar (sotsial nomutanosiblik, organik psixozlar).

Neyrodiagnostik tekshiruvlar. Kompyuter tomogrammasi (KT), yadro-magnit rezonansi. KTda bosh miya poʻstloq qismida atrofiya va boshqa oʻzgarishlar aniqlanadi.

Immunologik ko'rsatkichlar. Periferik qondagi CD4/SD8 limfotsitlar nisbatining pasayishi. T-limfotsitlar va makrofaglar yetishmovchiligining boshqa alomatlari.

Serologik ko'rsatkichlar. Qon zardobida ITVga qarshi antinachalar topilishi.

Virusologik tekshiruvlar. Qondan, orqa miya (yoki miya) suyuqligidan virusni ajratib olish. OIV antigenlarining topilishi.

Patomorfologik tekshiruvlar. Oq moddaning o'zgarishi: makrofagal infiltratsiya va ko'p yadroli hujayralarning topilishi.

Progressiyalovchi vakuol mielopatiya

Progressiyalovchi vakuol mielopatiya (PVM) ODK kabi orqa miyaning OIV bilan bevosita (to'g'ridan to'g'ri) zararlanishi oqibatida kelib chiqadi. PVM ko'pincha ODK bilan birga keladi, ammo o'zi alohida holda kelishi va OIV infeksiyasining klinik manzarasida ustuvor o'rin egallashi ham mumkin. PVM pastki spastik paraparez, sensitiv ataksiya, taz a'zolarining funksiyasini juda erta buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Orqa miya funksiyasining buzilish darajasi har xil, ammo sezishning buzilishi harakatning buzilishidan kamroq. Klinik va patomorfologik ma'lumotlar, asosan, orqa miyaning o'rta va pastki ko'krak qismlari zararlanganligini ko'rsatadi. PVM, odatda, nim o'tkir yoki surunkali progressiyalovchi kechadi. Patomorfologik tekshiruvlarda orqa miyaning o'tkazuv yo'llarida vakuolizatsiya shaklidagi degenerativ o'zgarishlar aniqlanadi. Shuningdek, makrofaglar va ko'p yadroli hujayralardan iborat infiltratlar aniqlanadi. Alohida qayd etish kerakki, OIV infeksiyasida varitsella zoster virusi tomonidan chaqirilgan hamda epidural yoki intradural limfoma hisobiga rivojlangan o'tkir yoki nim o'tkir ko'ndalang mielit klinik manzarasi namoyon bo'lishi mumkin. Poliradikulopatiya bilan birga kelgan orqa miyaning zararlanishi SMVI tomonidan chaqirilishi mumkin.

Periferik nevropatiyalar

OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarning 1/3 qismida asab tizimining u yoki bu darajadagi zararlanishining klinik va sub-

klirik alomatlarini kuzatiladi, bular virusning bevosita ta'siri ostida yoki boshqa sabablardan kelib chiqishi mumkin. Periferik nevropatiyalar OIV infeksiyasining har qanday bosqichida kasallikning asorati sifatida kuzatilishi mumkin. Bular yelkaning pleksopatiyasi, bosh miya nervlarining yoki periferik nervlarning mononevriti hamda o'tkir demielinizatsiyalovchi polinevropatiya kabilardir. Bu keltirilgan asab tizimining zararlanishining barcha shakllari yaxshi sifatli kechadi va o'z-o'zidan spontan ravishda tuzalish bilan yakunlanadi. Aksonopatiya alomatlarini o'z ichiga olgan simmetrik distal, sensor buzilishlar ustuvor bo'lgan polinevropatiya ham OIV infeksiyasining kechki bosqichlarida kuzatiladigan nevrologik sindromlardan hisoblanadi. Bu nevropatiyaning xarakterli belgisi, paresteziya ko'rinishidagi subyektiv sezgilarning buzilishi, harakatlanishning buzilishidan ancha avval keladi. Ayrim bemorlar oyog'idagi kuchli achishish (og'riq) hisobiga umuman yurishdan bosh tortadilar. Elektrofiziologik tekshiruvda birlamchi aksonal o'zgarishlar aniqlanadi, patomorfologik esa mielinizatsiyalangan qalinlashgan tolalarda o'zgarishlar kuzatiladi. OIV infeksiyasining kechki bosqichlarida tezda progressiyalovchi poliradikulopatiya rivojlanadi, bu biroz bilinuvchi pastki paraplegiya, orqa miya suyuqligida oqsilning keskin ortishi, taz a'zolarining funksiyasi buzilishi kuzatiladi. Patomorfologik tekshiruvlarda spinal gangliyalarning yallig'lanishi va nekrozi aniqlanadi.

OITS davrida esa bemorlarda, asosan, vegetativ polinevropatiya kuzatiladi, bu kuchli ortostatik arterial gipotenziyaga va kollapslarga olib kelishi mumkin. OIV infeksiyasiga bilvosita aloqasi bor periferik nevropatiyalarga autoimmun genozli demielinizatsiyalovchi nevropatiya, opportunistik infeksiyalar, dori moddalari va limfomalar bilan bog'liq nevropatiyalar kiradi.

Asab tizimining autoimmun zararlanishi

Autoimmun genozga ega bo'lgan nevrologik sindromlarga periferik nevropatiyalarning ayrim turlari, tarqoq ensefalomielit sindromini tashkil qiluvchi bosh miya va orqa miyaning zararlanishi

kiradi. Autoimmun genезga ega boʻlgan mielopatiyalarga kiruvchi polinevropatiyalar OIV infeksiyasining simptomlarsiz davrida yoki latent bosqichida rivojlanadi. Klinik namoyon boʻlishi bilan Giyen-Barre sindromiga yoki surunkali yalligʻlanishli boshqa tabiatli polinevropatiyalarga oʻxshaydi, ammo orqa miya suyuqligida biroz limfotsitar pleotsitoz kuzatiladi.

Asab tizimining opportunistik infeksiyalar bilan zararlanishi

Immun tanqisligi rivojlangani sari yuzaga chiqadigan opportunistik infeksiyalar asab tizimini zararlash bilan kechishi mumkin. Ular orasida quyidagilarni koʻrsatish mumkin:

1. Mikozlar:

– kandidoz;

– kriptokokoz;

2. Virusli infeksiyalar:

– herpesviruslar (oddiy, zoster, EB, SMV.6.7.8 tiplar):

– papovaviruslar;

3. Bakterial infeksiyalar:

– sil;

– atipik mikobakterioz;

– patogan va shartli patogen floralar tomonidan chaqirilgan sepsis;

4. Protozozlar:

– toksoplazmoz;

5. Gelmintozlar:

– strongiloidoz.

Yuqorida koʻrsatib oʻtilgan kasalliklarning koʻpchiligining patogenezini, klinikasi bilan ilgari boʻlimlarda tanishib chiqqanmiz, ammo SMVIga alohida toʻxtalib oʻtish kerak. Koʻpgina tekshirishlar natijasi shuni koʻrsatdiki, MATning zararlanishi, asosan, SMV tomonidan chaqiriladi. Ayrim mualliflarning bergan maʼlumoti boʻyicha, bosh miyaning SMV bilan zararlanishi (virusologik tekshiruvda tasdiqlangan) OIV infeksiyasi bilan xastalanganlarning

25.5 % ida kuzatilgan. OITSdan o'lgan bemorlarning 10 % ida retinit bilan birga kechgan SMV-ensefalit aniqlangan. Bosh miya SMVI bilan zararlanganda klinik alomatlardan bemorlar psixikasi-dagi o'zgarishlar 91.7 % hollarda aniqlangan. Psixik o'zgarishlar xotiraning qo'pol buzilishi, intellektual faoliyatning pasayishi, harakatlanishning keskin pasayishi, taz'a'zolarining funksiyasining buzilishi kabilardan iborat bo'lib, hatto demensiyagacha rivojlanadi. SMV ensefalitda meningeal belgilar ozroq rivojlangan. epilepsiya xurujlari, bosh miya nervlari funksiyasining buzilishi kuzatiladi. Ba'zi olimlar bemorlarda mielit, poliradikulopatiya alomatlarini kuzatganlar, autopsiyada ularda orqa miyaning bo'yin, ko'krak va bel segmentlarida nekrozlar aniqlangan.

Asab tizimining o'smalar bilan zararlanishi

Kaposhi sarkomasi (KS) OITS bilan og'rigan bemorlarda juda ko'p uchraydi- barcha bemorlarning 23 % da kuzatiladi. OITSda KSSi agressiv kechadi, terining cheklangan va tarqoq shakllari, vistseral shakllari tafovut qilinadi. KS bosh miyada joylashganda nevrologik simptomlar, KTda o'zgarishlar kuzatiladi. KSning cheklangan shakllarida bemorlar 12–18 oy umr ko'rsalar, bir vaqtning o'zida opportunistik infeksiya kuzatilsa, 6–9 oy yashaydilar.

Qon tomirlari asoratlari

Bosh miyada qon aylanishining buzilishi sabablari xilma-xildir. Endotelij hujayralari va astrotsitlarning zararlanishi, perivaskular yallig'lanish jarayoni gemato-ensefal baryerning shikastlanishiga, qon tomirlari o'tkazuvchanligining buzilishiga, miya to'qimasining ishemiyasi yuzaga chiqishiga, DVS-sindrom shakllanishiga olib kelishi mumkin. OITS bilan og'rigan ko'pgina bemorlarda tranzitor yoki permanent trombositopeniya kuzatiladi, bu, o'z navbatida, gemorragik sindrom (shu jumladan, bosh miyada ham) kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Yurakda kuzatiladigan o'zgarishlar (50 % uchraydi), shu jumladan, endokarditlar ham serebral qon tomirlaridagi asoratlarga olib keladi. Ba'zi hollarda mikotik anevrizmalar yorilishini, o'smalarga qon quyilishini ham istisno qilib bo'lmaydi.

Bolalarda bosh miya qon tomirlarining zararlanishi variantlaridan biri kaltsifikatsiyalovchi vaskulopatiyadir. Ayrim hollarda bazal gangliyalarning kaltsifikatsiyasi aniqlanadi. Kaltsifikatsiyalovchi vaskulopatiya OIVning miya qon tomirlari endoteliyasi orqali tarqalishining belgisi sifatida qaraladi. Serebral qon tomirlari patologiyasi klinik jihatdan quyidagi neurologik shakllarda manifest beradi: 1) tranzitor ishemik hujumlar (atakalar); 2) ishemik insult; 3) gemorragik insult.

Markaziy va periferik asab tizimi zararlanishining boshqa sindromlari

Periferik asab tizimining zararlanishi barcha bemorlarning 15–50 % ida kuzatiladi. Agar bemorlar chuqurroq tekshirilsa, bu ko'rsatkich 80–90 % gacha yetadi. Markaziy asab tizimi tomonidan esa eng ko'p uchraydigan patologiya surunkali sensor nevropatiya bo'lib, u 10–30 % bemorlarda kuzatiladi. Klinik xarakteristikasi: zararlanishning distal qismda joylashishi, ularning simmetrikligi, oyoqlarda og'riq, paresteziyalar, azoblovchi dizesteziya, og'riq va vibratsion, ba'zan esa haroratni sezuvchanlikning pasayishi, reflekslarning pasayishi, vegetativ buzilishlar. Kamroq hollarda nevropatyaning qo'l va oyoqlar muskullarining kamquvvatligi va atrofiyasi kuzatiladigan sensomotor varianti kuzatiladi. Periferik asablar zararlanishining yana bir varianti surunkali progressiyalovchi polinevropatiya (Giyen-Barre tipidagi poliradikulonevrit). Klinik belgilari: proksimal joylashishi, asimmetrikligi, arefleksiya, kuchsiz parezlar, sezuvchanlikning biroz buzilishi. Bosh miya va orqa miya suyuqligida oqsillar miqdorining biroz ortishi va pleot-sitoz kuzatiladi. OIVdan tashqari bunday o'zgarishlarni SMV chaqirishi mumkin. Kranial nevropatiyalarga sabab kriptokok bo'lishi mumkin. Simpatik va parasimpatik disfunktsiya 50 % bemorlarda aniqlanadi. Muskullarning zararlanishi polimiozit sifatida kechadi, ba'zan miopatiya varianti uchrashi mumkin.

OITSda uchraydigan polimorf neurologik alomatlarning xilma-xilligi, ularni yana ko'pgina boshqa kasalliklar bilan diffe-

rensiatsiya qilish zarurligi diagnostikani juda qiyinlashtiradi va zamonaviy tekshiruv usullaridan: KT, MRT, EEG, PCSR, IFA, orqa miya suyuqligini tekshirish, psixologik testlash va boshqa ko'plab usullardan foydalanishni taqozo etadi. Shuni ta'kidlash kerakki, OIV ensefalit o'limning sababi bo'lgan hollar protsentda olinganda unchalik ko'p bo'lmasa ham, boshqa sabablar bilan o'lgan bemorlarning barchasida OIV ensefalitiga xos o'zgarishlar aniqlangan.

Psixogen omillar

OIV infeksiyasining barcha bosqichlarida reaktiv nevrotik va psixik holatlar rivojlanishi mumkin. Kasallikni yuqtirib olganligiga yoki kasallikning namoyon bo'lishiga bemorning reaksiyasi har xil bo'lishi mumkin- adaptiv variantdan to patologikkacha. Bu reaksiyaning yuzaga chiqishida ko'pgina omillar ishtirok etadi, ular quyidagilardir:

1. Konkret vaziyat.
2. Shaxsning premorbid xususiyati.
3. Bemorning kasallik haqida qay darajada voqifligi.
4. Tibbiyot xodimlarining munosabati va o'zini tutishi (xulqi).
5. Bemorning yaqinlarining munosabati va xulqi.
6. Kasallikning qay tariqa namoyon bo'lishi (klinikasi).

Reaktiv holatlar ko'pincha depressiya va qo'rquv, suitsidal fikrlar, kuchli ipoxondriya, qisqa muddatli reaktiv psixoz, paranoyya, shizofreniyasimon psixoz kabilardan iborat bo'lishi mumkin. Ko'pincha bemorda ajitatsiya, anoreksiya, uyqusizlik, ilojsizlik va g'azab paydo bo'ladi va bular ko'pincha vrachlarga qaratilgan bo'ladi. Kasallikni yangi yuqtirib olganlar uchun obsessiv-kompulsiv buzilishlar juda xos bo'lib, ular ko'p soatlar mobaynida o'zlarining badanlarini tekshiradilar, birorta spetsifik toshma to'pishga urinadilar, doimo o'lim haqida, uning qanday yuzaga chiqishi haqida o'ylaydilar, kasallikni kimdan yuqtirib olishi mumkin bo'lgan seksual sheriklarini xayolan izlaydilar, o'zlarining yaqinlariga kasallikni yuqtirib qo'yishdan doimo havotirlanadilar. OIV

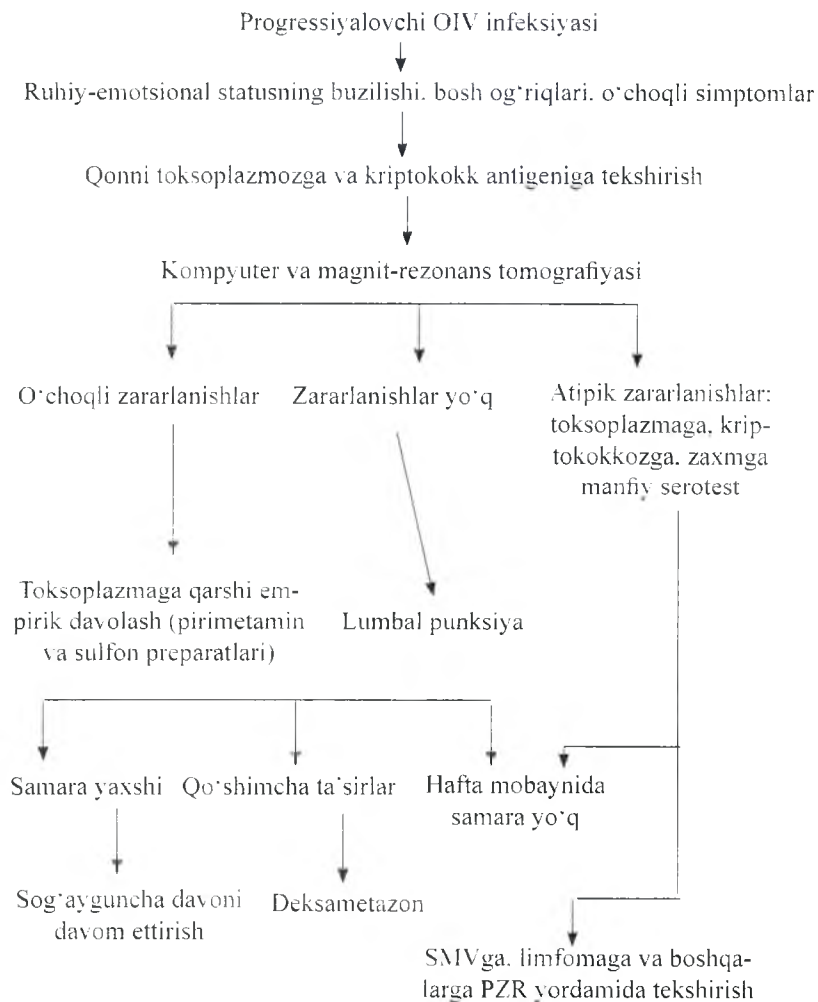
infeksiyasida murakkab psixopatologik sindromlar kuzatilgan. ular miyaning organik o'zgarishlaridan va demensiyadan avval yuzaga chiqadi. ko'p oylar mobaynida saqlanib qoladi. Bular gallutsinatsiyalar, pala-partish fikrlash, javlilishlar, paranoidal shubhalanish, asotsiallik, affektning tekislanishi kabilardir. OIV infeksiyasi-ning barcha bosqichlarida xuddi boshqa infeksiyon kasalliklardagi kabi nospetsifik astenik yoki asteno-vegetativ sindrom rivojlanishi mumkin. V. V. Belyaeva bemorlar psixik adaptatsiyasida uchta kritik davrni ajratadi: birinchi kritik davr seropozitivlik natijasi olingandan keyingi psixik travma hisobiga kelib chiqadi. Bu bosqichda destruktiv xulq-atvor bilan kechuvchi psixoemotsional reaksiyalar namoyon bo'ladi. ko'pincha somatik holatda o'zgarishlar yo'q. Ikkinchi kritik davrda psixik dezadaptatsiyaning chuqur shakllari yuzaga chiqadi (kasallikning klinik alomatlari yaqqol namoyon bo'lganda). Psixik adaptatsiyadagi uchinchi kritik davr terminal bosqichda yuzaga chiqadi. bunda organik o'zgarishlar hisobiga serebral yetishmovchilik namoyon bo'ladi. Psixoemotsional buzilishlardan eng xarakterlisi depressiv sindrom bo'lib, u kasallik kuchayib borgan sari ko'proq uchraydi. Masalan, OITS tashxisi (kasallikning terminal bosqichi) qo'yilishidan 18 oy oldin 15 % bemorlarda depressiv sindrom kuzatilsa, 6 oy oldin bu ko'rsatkich 34 %ni tashkil qiladi. OITS tashxisi qo'yilgandan 6 oy o'tgach esa 43 % ni tashkil qiladi. Terminal bosqichda rivojlangan demensiyada quyidagilar kuzatilgan: so'zlashuvning buzilishi, o'qiy olmaslik, eslash qobiliyatining yo'qolishi, bosh og'risi, nistagm, ko'zni harakatlantiruvchi nervni nevropatiyasi, xulqning g'alati buzilishi, bemorning o'zini tutishida g'aroyib o'zgarishlar.

Periferik asab tizimidagi o'zgarishlar

OIV infeksiyasida periferik asab tizimidagi (PAT) o'zgarishlar ko'p uchraydigan patologiyalardan hisoblanadi (adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko'ra 15–50 % gacha) va kasallikning har qanday bosqichida kuzatiladi. PATning klinik alomatlari OIVning bevosita ta'siri natijasida, opportunistik infeksiyalar ta'sirida yoki me-

dikamentoz terapiya oqibatida kelib chiqadi. Shuningdek, PAT va MATning birgalikda kelishi ham kuzatiladi.

OIV infeksiyasi bilan xastalangan bemorlar markaziy asab tizimi patologiyasida bemorni tekshirish algoritmi (Bartlett J., 1999)



PATning zaralanishining eng ko'p uchraydigan turi har xil genezli (shuningdek toksik va alkogolli) polinevropatiya bo'lib. u 28.8 % gacha kuzatiladi. kasallikning dastlabki bosqichlarida u 6.6 % ni tashkil qilsa. keyinchalik esa 29.3 % ni tashkil qiladi. Klinik-nevrologik sindromlardan quyidagilar kuzatiladi: yuz nervi nevropatiyasi, tirsak nervi nevropatiyasi, yelka pleksopatiyasi, o'tkir demielinizatsiyalovchi polinevropatiya. o'tkir polimiozit. lokal miozit. sensor polinevropatiya. radikuloganglionevritlar.

Nevrologik va miologik sindromlarning klinik xarakteristikasida quyidagicha o'ziga xosliklar bor:

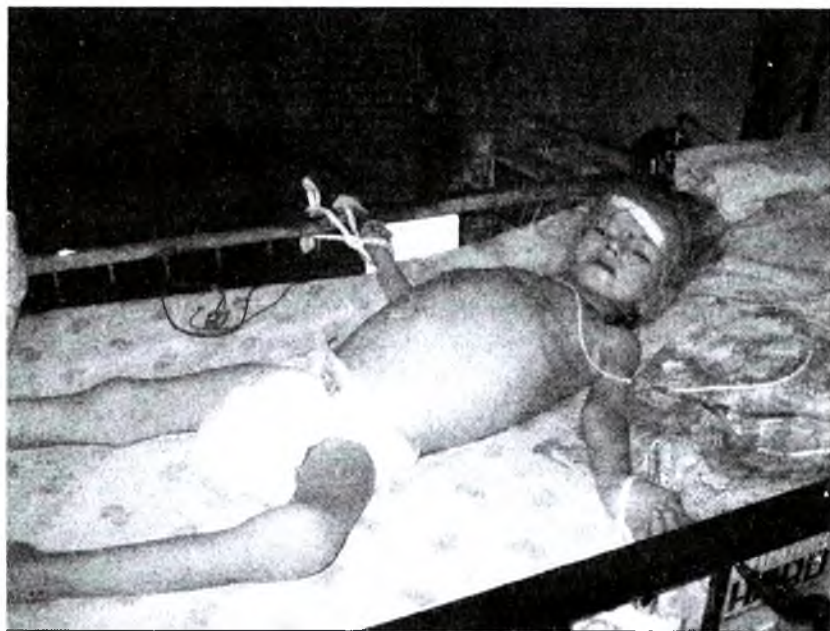
- umumiy intoksikatsiya alomatlarining yo'qligi;
- kasallikning areaktiv kechishi;
- og'riq sindromining doimiy emasligi;
- qaytalanuvchi kechishga moy illigi;
- teridagi alomatlarining regressining uzoq davom etishi;
- spetsifik virusga qarshi davoga chidamliligi.

OIV infeksiyasining bolalarda kechishi

Bolalarda OIV infeksiyasining kechishi katta yoshli odamlardagidan farq qiladi. Kasallikning klinik manzarasi OIVning organizmga ontogeneznining qaysi bosqichida kirganligiga (homila davridami yoki postnatalmi) kuchli bog'liq. Agar kasallik postnatal yuqgan bo'lsa, kasallik manzarasi bolaning yoshiga bog'liq bo'ladi.

OIV infeksiyasining tabiiy patogenezi bolalarda kasallik qachon yuqganligiga qarab quyidagi variantlarda uchraydi:

1. Kasallikning yuqishi embrional davrda antenatal yuz bergan (transplatsentar).
2. Kasallikning yuqishi perinatal (homiladorlikning 28-haftasidan keyin) yuz bergan.
3. Kasallik postnatal yuqgan (tug'ruq paytida, ko'krak bilan emizilganda yoki parenteral) (34-rasm).



34-rasm. 4 yoshli qizchada OIV infeksiyasi.

Agar kasallik postnatal (ya'ni bola tug'ilayotganda yoki tug'ilgandan keyin), yoki kechki perinatal davrda yuqqan bo'lsa, OIV infeksiyasining OITSga qarab kechishi xuddi kattalardagi kabi o'tadi, ammo kasallikning simptomatikasida va dinamikasida o'ziga xos farqlari bo'ladi. Bolalarda o'rtacha inkubatsion davrning davomiyligi qisqaroq bo'ladi va 3–5 yilni tashkil qiladi. Kasallikning klinik alomatlari boshlangandan keyin ham bolalarning yashash muddati kattalardagiga nisbatan qisqaroq bo'ladi. Bolalarda parotit, gepatit, gemorragik sindrom, gematologik o'zgarishlar, DVS-sindromi, nafas yo'llari infeksiyasi, sinusit, yiringli otit, SMV-infeksiyasi, bo'g'im va suyaklarda yiringli kasalliklar, abscesslar, meningit kabilar ko'p uchraydi. Infeksiya perinatal yuqqanda bolalarda OITSning klinik belgilari paydo bo'lishi muddati o'rtacha 2,5 yilni

tashkil qiladi. Agar kasallik belgilari hayotining 1-yilida namoyon bo'lsa, bola 1 yoshdan ortiq umr ko'rmaydi. Agar bolada 1 yoshlik davrida pnevmosistali pnevmoniya rivojlansa, bola o'rtacha hisobda yana 4 oy umr ko'radi. xolos. Agar 1 yoshga to'lgungacha interstitsial pnevmoniya aniqlansa, u 21 oy umr ko'radi, ammo agar shu kasallik 1 yoshdan keyin aniqlansa, 53 oygacha umr ko'rishi mumkin. Bolalarga kasallik 80 % hollarda vertikal yo'l bilan(ya'ni platsentar) yuqadi. Bunday yuqish yo'lining gorizontal yuqishdan farq qiluvchi belgilari bor:

1. Vertikal yuqqanda mononukleazsimon sindrom (birlamchi infeksiya alomatleri) kuzatilmaydi.

2. Kaposhi sarkomasi kuzatilmaydi.

Agar kasallik homilador ayolga homiladorlikning oxirgi 1/3 qismida yuqqan bo'lsa, kasallikning embrionga yuqish xavfi yuqori bo'ladi. Agar ayol homiladorlikning dastlabki paytlaridanoq simptomlarsiz virus tashuvchan (seropozitiv) bo'lsa, embrionga kasallikning yuqish xavfi kamroq bo'ladi. Infeksiyaning vertikal yuqishi 10 % dan—40 % gacha hollarda kuzatiladi. Rivojlangan davlatlarda o'rtacha 25 %. Afrika davlatlarida esa 50 % ga yaqin kuzatiladi. Demak, bemor ayollardan tug'ilgan bolalarning 70 % ga yaqini sog'lomdirlar, ammo ular nimjon bo'lib tug'iladilar, rivojlanishlari juda sekin kechadi. 25 % hollarda homiladorlik bola tashlash bilan yakunlanadi. chaqaloqlarning chala tug'ilishi 3 barobar ko'p uchraydi.

Bolalarga kasallik parenteral yo'l bilan yuqqanda ularning o'rtacha yoshi 3—4 yoshni tashkil qiladi. vertikal yo'l bilan yuqqanda esa o'rtacha 1 yoshni tashkil qiladi. Parenteral yo'l bilan yuqtirgan bolalarda o'lim o'rtacha 3.5—5 yoshda kuzatilsa va uning uchrashi 8.6 % ni tashkil qilsa, vertikal yuqqanda 4 yoshgacha bo'lgan davrga to'g'ri keladi va 1.4 % ni tashkil qiladi. Bolalarda o'limga olib keluvchi omillar, asosan, sil kasalligi, stafilokokli sepsis va nafas yo'llarining bakterial infeksiyalaridir (Ибадова Г. А. и др., 2011 г.).

OIV infeksiyasi bilan og'rikan ayollardan tug'ilgan bolalar orasida o'lim yuqoridir. OIV infeksiyasiga pozitiv bo'lgan bolalar-

ning 25 % i, sog'lom tug'ilganlarining esa 12 % i 5 yoshga yetmay halok bo'ladilar. Infeksiya vertikal yo'l bilan yuqqan bolalarda bu ko'rsatkichlar orasida rivojlangan mamlakatlar va Afrika davlatlari orasida tafovut mavjud bo'lib, u quyidagicha ko'rinish oladi:

Bemor bola 1 yoshga to'lguncha bo'lgan davrda AQSHda 9–25 % hollarda OITSga o'tishi kuzatilsa, Afrika davlatlarida u 30 % ni tashkil qiladi. 1 yoshgacha bo'lgan bemor bolalar orasidagi o'lim AQSHda 10 %, Afrikada 34 %. 21-oyga kelib Afrika davlatlarida bemor bolalarning 50 % halok bo'ladilar. 5 yoshgacha AQSHda 26–30 % bemor bolalar halok bo'lsalar, Afrikada 75 % i halok bo'ladilar. AQSHda 10 yoshgacha bemor bolalarning qolgan 40 % halok bo'ladi. Afrikada esa ularning umri 5 yildan ortmaydi.

Bemor ayollardan tug'ilgan bolalarda OIV infeksiyasi tashxisini qo'yish mezonlari quyidagicha:

– agar bola 18 oyga to'lguncha ikkita va undan ortiq testda OIV antigeni aniqlansa yoki PTSR musbat natija bersa, yoki OIV kulturasi olinsa.

Bemor ayollardan tug'ilgan bolalarga OIV infeksiyasi yuqmagani mezonlari quyidagicha:

– 6 oydan 18 oygacha bo'lgan muddatda 2 ta va undan ortiq IFAda OIV-antitanachasiga negativ natija bersa, yoki 18 oylikdan keyin 1 ta IFA negativ natija bersa va yuqoridagilar bilan bir vaqtda OIV infeksiyasiga musbat natija bergan boshqa testlar bo'lmasa hamda OITS indikatorli kasalliklar kuzatilmasa.

Perinatal transmissiya 62 % dan 85 % gacha tug'ruq paytida yoki erta neonatal davrda ro'yobga chiqadi. Shuning uchun bolalarni tug'ilgandan keyin kasallik yuqtirib olmasligining oldini olish uchun ularni bemor onalari tomonidan ko'krak sutini emizishi ta'qiqlab qo'yiladi. Kasallik perinatal davrda yuqqanda OIV infeksiyasi juda tez rivojlanadi, tana harorati ko'tariladi, limfadenopatiya, gepatosplenomegaliya, diareya, gemorragik sindrom, nafas va asab tizimlari jarohati ko'p kuzatiladi, o'rta hisobda 4- yilgacha bo'lgan muddatda bolalarda OITS rivojlanadi.

Bolalardagi OIV infeksiyasining asosiy klinik belgilari quyidagilardir:

1. Persistirlovchi generalizatsiyalangan limfadenopatiya.
2. Gepatostenomegaliya.
3. Ensefalopatiya (aqliy va jismoniy rivojlanishning sekinlashuvi yoki to'xtab qolishi, dastlab oyoqlarda, keyin esa tanada va qo'llarda muskullarning zaiflashuvi).
4. Pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya.
5. Kandidoz.
6. Diareya.
7. Bakterial infeksiyalar.
8. Gipergammaglobulinemiya.
9. Keskin ozib ketish.
10. Trombotsitopeniya.
11. Anemiya va ba'zan sariqlik.

Agar kasallik homiladorlikning erta davrida yuqqan (platsenta orqali) bo'lsa, homila rivojlanishidagi o'zgarishlar oqibatida quyidagi belgilar paydo bo'lishi mumkin:

1. Mikrotsefaliya.
2. Yuzning displaziyasi.
3. Peshonaning do'ng bo'lib chiqib turishi.
4. Burunning kichkinaligi.
5. G'ilaylik.
6. Lablarning kattalashuvi (makroxeyliya).
7. Ko'z soqqasining havo rang bo'lishi.

Bolalarda OIV infeksiyasini diagnostika qilishning qiyinligini hisobga olib, JSST 1985- yili bolalarda OITS mavjudligini gumon qilish imkonini beradigan mezonlarni aniqlab chiqdi. Ular quyidagilardir:

1. Katta belgilari:
 - ozib ketish (tana vaznining pasayishi);
 - 1 oydan ortiq davom etuvchi surunkali diareya;
 - 1 oydan ortiq davom etuvchi haroratning ko'tarilishi;

2. Kichik belgilari:

- generalizatsiyalangan limfadenopatiya;
- orofaringeal kandidoz;
- persistirlovchi yoʻtal;
- generalizatsiyalangan dermatit;
- onasida tasdiqlangan OIV infeksiyasi.

OIV infeksiyasining 1 yoshgacha boʻlgan bolalarda kechishini prognoz qilishda CD4 hujayralarining nisbiy (protsent) miqdori-ning ahamiyati katta. Immun tanqisligi holatining rivojlanishi kasallikning progressiyasiga olib keladi. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda CD4 hujayralarining miqdori 750, 500 va 200 huj. mm³ boʻlsa, bu ogʻir immun tanqisligi holatini aks ettiradi, kasallik tezda rivojlanadi va pnevmosistali pnevmoniya rivojlanishiga sabab boʻlishi mumkin. (Meʼyorda 1 yoshli bolalarda CD4 hujayralarining miqdori 2000 mm³; 2 yoshda – 750 mm³; 3 yoshda esa 500 mm³; faqat 6 yoshga toʻlganda CD4 miqdori kattalar bilan bir xil boʻladi.) Virusning sintitsiy hosil qilish qobiliyati yuqori boʻlsa hamda uning makroflaglarni zararlashi ustuvor boʻlsa, bolalarda kasallik juda noxush kechadi. Agar bemor bolalarda CD4 hujayralarining nisbiy miqdori 10 % dan kam boʻlsa, 80–97 % oʻlim kuzatiladi, agar bu hujayralarning foiz miqdori 10–20 % boʻlsa, 44 % oʻlim bilan yakunlanadi, 25 % dan koʻp boʻlsa, oʻlim yana ham kamayadi. Ammo CD4 hujayralar miqdori 25–30 % dan yuqori boʻlgan taqdirda ham, 5 yil ichida oʻlim bilan yakun topish holatlari juda yuqori boʻladi.

OIV infeksiyasining ayollarda kechishining oʻziga xosligi

OIV infeksiyasining ayollarda erkaklarga nisbatan agressiv holatda kechishi, tezda rivojlanib OITSGa oʻtishi va oʻlimga olib kelishi kuzatiladi. Ammo infeksiyaning inkubatsion va latent davrlari biroz uzoqroq boʻladi. Ayrim olimlarning bergan maʼlumot-

lariga qaraganda, homiladorlik davrida OIV infeksiyasi zo'rayib, OITS ga o'tishi tezlashadi. Homiladorlik davrida qonda virusning p24 antigeni miqdori sezilarli darajada ortib ketadi, bola tug'ilgandan keyin esa uning konsentratsiyasi yana pasayadi. Ammo bir guruh olimlarning olgan ma'lumotlariga ko'ra, homiladorlik OIV infeksiyasining kechishiga aytarli ta'sir ko'rsatmaydi. Demak, har bir individual holatlarning o'zining kechishida variantlar bo'lishi mumkin va ular faqat homiladorlikkagina bog'liq bo'lib qolmasdan, boshqa ko'pgina holatlarga ham bog'liq deb xulosa chiqarish mumkin.

Ayollarda OIV infeksiyasining quyidagi ko'rinishlari ko'proq uchraydi:

- 1) orofaringeal kandidoz;
- 2) bakterial zotiljam;
- 3) multifokal, progressiyalovchi ensefalopatiya;
- 4) virusli papillomalar;
- 5) servikal intraepiteal neoplazmoz.

Bu kasallikning agressiv kechishi va tezda rakka aylanishi kuzatiladi, shuning uchun barcha OIVga chalingan ayollarda har 6 oyda genitaliyadan surtma olib tekshirish zarur, agar o'zgarishlar aniqlansa – kolposkopiya qilish kerak.

6) OIVga chalingan ayollarda yallig'lanish, asosan, jinsiy a'zolarida, o'ta og'ir kechadi.

7) 40 % da hayz sikli buzilgan, (sog'lom ayollarda 20–24 %) ko'pincha qon ketish buziladi (gipermenoreya kuzatiladi), menstruatsiyada og'riq kuchli bo'ladi, predmenstrual sindrom og'ir kechadi, siklikligi buziladi (neregular).

OIVga chalingan ayol bemorlarda tilning tukli leykoplakiyasi, Kaposhi sarkomasi, pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniya, oddiy herpesni invaziv shakli kabi kasalliklar, erkaklarga nisbatan kamroq uchraydi.

Aslida barcha ayollarda homiladorlik vaqtida immun tizimi sustlashgan bo'ladi, bu ularni fiziologik holatidir. Homiladorlikning erta davrida immunoglobulinlarning miqdori pasayadi. Homila-

dorlikni barcha davrida hujayra immuniteti sustlashadi. Bunday holatda homiladorlarda OIV infeksiyasining kechishi tezlashadi. Tug'ishdan keyin OIV infeksiyasi rivojlanib, tezda OITSGa olib kelishi mumkin.

OIV infeksiyasiga chalingan homiladorlarda CD4 hujayralarni soni kamayadi va borgan sari kamayib ketaveradi. Homiladorlarda asoratlari ko'proq uchraydi. Yuzaga chiqqan tibbiy va ijtimoiy holatlar homiladorlikning kechishiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. OIV infeksiyasiga chalingan homiladorlarda bachadondan tashqari homiladorlik ko'proq uchraydi, bu har xil ikkilamchi infeksiyalarning ta'siri tufayli kuzatiladi.

OIV infeksiyasiga chalingan homiladorlarda zaxm, so'zak, xlamidioz, trixomoniaz kabi kasalliklar 3 barobar ko'p uchraydi. Muddatidan ilgari tug'ishlar ko'proq kuzatiladi. Tug'ilgan bolalarning o'rtacha 25–30 % i OIV infeksiyasiga chalingan bo'ladi. Infeksiyaning homilaga o'tishini kuchaytirib yuboruvchi omillar quyidagilardir:

1. Homiladorlik davrida, tug'ishdan oldin:
 - yuqori viremiya (qondagi viruslar miqdorining juda ko'pligi, virus zalvorligi);
 - OIV infeksiyasining erta (dastlabki) bosqichlari;
 - homilador ayolning ahvolidan yomonlashuvi, immunosuppressiya, kasallikning zo'rayib borishi;
 - p24 antigenemiya;
 - CD4 hujayralar miqdori 200 mm^3 dan kam.
2. Tug'ish paytida:
 - tug'ruqning uzoq vaqtga cho'zilishi, membranalarning yirtilishi;
 - homilaning shikastlanishiga olib keluvchi amaliyotlar;
 - epiziotomiya;
 - ona va bola suyuqliklarining yuqori kontakdaligi.
3. Tug'ishdan keyin:
 - ko'krak suti bilan boqish (emizish).

Kasallikning homilaga o'tishini kamaytirish maqsadida homiladorlarga ximioprofilaktika (azidotimidin yoki nevirapin bilan) o'tkaziladi yoki (va) chaqaloq Kesar usulida jarrohlik yo'li bilan olinadi. Ximioprofilaktika va Kesar usuli birgalikda o'tkazilganda homilaga kasallikning yuqishi 2 % ni tashkil qilgan, agar Kesar usuli ximioprofilaktikasiz o'tkazilsa, 10,4 % ni tashkil qilgan. Kesar usuli homiladorning roziligi bilan o'tkaziladi. unga bu usulning asoratlari, infeksiyalar rivojlanishi mumkinligi tushuntiriladi.

Homiladorlarga ximioprofilaktika ACTG 076(MMWR,1994,43, RR-1:1-20) protokoli bo'yicha quyidagi usullarda o'tkaziladi:

1. Tug'ruqqacha bo'lgan davrda:

Homiladorlikning 24-34 haftasidan boshlab, to tug'ish jarayoni boshlangunga qadar azidotimidin 300 mg dan kuniga 2 mahal, yoki 100 mg dan kuniga 5 mahal *per os* berib boriladi.

Tug'ruq jarayoni davrida, asosiy sxema:

1- sxema. Tug'ruq jarayoni boshlanishi bilan to u tugaguncha (chaqaloqning kindigi kesilgunga qadar), uning 1-soatida homiladorning 1 kg vazniga 2 mg hisobidan, keyingi har bir soat uchun esa 1 kg vazniga 1 mg hisobidan azidotimidin vena qon tomiri ichiga tomchilab yuboriladi.

2-sxema. Tug'ruq faoliyati boshlanishi bilan nevirapin (viramun) 1 tabletka - 200 mg *per os* beriladi, agar tug'ruq jarayonining davomiyligi 12 soatdan ortib ketsa, unda yana 200 mg nevirapin beriladi. Bu sxema, asosan, homiladorlik davrida azidotimidin bilan ximioprofilaktika olmaganlarda qo'llaniladi. Agar homilador ayol homiladorlik davrida azidotimidin qabul qilayotgan bo'lsa, uning dozasi avvalgidek davom ettirib boriladi (nevirapin bilan birgalikda).

3-sxema (rezerv sxema). Tug'ruq jarayoni boshlanishi bilan azidotimidin 300 mg *per os* beriladi, keyin esa to chaqaloq homiladordan ajralguncha (kindik kesilguncha) har 4 soatda 400 mg dan berib boriladi.

Tug'ishdan keyingi chaqaloqning ximioprofilaktikasi:

1- sxema. Azidotimidinning qiyomi chaqaloqning har 1 kg vazniga 2 mg dan 6 hafta mobaynida har 6 soatda *per os* berib boriladi. Har haftada chaqaloq tortib turiladi, vazniga qarab dorining dozasi korreksiya qilinadi. Agar chaqaloq preparatni peroral qabul qila olmasa, unda azidotimidin 1 kg vaznga 1.5 mg dan har 6 soatda vena qon tomiri ichiga yuboriladi.

2- sxema. Nevirapinning suspenziyasi chaqaloqning har 1 kg vazniga 2 mg dan 3 kun mobaynida har 24 soatda *per os* berib boriladi.

1998- yili CDC MMWR (RR-3) homiladorlarga ximioprofilaktika o'tkazishning yangi tavsiyasini bergan (AQSh va Yevropa davlatlari uchun), unga ko'ra homiladorlar katta yoshli odamlarga tavsiya qilingan standart antiretrovirus terapiya sxemasi bo'yicha davolanadilar. O'zbekistonda shu usulda ximioprofilaktika o'tkazish qabul qilingan (OIV/OITSni davolash qismida keltiriladi).

OIV infeksiyasiga chalingan homiladorlardan tug'ruqni qabul qilishning taktikasi quyidagilardan iborat:

– suvsiz davrning uzoq cho'zilishiga yo'l qo'ymaslik kerak, chunki suvsiz davr 4 soatdan ortiq davom etsa, OIV infeksiyasining homilaga yuqish xavfi ortadi:

– agar tug'ruq jarayoni asoratlarsiz kechayotgan bo'lsa, amniotomiya o'tkazmaslik kerak:

– teri (homila)ning butunligi buziladigan yoki chaqaloqning ona qoni bilan kontakti yuzaga kelishiga olib keladigan har qanday muolajani o'tkazmaslik kerak (imkon qadar):

– epiziotomiya yoki perineotomiya o'tkazmaslik kerak;

– akusherlik qisqichi, vakuum-ekstrakt qo'ymaslik kerak;

– tug'ruqni kuchaytirish yoki qo'zg'altirish maqsadga muvofiq emas:

– butun tug'ruq davomida barcha tug'ruq yo'llarini har 2 soatda sanatsiya qilib turish kerak (2 % xlorgeksidin eritmasi bilan);

– chaqaloqni dezinfeksiyalovchi suyuqlikda yoki sovunli suvda terisi va shilliq qavatlarini avaylab (shikastlamay) yuvish kerak;

– kesar usulini akusherlik ko'rsatmasi bo'yicha, yoki reja asosida. onaga va chaqaloqqa yetishi mumkin bo'lgan xavfini va afzaliligini hisoblab ko'rib, amalga oshirish kerak.

Testdan avvalgi va keyingi konsultatsiya

Vrachga murojaat qilgan bemorlarga testdan avval va keyin maslahat (konsultatsiya) berish muhim ahamiyatga ega. Konsultatsiya – murojaat qilgan shaxs bilan konsultant o'rtasidagi konfidensial (ya'ni boshqalarga oshkor etilmaydigan) dialogdir. Ushbu dialog murojaat qilgan shaxsga stressni yengib o'tishda. OIV infeksiyasiga nisbatan qaror qabul qilishga yordam beradi. Konsultatsiya o'tkazishdan maqsad, bu shaxsni qo'llab-quvvatlash, ushbu kasallik oqibatida hayotining o'zgarishiga shaxsiy javobgarligini tushunib yetishiga ko'maklashishdan iborat. Konsultatsiya aholini OIV infeksiyasiga nisbatan xavfsiz xulq-atvorli bo'lishga undaydi, individual profilaktika bilan shug'ullanishga moyil qiladi, ruhiy dalda beradi.

Testdan avvalgi konsultatsiya. Har bir test o'tkazishdan avval konsultatsiya beriladi. Bunda konsultant o'zi olgan ma'lumotlarni oshkor qilmasdan, konfidensiallikni saqlaydi, konsultatsiya qilinayotganining shaxsiyatiga baho beradi, OIV antitanachalariga tekshirishga sabab bo'layotgan omillarini aniqlaydi, patsiyentning jinsiy anamnezini yig'adi, narkotiklarga munosabatini (qabul qiladimi yoki yo'qmi) aniqlaydi, uning OIV infeksiyasi haqida qanday ma'lumotga (bilimga) egaligini aniqlaydi, testning natijalari qanday bo'lishi mumkinligini patsiyent bilan muhokama qiladi, uning musbat yoki manfiy natijaga qanday reaksiya berishini muhokama qiladi. Testning natijalariga bog'liq bo'lgan oqibatlarini birgalikda baholaydi, agar musbat chiqsa, bemorda qanday emotsional holatlar bo'lishi mumkinligini chamalaydi, test natijalarini bemorga qachon e'lon qilishini tayinlaydi. Testning natijalari bemorga kon-

sultant tomonidan testdan keyingi konsultatsiya paytida aytiladi, telefon orqali aytish mumkin emas.

Testdan keyingi konsultatsiya uning natijasiga qarab har xil bo'ladi.

Agar test natijasi manfiy bo'lsa, ammo bemor xavfli guruhga mansub bo'lsa, bemor bilan OIV infeksiyasining profilaktikasi masalalari ko'rib chiqiladi, uni xavfsiz xulq-atvorni qabul qilishga undaydi, olingan natijaning ahamiyatini tushuntiradi, bemorga kasallikning ma'lum bosqichida antitanachaga testlar manfiy natija berishi mumkinligini («okno»), masalani uzil-kesil hal qilish uchun bemor 3–6 oydan keyin yana testdan o'tishi kerakligini aytadi.

Agar olingan natija noaniq bo'lsa va bemor xavfli guruhdan bo'lmasa, uning sabablarini muhokama qiladi, bemorni OITSGa qarshi kurash markaziga yuboriladi va u yerda bemorni hisobga olinib, 3 oydan keyin qayta tekshirish tayinlanadi. Agar bemor xavfli guruhga mansub bo'lsa, uni OITSGa qarshi kurash markazida hisobga olinib, 2 haftadan keyin qayta testdan o'tkaziladi.

Agar olingan natija musbat bo'lsa, konsultant uni ma'lum qilgandan keyin patsiyentga olingan ma'lumotni fikrlab olishi uchun vaqt beradi, uning reaksiyasini baholaydi, patsiyentga kasallikni boshqalarga yuqtirmaslik uchun uning javobgarligini tushuntiradi, jinsiy aloqada bo'lganlarga, oiladagi yaqinlariga qanday qilib bemorligini aytish yo'lini muhokama qiladi. Patsiyentga OIV infeksiyasining tashxisi yakuniy ravishda OITSGa qarshi kurash markazidagina qo'yilishi mumkinligini ma'lum qiladi va uni OITSGa qarshi kurash markaziga yuboradi, u yerda unga kerakli tekshiruvlardan keyin yakuniy tashxis qo'yilib, hisobga olinadi.

Nazorat savollari

1. OIV/OITSGning JSST klassifikatsiyasini bilasizmi?
2. Kasallikning o'tkir isitma fazasida qanday klinik alomatlar kuzatiladi?
3. OIV/OITSGda zamburug'li infeksiyalarning kechishida qanday o'ziga xoslik mavjud?

4. Virusli infeksiyalardan qaysilari OIV/OITSda ko'proq kuzatiladi?
5. OIV/OITSda bakterial infeksiyalardan qaysilari kuzatiladi va klinik manzarasida qanday o'ziga xoslik bor?
6. Protozoyni infeksiyalardan qaysilari OIV/OITSda ko'proq kuzatiladi?
7. OIV/OITSda Kaposhi sarkomasining kechishida qanday o'ziga xoslik kuzatiladi?
8. Kasallikning terminal bosqichida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
9. Qon hosil qilish va limfatik tizimdagi o'zgarishlar nimalardan iborat?
10. Nafas tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
11. Oshqozon-ichak tizimidagi o'zgarishlarni ko'rsating.
12. Asab tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?
13. OIV/OITSning bolalarda kechishidagi o'ziga xos tomonlarini ayting
14. OIV/OITSning ayollarda kechishidagi o'ziga xosliklarni ayting.
15. Testdan avvalgi va keyingi konsultatsiya haqida qanday tushunchaga egasiz?

V BOB. OIV-INFEKSIYASINI TAHLILIIY (LABORATORIYA) TASHXISLASH USULLARI

OIV infeksiyasini spetsifik diagnostikasida quyidagi usullar qo'llaniladi:

- 1) OIVga qarshi maxsus antitanachalarni aniqlash;
- 2) virusning antigenlarini aniqlash;
- 3) virus mavjudligini *in vitro* usulida o'stirib olib aniqlash.

1. OIVga qarshi maxsus antitanachalarni aniqlash (serologik usullar-IFA va immunoblot). Immunoferment analizi (IFA) keng tarqalgan, nisbatan arzon, qo'llanilish imkoniyati eng oson bo'lgan diagnostika usulidir. Tekshirish uchun qon zardobidan yoki plazmasidan foydalaniladi. Bu usul OIVga qarshi organizmda hosil bo'lgan antitanachalarni aniqlash imkonini beradi. Bu usulda tekshirilganda antigen-antitelo kompleksi hosil bo'ladi, hosil bo'lgan kompleks ferment (substrat reaksiya) ta'sirida rangini o'zgartirib, yaqqol namoyon bo'ladi. IFA yolg'on musbat yoki yolg'on manfiy natijalar berishi mumkin. Shuning uchun IFA musbat natija bergan qon namunalarini immun blot usulida tasdiqlash zarurdir. OIV infeksiyasiga chalingan homilador ayoldan tug'ilgan chaqaloqlarda IFA musbat natija berishi ham mumkin, manfiy natija berishi ham mumkin, chunki ona organizmida hosil bo'lgan antitanachalar bolaning qonida 18 oygacha saqlanib, sirkulatsiya qilib yuradi, juda kam hollarda bu 3- yilgacha cho'zilishi mumkin. Shuning uchun yangi tug'ilgan chaqaloqda 18 oygacha serologik reaksiyalar musbat natija bersa ham, bu kasallik yuqqanligini tasdiqlovchi hujjat bo'la olmaydi. OIV infeksiyasi jinsiy yo'l bilan yoki inyeksiya orqali yuqqanda, IFA va immun blot usullari asosiy laboratoriya diagnostik usullari hisoblanadi. Agar bemorda og'ir agammaglobulinemiya kuzatilsa, OIVga qarshi antitanachalar aniqlanmasligi mumkin.

Qattiq fazali immunoferment analizi (ELISA) eng keng tarqalgan usuldir. IFAning bir necha modifikatsiyalari mavjud: bevosita, bilvosita, konkurentli, bloklovchi va h. k. Bunda maxsus reagentlardan biri qattiq fazaga immobilizatsiya qilinadi, keyin navbat bilan tekshirilayotgan zardobni, konyugatni, xromogenni qoʻshiladi, har bir inkubatsiyadan keyin uni yuviladi. Natijani koʻp kanalli spektrofotometr orqali qayd qilinadi va kontrol namuna bilan solishtirib koʻriladi. Qattiq faza sifatida har xil polimer materiallar ishlatiladi: polisterol, polivinil, poliamid, polipropilen va h. k. Qattiq faza planshet, probirka, sharik shaklida boʻlishi mumkin.

IFA usulini qoʻllashda bir necha xil test-sistemalar ishlatiladi va bugungi kunga kelib uni IV-avlodi mavjud.

I avlod – OIV-1 ni tozalangan va planshetani chuqurcha (lunka) lariga joylashtirilgan lizatni qoʻllashga asoslangan. Asosan virusning 2–3 ta oqsili, masalan, GR 120, GR 41, R24 kabi diagnostika uchun muhimlari qoʻllaniladi. Immunoglobulinlarni G sinfini virus yuqqandan 27 kun oʻtgach aniqlaydi. Sezuvchanligi va spetsifikligi 95 % dan yuqori emas, ammo bu avlod test sistemasi yolgʻon mustabat natijalarni koʻp beradi.

Test-sistemalarning II avlodi OIV-1 va OIV-2 ni rekombinat oqsillari yoki sunʼiy peptidlarni antigen sifatida ishlatishga asoslangan. Koʻpincha env genining (yaʼni virus qobigʻining) oqsillari qoʻllaniladi, shuning uchun bu test-sistemaning spetsifikligi yuqori, ammo sezuvchanligi lizat test sistemalarinikidan past.

Test sistemalarning III avlodi sendvich IFA hisoblanadi, planshetga sorbsiya qilingan antigenlar peroksidaza bilan belgilangan (mechenaya). Ularni farqi shundaki bu test sistema yordamida immunoglobulinlarning M sinfi aniqlanadi, yaʼni tashxisni ertaroq qoʻyish mumkin (yuqishdan keyin 21 kun oʻtgach). Sezuvchanligi va spetsifikligi biroz yuqoriroq (97 %).

Test-sistemalarning IV avlodi yordamida antitanachalar bilan bir qatorda p-24 (virusni oqsili)ni erta aniqlash mumkin (yuqishdan keyin 12 kun oʻtgach), chunki konyugatda OIVning p24 oqsiliga nisbatan monoklonal antitanachalar qoʻllaniladi.

Test sistemalarning barcha avlodi «Soxta-musbat»; «Soxta-manfiy» natijalar berishi mumkinligini esda tutish kerak.

«Soxta-manfiy» – «serologik darcha» paytida, ya'ni kasallikni boshlang'ich davrlarida antitanachalar hali ishlab chiqilmagan paytda bo'lishi mumkin.

Undan tashqari, manfiy natijalar immun tizimining o'ziga xosligi yoki kasallikning oxirgi bosqichlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

«Soxta-musbat» esa immun tizimida har xil jarohatlanish mavjudligida yoki homiladorlikda kuzatilishi mumkin.

Ekspress testlar. IFAdan tashqari, hozirgi vaqtda ko'plab oddiy, murakkab asbob-uskunalar bo'lishini talab qilmaydigan bajarish oson bo'lgan testlar ishlab chiqilgan. Bularga agglutinatsiya, immunofiltratsiya, immunoxromatografiya va boshqa testlar kiradi. Qo'yilish vaqtiga qarab ular tezda natija beradigan (ekspress testlar) va oddiy testlarga bo'linadi. Ekspress testlar o'zining sezuvchanligi bo'yicha test-sistemalarni III avlodi bilan tenglashadi. Bu testlarni qo'yish uchun maxsus asbob-uskunalar kerak emas, kerakli reagentlar, tomchilovchilar tayyor jamlangan (nabor) holda chiqarilgan. Tekshirilayotgan qon zardobi yoki plazmasi suyultirilmadan qo'llaniladi. Musbat natija rangli dog' yoki chiziq holda, eritrotsitlar agglutinatsiyasi yoki lateksning bir bo'lakchasi sifatida namoyon bo'ladi. Qisqa vaqt ichida natija olish mumkin. Buni barcha tibbiy xodimlar tomonidan bajarilishi mumkin, shuning uchun bu testlar imkoniyati cheklangan, asbob uskunalari yetarli bo'lmagan hamda oz miqdordagi qonlarni tekshiradigan tibbiyot muassasalarida qo'llash uchun qulay.

Immunoblot (IB) usuli. Immun blot usuli virusning har bir oqsiliga qarshi hosil bo'lgan antitanachalarni alohida-alohida aniqlash imkonini beradi. spetsifligi o'ta yuqori, shuning uchun bu usul verifikatsion hisoblanadi, noaniq hollarda yoki yolg'on musbat natija berganda haqiqiy musbat ekanligiga xulosa beradi. Bu usulning prinsipi shundan iboratki, virus oqsillari poliakrilamid

gelida fraksiyalarga ajratiladi va alohida ajratilgan oqsillar elektroforez yo'li bilan nitrosellyuloz membranaga ko'chiriladi, uni 5 mm dan qirqib chiqiladi (strip deb ataladi) va bu striplarni planshetalarga joylashtiriladi. JSST yo'riqnomasiga ko'ra, agar env genining (ya'ni virus qobig'ining) 2 ta oqsiliga nisbatan antitanacha topilsa, immunoblot natijasi musbat deb hisoblanadi, envning 1 ta oqsiliga va boshqa oqsillarga antitanacha topilsa, natija gumonli hisoblanadi va 2 haftada, 3 oyda va 6 oyda qaytadan tekshiriladi. Ammo agar tekshirilayotgan bemor OIV infeksiyasining o'chog'idan bo'lsa, V. V. Pokrovskiy fikricha envning 1 ta oqsiliga nisbatan antitanacha topilsa ham, epidemiologik holatni hamda kasallik klinikasini inobatga olgan holda natijani musbat deb hisoblash mumkin. Unutmashlik kerakki, IB usulining sezuvchanligi IFA usuliga nisbatan pastdir, shuning uchun IBning ayrim hollarda bergan natijasini interpretatsiya qilish juda qiyin bo'ladi.

Molekular gibrizatsiya va polimeraz zanjirli reaksiya (PZR). IFA va IB usullarining sezuvchanligi yuqori, bajarish qulay bo'lsada, bir qator kamchiliklari mavjud. Shuning uchun tekshirilayotgan materialda virusning nuklein kislotalarini aniqlashga qaratilgan molekular gibrizatsiya va polimeraz zanjirli reaksiyalardan foydalanish aniq differensial diagnostika qilish imkonini beradi. Bu usullarning asosiy mohiyati shundan iboratki, tekshiruvchilar ixtiyorida ma'lum oligonukleotidlar bo'lib, bular yordamida virus genomidagi nukleotidlarni zanjirini tartibli ravishda tiklash mumkin. Molekular gibrizatsiya reaksiyalarida bu oligonukleotidlarni zondlar deb, PZRda esa praymerlar deb yuritiladi. PZRning har bir sikli 3 bosqichdan iborat: 1) tekshirilayotgan nuklein kislotasining denaturatsiyasi; 2) praymerlarning DNK uchastkalari bilan birikishi; 3) DNK zanjirining tartibli ravishda komplementar tizilishi. Tekshirish uchun qon, to'qima suy-uqliklari, likvorlar, biopsiya materiallari, burundan olingan yuvindi, siydik va boshqalardan foydalaniladi. Bu o'ta sezuvchan reaksiyalar bo'lib, OIV infeksiyasini juda erta, qonda antitanachalar paydo bo'lmasdan turib aniqlash

imkonini beradi. Bu usullardan serologik reaksiyalar noaniq natija berganda, bemor ayoldan tugʻilgan yangi chaqaloqlar organizmi-da virus borligini (yaʼni ularga kasallik yuqqanini) aniqlash maqsadida, kasallikka chalingan shaxslarning seksual sheriklarining qoni seronegativ natija berganda aniqlik kiritish uchun qoʻllaniladi. Hozirgi kunda PZRning bir necha modifikatsiyalari mavjud, ammo bu reaksiyalarni qoʻyish uchun maxsus asbob-anjomlardan tashqari yana alohida bir necha xonalar, alohida tartib (rejim) zarurligini, agar bu tartiblar buzilsa, yolgʻon musbat natijalarga olib kelishi mumkinligini esda tutish kerak.

Virus zalvori (virusnaya nagruzka). Bu OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda virusning RNKsini sirkulatsiya qilayotgan qondagi miqdorini PZR yordamida bevosita aniqlashdir. Bu marker kasallikning kuchayib borayotganini (progresslab borayotganini) va antiretrovirus terapiyaning samaradorligini aniqlashda eng katta ahamiyatga ega. Virus zalvorining 5 ta sinfi tasdiqlangan: 1 ml qonda 500 tadan kam; 501–3000; 3001–10000; 10000–30000; 30000 dan koʻp. Virus zalvorining darajasi prognostik ahamiyatga ega, virusga qarshi preparatlarning taʼsirini miqdoriy oʻlchash, viruslar replikasiyasini kinetikasini baholash imkonini beradi. Hozirgi kunda dunyoda virus zalvorini aniqlash uchun 3 ta kommersiya jamlamasidan (nabordan) foydalaniladi. Bular: AMPLIKOR HIV-1 (Roch-Mol. -Sistems), 6 soatda 10 ta qon namunasini tekshirish imkonini beradi, eng kam sezuvchanligi (porogi) 1 ml qonda 200 ta virusni aniqlay oladi; NASBA HIV-1 RNA QT (Organon-Teknika), 5 soatda 10 ta qon namunasini tekshirish imkonini beradi, eng kam sezuvchanligi (porogi) 1 ml qonda 4000 ta virusni aniqlay oladi; QUANTIPLEX HIV-1 RNA (Chiron Corporation) 1.5 kunda 42 ta qon namunasini tekshirish imkonini beradi, eng kam sezuvchanligi (porogi) 1 ml qonda 10000 ta virusni aniqlay oladi.

OIVni in vitro oʻstirib olish. Birinchi marotaba R. Gallo laboratoriyasida 1983- yili oʻstirib olingan edi. OIVni oʻstirib olishning asosiy bosqichlari quyidagicha:

– periferik qonning mononuklear hujayralarini ajratib olib, in vitro usulida fitogemagglutinin (FGA) mitogeni bilan oʻstirish:

– OIV infeksiyasiga chalingan patsiyentning mononuklear hujayrasini ajratib olish:

– donorning stimulatsiya qilingan (FGA mitogeni bilan) hujayralarini patsiyent hujayralari bilan T-limfotsitlarni oʻstiruvchi omil boʻlmish interleykin-2 bilan birgalikda oʻstirish;

– 3–4 hafta davomida doimo kontrol qilib turish va donor hujayralarini qoʻshib turish usuli bilan oʻstirib borish.

Virusni indikatsiya qilish uchun hujayralar kulturasini doimo mikroskop (oddiy nurli va elektron) ostida koʻrib turiladi, virus yoki sintitsiy hosil boʻlganligini aniqlash uchun: qaytalama transkriptazani aniqlashdan foydalanish va boshqa usullarni ham qoʻllash mumkin.

Nospetsifik usullar

Immun tizimining holatini baholash uchun T-limfotsitlarni bir turi – T-indikatorlarni, boshqacha nomi CD4-limfotsitlarni soni aniqlanadi. Meʼyorda 1 ml qonda ularning soni 500 tadan 1500 tagacha boʻladi (odamning yoshiga bogʻliq).

OIV infeksiyasida ularni soni kamayishi kuzatiladi va kasallik kechish jarayonida saqlanib qoladi.

CD-4- limfotsitlarni monoklonal antitanachalar yordamida aniqlanadi (sitoflyuorimetr qoʻllaniladi) va maxsus test-sistemalar ishlatiladi.

Katta yoshdagilarni tahliliy tashxislash qoidalari

1. Tekshirilayotgan shaxsdan qon olinib, yoʻllanmasida pasport seriyasi va turar joyi koʻrsatilib tahlilxonaga maxsus xodim, maxsus transportda, maxsus bikslarda olib kelinadi.

2. Birlamchi IFA yoki ekspress usulda manfiy natija olinganda manfiy natija beriladi.

3. Musbat natija olinganda ushbu qon zardobi hududiy OITS markazlariga jo`natiladi.

Agar ushbu holat donorlarda kuzatilsa, qon yo`qotiladi, donor esa vaqtincha qon topshirishdan chetlatiladi. Umrbod qon topshirishdan maxrum bo`lish masalasini yechish maqsadida 2 hafta o`tgach qon quyish bo`limlarida, pasportini ko`rsatgan holda komission usulda takroriy qon olinib, hududiy OITS markazga jo`natiladi. Agar shunda ham «Musbat» natija olinsa, shaxs umrbod donorlikdan chetlatiladi.

Agar shu holda «manfiy» natija olinsa masala 6 oydan so`ng takroriy (3 marta) tekshiruv o`tkazish jarayonida yechiladi.

4. Hududiy OITS markazda manfiy natija olinsa «manfiy» xulosa qilinadi (donorlardan tashqari). Agar «musbat» natija olinsa qon namunasi Respublika OITS markaziga jo`natiladi. Turar joyi noma`lum, «pinxoniy» tekshirilganda hamda «DV» larning qoni jo`natilmaydi.

5. Hududiy OITS markaz tahlilxonasida birlamchi tekshiruv o`tkazilsa «musbat» hollarda takroriy tekshirib xulosa qilinadi.

6. Respublika OITS markazida tasdiqlovchi tekshiruvlar o`tkaziladi (immunoblot)

18 oygacha bo`lgan bolalarda OIV infeksiyaga, gumon qilingan holda tahliliy tashxislash

Bu masalani yechish, bolaning onasi OIV kasalligiga aloqadorligiga bog`liq.

A) OIVga chalingan onalardan tug`ilgan bolalarda tashxislash:

Sun`iy ovqatlanishda bo`lgan bolalarda OIV infeksiyasi bor yo`qligini polimeraz zanjirli reaksiya (PZR) natijasiga asoslanib aniqlanadi.

1- tekshiruv bolaning 1–2 oy ligida o`tkaziladi.

Agar PZR «manfiy» bo'lsa bola «balki OIVga chalinmagan» deb xulosa qilinadi va 3–4 oyligida takroriy PZR o'tkazilib, natijasiga qarab xulosa qilinadi.

Agar «musbat» natija olinsa, bola «balkim OIVga chalingandir» deb xulosa qilinadi hamda 3–4 oyligida takroriy PZR o'tkaziladi va natija «manfiy» bo'lsa oxirgi xulosa «OIV infeksiyasi yo'q» deb xulosa qilinadi, lekin 18–24 oyligida IFA usulida tekshiruv o'tkaziladi. Agar «musbat» natija olinsa test-sistemani boshqa turi bilan «tasdiqlovchi» tekshiruv o'tkaziladi.

B) «OIV-manfiy» onalardan tug'ilgan bolalarda (tabiiyki ular 18 oylikdan keyin tekshiriladi hamda IFA va Immunoblot usuli qo'llaniladi)

Agar «manfiy» natija olinsa xulosa «OIVga chalinmagan» deb xulosa beriladi.

Agar «musbat» natija olinsa onasi tekshiriladi va natijaga qarab, yuqorida keltirilgan qoidalar bo'yicha kerakli harakatlar qilinadi.

OIVga tekshirish uchun qon namunalari olish, laboratoriyaga yo'llanma to'ldirish va laboratoriyaga keltirish qoidalari

1. Tekshiriluvchini pasport ma'lumotlari yozilib, och qoringa qon olinadi. Qon olishdan 1 kun avval yog'li taom ist'emol qilish tavsiya qilinmaydi.

2. Davolash profilaktika muassasini muolaja xonasida bilakdan quruq probirkaga 5 ml. qon olinadi. Qon olishdan oldin tibbiy xodim qo'lini sovun bilan yuvib, rezinali qo'lqop kiyadi, probirkaga, ro'yxat daftari va yo'llanmada keltirilgan son yoziladi. Qon olinadigan joy 70 % li etil spirt bilan ishlov beriladi va bir marotaba ishlatiladigan igna-shpris bilan qon olinadi. Shprisdan qonni probirkaga quyishni o'ta sekin va ehtiyotkorlik bilan o'tkaziladi.

3. Olingan qonni tahlilxonaga 24 soat davomida olib kelishi kerak. Agar qonning zardobi sentrifuga yordamida ajratilsa, uni 5 kun davomida olib borish mumkin. agar muzlatkichda saqlanadigan bo'lsa. 9 kun). Tahlilxonaga jo'natiladigan qon zardobi 1 ml dan kam bo'lishi kerak emas. Zardobni ajratish jarayonida har xil tayyoqchalardan foydalanish man etiladi.

4. Tahlilxonaga qon namunasi. maxsus avtoullovda. OIV infeksiyasi bo'yicha tayyorlovdan o'tgan maxsus kiyim kiygan (xalat, shapochka-kosinka) tibbiy xodim tomonidan olib kelinadi.

5. Jamoat avtoullovda olib kelish qat'iy man etiladi.

6. Qon namunalari bilan probirkalar shtativga o'rnatilib, har bita probirkadagi son yo'llanma va ro'yxat jurnalidagi songa to'g'ri kelishi kerak. Probirkani yo'llanma bilan o'rash, paxta-marli tampon bilan berkitish qat'iy man etiladi.

7. Namunalar muzlatkich-sumka. biksda metall konteynerda olib kelinadi.

8. Yo'llanma 2 nusxada yoziladi va quyidagi ma'lumotlar keltiriladi:

1) tartib soni:

2) tekshiriluvchining ismi sharifi:

3) jinsi:

4) tug'ilgan yili:

5) pasport seriyasi:

6) yashash manzili:

7) ish joyi;

8) kod:

9) tekshiruv natijasi:

10) imzo:

11) tavsiya bergan tibbiy xodim (vrach) imzosi:

12) qon olgan hamshira imzosi (506/U shakli).

9. Yo'llanma alohida paketga solinib, biksga joylanadi.

Nazorat savollari

1. OIV/OITS diagnostikasida qanday tahliliy tashxislash usullari qo'llaniladi?
2. IFA haqida nimalarni bilasiz?
3. Immunoblot usuli haqida nimalarni bilasiz?
4. Virus zalvorini aniqlash qaysi tekshirish usuli orqali amalga oshiriladi?
5. PZR haqida nimalarni bilasiz?
6. Virusologik tekshiruv deganda nimani tushunasiz?

VI BOB. OIV/OITS NI DAVOLASH

Kasallikni etiotrop davolashda, asosan, antiretrovirus preparatlaridan foydalaniladi. Antiretrovirus preparatlarining taʼsir qiluvchi nuqtasi boʻlib provirus DNKsini sintez qilish bosqichini kataliz qiluvchi qaytalama transkriptaza fermenti hamda virusning strukturasi peptidlarining tuzilishini taʼminlovchi proteaza fermenti hisoblanadi.

Antiretrovirus terapiyasining asosiy maqsadi boʻlib virusning qondagi miqdorini (nagruzkasini – zalvorini) kamaytirish, immunitetni tiklash, bemorning umrini imkon qadar uzaytirish, uning hayot kechirish sifatini va ahvolini yaxshilash, kasallikning kuchayishini toʻxtatish, opportunistik infeksiyalarning oldini olish hisoblanadi.

Davolashning asosiy prinsiplari

1. Agar bemorda sil kasalligi, gepetit yoki shunga oʻxshash oʻtkir kasalliklar aniqlansa, avval shu kasalliklarni davolash va bemorning ahvolini yaxshilash zarur. Bunda antiretrovirus terapiyasi 1 oyga va undan ortiq muddatga kechiktiriladi. Opportunistik infeksiyalarning profilaktikasi ham shu davrda oʻtkaziladi.

2. Bemorning antiretrovirus terapiya olishga tayyorligini individual ravishda baholash zarur.

3. Narkomanlarda narkotiklar oʻrnini bosishga qaratilgan choralar, ularning davolanishga boʻlgan maylini orttiradi.

4. Dori moddalariga oʻz vaqtida buyurtma (zayavka) berish va sotib olish zarur omillardandir.

5. Bemorlarni oʻrgatish kerak: OIV qanday kasallik, hozirgi kundagi uni davolash imkoniyatlari, qaysi yoʻl bilan boshqa odamlarga yuqadi. Bemor oʻzi ixtiyoriy ravishda ARTni olish haqida qaror qabul qilishi kerak.

ART boshlashdan avval birlamchi tekshiruv o'tkaziladi. Jahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan 2004- yili mart oyida SNG davlatlari uchun qabul qilingan protokolida bu quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- anamnez yigish;
- bemorning umumiy ahvolini baholash;
- bemorning shikoyatlarini aniqlash;
- yo'ldosh kasaliklarni aniqlash;
- bemorning ruhiy holatiga baho berish va davolashga tayyorligini aniqlash:
 - avvalgi hayot faoliyati;
 - fizikal tekshiruv;
 - ginekologik tekshiruv.

Zarurat tug'ilganida bemorni narkologik konsultatsiyadan o'tkaziladi va davolanadi, psixiatrik yordam ko'rsatiladi.

Hozirgi kunda bemorlarni davolashda qo'llanilayotgan barcha antiretrovirus preparatlari 3 ta toifaga bo'linadi.

I. Nukleozid tabiatli kaytalama transkriptazaning ingibitorlari NIOT. Bular modifikatsiya qilingan anomal (defektl) nukleozidlar bo'lib. uch fosfatli hosilalarga aylanish siklidan keyin qaytalama transkriptaza fermentining ingibitori bo'lib qoladi. Bunday ta'sir qaytalama transkriptazaning tarkibiy qismining tabiiy komponentlari bilan konkurensiyaga kirishish hisobiga hamda DNK zanjirini terminatsiyalash oqibatida provirus DNKsining sintezini to'xtatish hisobiga yuzaga chiqadi. Bu guruh preparatlari OIVga qarshi kuchsizroq ta'sir qiladi. viruslarning ularga chidamliligi sekin rivojlanadi (lamivudin bundan mustasno- unga chidamlilik tezda rivojlanadi). Ushbu guruhga quyidagi preparatlar kiradi:

1. Azidotimidin (zidovudin, retrovir, timazid; Glaxo-Smith Kline) – AZT, ZDV. Timidinning tabiiy analogi bo'lib. 1985- yili OIV infeksiyasini davolash uchun taklif qilingan va uzoq vaqt mobaynida eng samarali preparat bo'lib qolgan. Azidotimidin OIV-1 va OIV-2 larning CD4 limfotsitlar. makrofaglar monotsitlar ichi-

da replikatsiya qilishini to'xtatadi, gematoensefalit barerdan o'tadi. Og'iz orqali qabul qilinganda 60 % preparat so'riladi. asosan. buyraklar orqali chiqariladi. shuning uchun buyrak kasalligi bor bemorlarga ehtiyotlik bilan beriladi. sutkalik dozasi biroz pasaytiriladi. Katta yoshdagi bemorlar uchun preparatning optimal sutkalik dozasi 600 mg ni tashkil qiladi. uni 3 yoki 2 marotabaga bo'lib beriladi. Bolalarda dozasi tananing 1 m² yuzasiga 90–180 mg dan to'g'ri keladi.

Preparatning dozasi kasallikning qaysi davrda ekanligiga, suyak iligi qay darajada saqlanib qolganligiga, bemorning og'irligiga, davolashni qanday qabul qilayotganiga qarab aniqlanadi. Ko'pincha o'rtacha dozasi 300 mg dan kuniga 2 mahal beriladi. Sutkalik maksimal dozasi 1.5 gr ni tashkil etadi. Asoratlari: asosan, katta dozada berilishi va uning suyak iligiga toksik ta'siri bilan bog'liq. Bular orasida anemiya, neytropeniya, leykopeniya, trombositopeniya kabilar ko'proq kuzatiladi. undan tashqari ko'ngil aynishi, qayt qilish, qorinda og'riq, lipodis-trofiya, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, terida toshmalar paydo bo'lishi, qichishish, harorat ko'tarilishi, ko'p terlash, miopatiya, paresteziya, uyquchanlik, depressiya, tez-tez siyish, gepatomegaliya, jigarining yog'li distrofiyasi, bilirubin va fermentlar miqdorining ortishi uchrab turadi. Preparatga turg'unlik uni 6 oy qabul qilgandan keyin rivojlanadi.

2. Didanozin (didezoksiinozin, vi-deks; Bristol-Myers Squibb)-ddI, purin nukleozidi dezoksiadenozinning analogi. 1991- yildan beri qo'llanib kelinadi. Dozasi: 60 kg gacha vaznga ega bo'lgan bemorlarga kuniga 2 mahal 125 mg dan, vazni 60 kg dan ortiq bemorlarga 200 mg dan kuniga 2 mahal beriladi. Bolalar uchun dozasi 1 m² tana sathiga 90–150 mg dan to'g'ri keladi. Asoratlari: eng asosiy asorati pankreatit bo'lib, hatto pankreonekerozga olib kelishi va bemorning halok bo'lishiga sabab bo'lishi mumkin. Keyingi o'rinda periferik asab tizimidagi o'zgarishlar (periferik neyropatiyalar) turadi. Bulardan tashqari, diareya, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, qayt qilish, buyrak funksiyasining buzilishi, jigar

testlarida o'zgarishlar. laktatsidoz. elektrolitlar almashinuvining buzilishi ham uchraydi. Ko'ngil aynishi, qorinda og'riq, amilaza yoki lipaza fermentlarining qondagi miqdori ortishi kabilar paydo bo'lsa. preparatni berishni vaqtincha (pankreatit tashxisi inkor qilinguncha) to'xtatib turiladi. Agar bemor dapson, ketokonazol kabi preparatlar qabul qilayotgan bo'lsa. ularni didanozindan 2 soat avval berish kerak, chunki didanozin ularni oshqozondan so'rilishini pasaytirib yuboradi. Gensiklovir preparatini didanozin bilan birga qabul qilishda ehtiyot bo'lish kerak. chunki bunda pankreatit rivojlanishi xavfi ortib ketadi.

3. Zaltsitabin (xivid; Hoffmann-La Roche) – ddC. Situdin nukleozidining pirimidinli analogi. Dozasi monoterapiyada 75 mg dan har 8 soatda qabul qilinadi, kombinatsiyada berilsa. 75 mg xivid va 200 mg zidovudin kuniga 3 mahaldan beriladi. 13 yoshgacha bo'lgan bolalarda 1 kg vaznga 0.005–0.01 mg dan har 8 soatda beriladi. Ko'pincha noxush ta'sirlardan bosh og'rig'i, holsizlik, ich ketishi kuzatiladi. Asoratlari: periferik neyropatiya, pankreatit, ko'ngil aynishi, disfagiya, anoreksiya, dispeptik buzilishlar, jigar steatozi, qizilo'ngachda va og'iz shilliq pardasida yaralar hosil bo'lishi, kardiomiopatiya, anemiya, jigar fermentlarining ortib ketishi, isitma.

Zaltsitabinni xloramfenikol, dapson, izoniazid, metronidazol, ribavirin, vinkristin, didanozin bilan birga berilganda periferik neyropatiya rivojlanishi xavfi ortadi. Pentamidin bilan birga berilganda esa pankreatit kelib chiqadi, shuning uchun zaltsitabinni pentamidin bilan birga berib bo'lmaydi.

4. Stavudin (zerit; Bristol-Myers Squibb) – d4T. Timidin nukleozidining analogi. Azidotimidin bilan birga berilmaydi, chunki ikkalasi ham bitta hujayra fermenti uchun konkurensiyada bo'ladi. Didanozin, lamivudin va proteazaning ingibitorlari bilan birga berilganda samaradorligi yanada ortadi. Gematoensefalit baryerdan o'tadi va demensiya rivojlanishining oldini oladi. Dozasi: bemorning og'irligi 60 kg dan kam bo'lsa–30 mg dan kuniga 2

mahal. 60 kgdan ortiq bo'lsa, 40 mg dan kuniga 2 mahal. Bolalarda agar tana vazni 30 kg dan kam bo'lsa, 1 kg vaznga 1 mg dan har 12 soatda beriladi. Asoratlari: bosh og'rigi, periferik neyropatiya, pankreatit, lipoatrofiya, laktatsidoz, uyquning buzilishi, jigar fermentlarining ortib ketishi, ko'ngil aynishi, diareya, mialgiya.

5. Lamivudin (epivir; Glaxo-Smith Kline) – 3TC. 1995-yildan beri qo'llanilmoqda. Og'iz orqali qabul qilinganda 86 % preparat qonga so'riladi. Dozasi: 150 mg dan kuniga 2 mahaldan (vazni 50 kgdan ortiq bemorlarga). 13 yoshgacha bo'lgan bolalarda dozasi 1 kg vaznga 4 mg dan har 12 soatda beriladi. Retrovir bilan birga berilganda viruslarning rezistent shtamlari paydo bo'lishi sekinlashadi. Lamivudin virusli gepatit B ni davolashda ham yaxshi samara beradi. Preparatning toksikligi boshqalarga nisbatan kam. Asoratlari: bosh og'rig'i, bexollik (kamquvvatlik), terida toshmalar, qorinda og'riq, diareya, soch to'kilishi, Periferik asab tolalari shikastlanishi mumkin, neytrofillar kamayishi, jigar fermentlari ortishi mumkin,

6. Abakavir (ziagen; Glaxo-Smith Kline) – ABC. Tabiiy guanozinning analogi. hujayrada fosforlanishi bo'yicha shu guruhdagi boshqa preparatlardan farq qiladi. Dozasi (1 tabletkadan) 300 mg dan kuniga 2 mahal. Asoratlari: allergik reaksiyalar, ko'ngil aynishi, qayt qilish, bosh og'rish, diareya, isitma chiqishi, toshmalar paydo bo'lishi, anoreksiya, tezda charchash. Agar preparatga sezuvchanlik ortib ketganligini vaqtida aniqlanmasa, yomon oqibatlar, hatto o'limga olib kelishi mumkin (35-rasm).

7. Kombivir(Glaxo-SmithKline) – ZDV + 3TC. Har bir tabletkasida 300 mg dan zidovudin (retrovir), 150 mg dan lamivudin (epivir) bor. Kuniga 1 tabletkadan 2 mahal qabul qilinadi. Kombivir 12 yoshgacha bo'lgan bolalarda hamda vazni 50 kg dan kam bo'lgan bemorlarda, buyrak yetishmovchiligida qo'llanilmaydi. Eng ko'p uchraydigan asoratlari: bosh og'rig'i (35 %), holsizlik yoki tezda charchash, o'zini noxush sezish (27 %), nazal belgilar va simptomlar (20 %), neytropeniya, anemiya, miopatiya.



35-rasm. Layel sindromi.

8. Trizivir (Glaxo-Smith Kline) – ZDV + 3TC + ABC. Har bir tabletkada 300 mg dan retrovir, 150 mg dan epivir va 300 mg dan abakavir bor bo'lib, 1 tabletkadan kuniga 2 mahaldan qabul qilinadi.

9. Adefovir (dipivoksil; Preveon, Gilead Sciences). Tarkibida monofosfat guruhini tutuvchi birinchi nukleotid analogdir. Hujayra ichida saqlanish davri uzoq bo'lganligi sababli, kuniga 1 mahaldan qabul qilinadi. Dozasi: 1200 mg dan kuniga 1 mahal. Preparat buyraklar orqali chiqariladi. Boshqa viruslarga, masalan, gepatit B virusiga, SMVlarga ham ta'sir qiladi.

10. Tenofovir – TNV. Adeninining nukleotidli analogi. Dozasi: 300 mg dan kuniga 1 marta beriladi. Asoratlari: nefrotoksiklik (buyrak yetishmovchiligi).

11. Nikavir (fosfazid, F-AZT). Timidinning nukleotidli analogi. Dozasi: 200 mg dan kuniga 3 mahal, yoki 400 mg dan kuniga 2 mahal buyuriladi.

11. Nonukleozid tabiatli qaytalama transkriptazaning inhibitorlari – NNIOT. Bu guruhga mansub preparatlar qaytalama transkriptaza fermenti bilan birikib, nofaol «ferment-substrat» hosil qiladi. Bu preparatlar OIVga qarshi kuchli ta'sir qiladi, ammo bu preparatlarga virusning chidamliligi juda tez rivojlanadi (bitta mutatsiyadan keyin). Quyidagi preparatlar ushbu guruhga mansubdir.

1. Nevirapin (viramun; Beringer Ingelxaym) – NVP. Qaytalama transkriptaza bilan bevosita birikib, fermentning katalitik qismini parchalaydi. Preparat barcha to'qima va a'zolarga, shu jumladan, yo'ldoshga va MATga ham kiradi. Dozasi: 200 mg dan kuniga 1 mahaldan davolashning dastlabki 2 haftasida, undan keyin esa 200 mg dan kuniga 2 mahaldan. Preparatga chidamlilik tezda rivojlanadi, shuning uchun monoterapiyada berilmaydi. Asoratlari: og'ir oqibatlariga olib keluvchi terida toshmalar, Stivens-Jonson sindromi, Layell sindromi, jigar fermentlari faolligining ortishi, gepatotoksiklik (jigar nekrozi).

2. Delavirdin (reskriptor; Upjohn) – DLV. Sitoxrom 450 tizimi bilan metabolizatsiya qilinadi, natijada uning fermentlarini susaytiradi. Tabletkada 100 mg dan chiqariladi, kuniga 3 mahal 400 mgdan qabul qilinadi. sutkalik dozasi 1200 mg. Rifampitsin va rifabutin bilan birgalikda buyurish mumkin emas. Eng asosiy asorati terida toksik toshmalar paydo bo'lishidir.

3. Efavirens (Efavirens, stokrin, sustiva, DMR-266; Du Pont-Merk) – EFV. 1998- yildan boshlab qo'llanib kelinmoqda. Uning eng asosiy xususiyati organizmda uzoq vaqt saqlanishidadir (yarim parchalanish davri 40–55 soat). Efavirens nevirapinga nisbatan samaraliroqdir, bu preparat OIVni tezroq va uzoqroq vaqtga (144 haf tagacha) o'sishini to'xtatadi. Dozasi: 600 mg kuniga 1 mahal, kechqurun qabul qilish ma'qul hisoblanadi. Agar bemor

rifampitsin qabul qilayotgan bo'lsa, 800 mg dan kuniga 1 mahal buyuriladi. Asoratlari: MATga toksik ta'siri (konsentratsiyaning buzilishi, tungi javlashlar, depressiya), teratogen ta'siri, toksikodermiya (terida toshmalar), mialgiya.

4. Etraverin (intelens, ETR, TMC 125). tabletka holida 100 mg dan chiqariladi. 200 mg dan kuniga 2 mahaldan qabul qilinadi.

5. Emitritsitabin. Yangi qabul qilingan preparat bo'lib, 1 ta tabletkada 200 mg emitritsitabin bor: ushbu preparat 400 mg didanozin, 600 mg efavirens bilan kombinatsiyada beriladi. Dozasi: kuniga 1 mahaldan, asosan, kechqurun uyquga yotish vaqtida qabul qilinadi.

6. Lovirid-LVR. OIV-1 ning nokonkurentli ingibitori. barcha NNIOtlar kabi ta'sir mexanizmiga ega, hozircha klinik kuzatishlar (sinash) bosqichida.

III. Proteazaning ingibitorlari-IP. NIOT preparatlaridan farqli ravishda IP preparatlari OIV reproduksiyasining oxirgi etapiga ta'sir qiladi. Ma'lumki, virusning aspartat-proteaza fermenti qaychi kabi sintez qilingan oqsillar zanjirini qirqib, ulardan yangi viruslarning voyaga yetgan to'laqonli qismlari hosil bo'lishini ta'minlaydi. Ushbu guruh preparatlari OIV proteazalari bilan yuqori darajadagi maxsus munosabatga kirishishi tufayli, ularning ta'siri kuchli selektiv xarakterga egadir. Proteaza ingibitorining molekulasi virusning fermentining har bir monomer peptid zvenosini qattiq izolatsiya qiladi va ularning bir-birlari bilan qo'shilib gomodimer proteaza hosil qilishiga yo'l qo'ymaydi. Bu preparatlar qabul qilinganda yaxshi so'riladi. OIVga qarshi kuchli ta'sir qiladi, viruslarning ularga chidamliligi sekin rivojlanadi. Bu guruh preparatlari gematoensefal to'siqdan yomon o'tadi, shuning uchun ularni retrovir bilan birgalikda beriladi. Asosiy preparatlari quyidagilardir:

1. Sakvinavir (inviraza (INV), fortovaze; Hoffmann-La Roche)-SQV. IP preparatlari orasidagi eng birinchisi va kuchlisi, virus bilan zararlangan hujayralarning sintitsiy hosil qilishini to'xtatadi. Sitoxrom p450 ferment tizimi ta'sirida metabolizatsiya

qiladi, shuning uchun ushbu ferment tizimining induktorlari va rifampitsin uning faolligini to'xtatadi. Dozasi: agar ritonavir bilan birga berilsa, har bir preparatdan 400 mg dan kuniga 2 mahaldan yoki sakvinavir 1000 mg + 100 mg ritonavir kuniga 2 mahaldan; yoki sakvinavir 1600 mg + 200 mg ritonavir kuniga 1 mahaldan. Asoratlari: giperqlikemiya, giperlipidemiya, lipodistrofik sindrom (yog' to'qimasining tananing ayrim sohalarida yig'ilishi), gepatotoksiklik, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich ketishi (diareya).

2. Indinavir (kriksivan; Merk) – IDV. Bu preparat oqsillar bilan kam birikkanligi tufayli barcha to'qimalarda va plazmada konsentratsiyasi yuqori bo'ladi hamda gematoensefal to'siqdan yaxshi o'tadi, bu holatlar uni sakvinavir va ritonavirdan ustun bo'lishini ta'minlaydi. Sutkalik dozasi 2400 mg bo'lib, uni 800 mg dan kuniga 3 mahal qabul qilinadi. Preparatni ovqatlanishdan 1 soat oldin yoki ovqatlanganidan 2 soat o'tgach qabul qilish kerak. Didanozin indinavirning absorbsiyasini pasaytirishi tufayli, bu preparatlarni qabul qilishning orasida kamida 1 soat interval bo'lishi kerak. Keta-konazol indinavirning metabolizmini ingibitsiya (to'xtatadi, sekinlashtiradi) qiladi, shuning uchun ketokonazol qabul qilayotganlarga indinavirning dozasi pasaytirilib, 600 mg dan kuniga 3 mahal beriladi. O'z navbatida, indinavir rifabutinning metabolizmini ingibitsiya qilishi tufayli, rifabutinning dozasi 50 % ga kamaytiriladi. Asoratlari: oshqozon-ichak tizimiga ta'siri (diareya, ko'ngil aynishi, qayt qilish), diabet, gemolitik anemiya, nefrolitiaz, dizuriya.

3. Nelfinavir (virasept; Roche-Agouron Pharmaceuticals) – NFV. Kattalarda va bolalarda ishlatiladi, tabletka holida 250 mg dan, kukun holida 50 mg dan chiqariladi. Sitoxrom p450 tizimini ingibitsiya qilishi tufayli rifampin va boshqa dorilar bilan birgalikda berilmaydi. Didanozin bilan birgalikda qabul qilinganda, nelfinavir didanozindan 2 soat oldin yoki 1 soat keyin qabul qilinadi. Asoratlari: diareya, terida toshmalar, meteorizm, ko'ngil aynishi, neytropeniya, kreatinkinaza va ALT/AST fermentlarining faolligining ortishi. Preparat, asosan, jigarida metabolizmga uchrab, jigar

orqali chiqarilishi sababli, jigar funksiyasi buzilgan bemorlarda ehtiyotkorlik bilan qo'llash zarur.

4. Ritonavir (norvir; Abbot Laboratoties) – RTV. Bu preparat ham sitoxrom p450 fermentlar tizimini ingibitsiya qiladi. IP guruhidagi boshqa preparatlarning ta'sirini kuchaytirish xususiyatiga ega. shuning uchun ko'pincha ular bilan kombinatsiyada beriladi. Monoterapiyada 600 mg dan kuniga 2 mahal berilganda eng yaxshi samara kuzatilgan. Asoratlari: allergik reaksiyalar, ko'ngil aynishi. qayt qilish. diareya. anoreksiya. paresteziya, asteniya, jigar testlarining o'zgarishi. giperglikemiya, diabet.

5. Amprenavir (141W94; Glaxo Smith Kline) – APV. Yangi IP preparatlaridan. og'iz orqali qabul qilinganda yaxshi so'riladi, uzoq vaqt saqlanib turadi (yarim chiqarilish davri 7 soat). Dozasi: 1200 mg dan kuniga 2 mahal. agar ritonavir bilan birgalikda berilsa. amprenavir 600 mg + 200 mg ritonavir. kuniga 2 mahal. Asoratlari: diareya. triglitseridlar va xolesterolning ortib ketishi.

6. Lopinavir (Abbot Laboratoties) – LPV. 2000- yildan beri ritonavir bilan kombinatsiyalangan preparati «Kaletra» nomi ostida kapsulada va eritma holida chiqarilmoqda. Har bir kapsulada 133.3 mg lopinavir va 33.3 mg ritonavir, 1 ml eritmasida esa 80 mg lopinavir va 20 mg ritonavir bor. Dozasi: lopinavir 400 mg + ritonavir 100 mg (ya'ni 3 kapsuladan) kuniga 2 mahaldan. eritmasi esa 5 ml dan kuniga 2 mahal. Bolalarda eritma shaklidagi preparat 6 oylikdan 12 yoshgacha bo'lganlarga tananing umumiy sathining maydoniga (kv. m.) qarab beriladi. Hepatit B va C bilan og'rikan bemorlarda preparat ehtiyotkorlik bilan qo'llaniladi. chunki bunday bemorlarda ALT fermentining ortishi kuzatiladi. Asoratlari: pankreatit. xolesterin va triglitseridlar miqdorining ortib ketishi. ko'ngil aynishi. qayt qilish. qorinda og'riq. qon zardobida amilaza va lipaza fermentlarining ortib ketishi. giperglikemiya. qandli diabet.

7. Atazanavir (zrivad, reyataz, ATV) – IP guruhiga mansub preparatlarning yangi avlodi bo'lib. kuniga bir mahal qabul qilish imkonini beradi, chunki uning konsentratsiyasi organizmda uzoq

vaqt yetarlicha miqdorda saqlanib qoladi. Kapsula holida 200 mg dan chiqariladi, kuniga 1 mahal 2 kapsuladan qabul qilinadi. Preparatning noxush taʼsiri shu guruhning boshqa preparatlariga nisbatan ancha kam. uning taʼsirida lipidlarning va triglitseridlarning miqdori ortishi kuzatilmaydi, baʼzan qonda bilirubin miqdorining ortishi kuzatiladi.

8. Tipranavir – bu preparat ham IPning yangi avlodi hisoblanadi. laboratoriya sharoitida OIV-1 ning har xil shtamlariga qarshi oʻta faol taʼsir qilgan. shu jumladan, IPga chidamli (rezistent) boʻlgan shtamlariga ham taʼsir qilgan.

9. Darunavir (prezista, DRV) – IPning yangi avlodidan, tabletka holida 300 mg dan chiqariladi, kuniga 2 mahaldan 2 tabletkadan 100 mg ritonavir bilan birga beriladi.

10. Fosfamprenavir (telzir, FPV) – 700 mg dan tabletka holida chiqariladi, 1400 mg dan kuniga bir mahal 100 mg ritonavir bilan birga beriladi.

Ushbu guruh preparatlaridan ritonavir shu guruh preparatlarining taʼsirini kuchaytirish xususiyatiga ega, shuning uchun bu guruh preparatlari koʻpincha ritonavir bilan birgalikda beriladi, faqat nelfinavir bundan mustasno. chunki uni taʼsirini kuchaytiruvchi boʻlib oziq-ovqatlar hisoblanadi.

Shuni taʼkidlash kerakki, OIVga qarshi yangi dori moddalarini ishlab chiqarish va sinovdan oʻtkazish toʻxtovsiz olib borilmoqda. Hozirgi paytda sinovdan oʻtayotgan preparatlardan **adefovir (NIOT), TMS-125 (NNIOT), AVT378 (IP)**, fuziyaning ingibitori hisoblanuvchi enfuvirtid yoki fuzeon (T-20) kabilarni koʻrsatish mumkin. Ayniqsa, fuziyaning ingibitori hisoblangan enfuvirtidning (Enfuvirtide) samaradorligi, xavfsizligi yuqori, boshqa preparatlar bilan kesishuvchan rezistentligi yoʻq. Fuziya ingibitorlarining taʼsir mexanizmi virusning qobigʻidagi glikoprotein gp 41 bilan birlashib olib, virusni boshqa hujayralar bilan (CD4, makrofaglar, dendrit hujayralar va h. k.) birika olmaydigan qilib qoʻyadi. Bu preparatning kamchiliklari uning juda qimmatbaholigida, unga nisbatan an-

titanachalar hosil bo'lishida va faqat parenteral yo'l bilan ishlatish mumkinligidir. Enfuvirtid 90 mg dan (1 ml eritma holida) teri ostiga kuniga 1 mahaldan yuboriladi. Integraza fermentining ingibitori hisoblanuvchi raltegravir (isentress, RAL) ham yangi avlodga mansub preparatlardan hisoblanadi. Bu preparat 400 mg dan tabletka holida chiqariladi va kuniga 2 mahal 400 mg dan beriladi. Oxirgi paytlarda gidroksimochevinaning OIVga ta'siri o'rganilmoqda. Gidroksimochevina virusning reduktaza fermentini ta'sirini to'xtatadi, natijada dioksiribonukleozid trifosfat miqdori pasayadi, bu esa, o'z navbatida, qaytalama transkriptaza fermenti ishini blokada qiladi va virusning replikasiyasi pasayadi.

Antiretrovirus terapiyaga ko'rsatmalar

1. JSST klassifikatsiyasi bo'yicha kasallikning 4- bosqichida qondagi limfotsitlarning miqdori qanday bo'lishidan qat'i nazar, davolash boshlanadi.

2. JSST klassifikatsiyasi bo'yicha kasallikning 3- bosqichida agar qondagi CD4 hujayralarining miqdori 1mikrolitrda 350 tadan kam bo'lsa, yoki limfotsitlarning absolut miqdori 1mikrolitrda 1200 taga teng bo'lsa.

3. JSST klassifikatsiyasi bo'yicha kasallikning 1- va 2- bosqichlarida, agar qondagi CD4 hujayralarining miqdori 1 mikrolitrda 200 tadan kam bo'lsa, yoki limfotsitlarning absolut miqdori 1 mikrolitrda 1200 tadan kam bo'lsa.

Katta yoshdagilarga va o'smirlarga ARVTni o'tkazish

Bugungi kunda OIV infeksiyasiga chalinganlarni davolashni asosiy qismi bu virusga qarshi davoni qo'llashdir. ARVTni to'g'ri tanlanganda bemorlarning umri uzoqlashadi va hayotining sifa-

ti yaxshilanadi. Bu bilan bir qatorda OIVni boshqalarga yuqishi kamaytiriladi, undan tashqari immunitet biroz tiklanadi va oppor-tunistik kasalliklarni yuzaga chiqishining oldini oladi. Virusning ko'payishini suslashtiradi.

ARVTni o'tkazish qoidalari

1995- yilgacha bo'lgan davrda davolash uchun bitta NIOT preparati berilar edi, ammo bundan kuzatiladigan samara juda qo-niqarsiz holatda edi. 1996- yildan boshlab virusga qarshi yangi guruh preparatlari ochilib, sintez qilingach, davolashda yangi davr boshlandi. Hozirgi kunda OIV/OITSni davolash uchun uch kom-ponentli sxemadan foydalaniladi, bu usul yuqori faol antiretrovirus terapiyasi (VAART) nomini olgan. Bu usul bilan davolashda 2 ta NIOT preparatini 1 ta NNIOT preparati yoki 1 ta IP bilan kombi-natsiyada beriladi.

Uch komponentli sxema bo'yicha davolashning *birinchi qa-torida* 2 ta qaytalama transkriptazani nukleozidli ingibitorini (NIOT) 1 ta nonukleozidli (NNIOT) ingibitor bilan qo'shib be-riladi. Masalan: zidovudin yoki stavudin + lamivudin + efavirens yoki nevirapin: abakavir + lamivudin + efavirens yoki nevirapin. Sxemaning *ikkinchi qatori* bo'yicha esa, 2 ta NIOT preparati 1 ta IP bilan kombinatsiyada beriladi. Masalan: abakavir yoki tenofovir + didanozin + sakvinavir/ritonavir yoki nelfinavir. Bunda didano-zinni tenofovir bilan birga berilsa, didanozinning dozasi 400 mg dan 250 mg ga pasaytirish kerak. Sakvinavir/ritonavir preparatla-rini transportirovkasi va saqlash sovuqlikni (past haroratni) talab qiladi. Agar zidovudinni bemor qabul qila olmasa, uni stavudinga almashtiriladi. NNIOTni qabul qila olmasa, boshqa NNIOTga yoki IPga almashtiriladi. IPni qabul qila olmasa, NNIOTga almashtirila-di. Agar zidovudin + lamivudin + efavirens yoki nevirapin bilan davolashda samara kuzatilmasa, alternativ sxema tarzida didanozin + stavudin + nelfinavir yoki bo'lmasam, didanozin + stavudin + sakvinavir/ritonavir beriladi.

Ayrim hollarda, bemor NNIOT va IP preparatlarini qabul qila olmasa, yoki ularga viruslar tomonidan chidamlilik rivojlangan bo'lsa, yoki ularni buyurishga qarshi ko'rsatmalar bo'lsa (masalan, jigar sirrozi, ruhiy buzilishlar) 3 ta NIOT preparatidan iborat 1 qatorning alternativ sxemasidan foydalanish mumkin (masalan: zidovudin – lamivudin – abakavir, yoki zidovudin – lamivudin – tenofovir).

Qaytalama transkriptazani nukleozidli yoki nonukleozidli ingibitorlarini tanlash va umuman ARVT olib borish bo'yicha tavsiyalar maxsus qo'llanmalarda va O'zR SSVning 480-sonli buyrug'ining 12-ilovasida keltirilgan (6-jadval).

6-jadval

Tavsiya etilgan sxemalar javdali

ARV preparatlar sinfi	Preparatalarning kombinatsiyasi
2 NIOT + 1 NNIOT	A) Zidovudin + Lamivudin (300 mg –1 tab. 2 marta) + (300 mg . –1 tab. 1 marta) (Efavirens yoki nevirapin) (600 mg. –1 tab. 1 marta) (200 mg. 1 tab. 2 marta)
2 ta NNIOT + 1 ta IP. yoki 2 ta NIOT + 1 ta NNIOT	B)Tenofovir – Emitritsitabin (300 mg. 1tab. 1 marta) + (200 mg. 1 tab. 1 mart) (Efavirens yoki nevirapin) (600 mg. –1 tab. 1 marta) (200 mg. 1 tab. 2 marta) D) Abakavir – Lamivudin (300 mg. 1 tab. 2 mahal) (Efavirens yoki nevirapin) (600 mg. –1 tab. 1 kun1 marta) (200 mg. 1 tab. 2 marta)

Bolalarda ARVTni o'tkazish

ARVTning maqsadi katta yoshdagilarnikiga o'xshash, lekin o'ziga xosligi bor va ular quyidagilar:

1. Preparatlarga nisbatan virusning sezuvchanligining susayishi.

Bu holatning sababi – virusning soni oʻta koʻpligi va zidovudin va nevirapinni profilaktika maqsadida homiladorlik vaqtida qoʻllash.

2. Yoshga qarab immunologik markerlarning oʻziga xosligi (5 yoshgacha bolalarda CD4 ni umumiy sonidan koʻra uning foizini aniqlash maʼqulroqdir).

3. Farmokokinetikaning oʻziga xosligi.

4. Bolalarga moslashgan preparatlarning shakli boʻlishi (masalan, sirop holida) shartligi.

5. Dori qabul qilish vaqti baʼzi vaqtlarda bolaning uxlagan yoki maktabda boʻlgan paytiga toʻgʻri kelib qolishi.

6. Bolaning dori qabul qilishdan bosh tortishi.

Bolalarda ARVTni OIV infeksiyasining belgilari paydo boʻlganda yoki immunotanqislik rivojlanganda boshlash kerak (7-jadval).

7-jadval

CD4 ga asoslangan holda ARVT boshlash qoidalari

Immunologik marker	ARVTni boshlashga tavsiya etiladigan CD4 soni			
	≤ 11 oylik	12–35 oylik	36–39 oylik	≥ 5 yosh
Bolaning yoshi				
CD4 ning foizi yoki umumiy soni	≤ 25 % (≤ 1500 mkl)	≤ 20 % (≤ 750/mkl)	≤ 15 % (≤ 350 mkl)	≤ 15 % (≤ 200 mkl)

ARVTni oʻtkazish, sxemalar tanlash va boshqa masalalar katta yoshdagilarnikiga oʻxshash, lekin tajribalar shuni koʻrsatdiki, abakavir bilan lamivudinni birga qoʻllash yaxshi natijalar beradi.

ARVT oʻtkazish jarayonida (bemorning yoshidan qatʼi nazar) 24 hafta davomida natija yaxshi boʻlmasa dorilarni tubdan almashtirish (2-sxemaga oʻtish) zarur. Bolalarda ARVTni oʻtkazish boʻyicha keng maʼlumot Oʻzbekiston respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining 480-sonli buyrugʻini 13-ilovasida keltirilgan.

OIV infeksiyasini yuqtirgan homilador ayollarda va ulardan tugʻilgan bolalarda ARV preparatlar bilan profilaktika oʻtkazish

OIVni onadan bolaga yuqishini profilaktikasi boʻyicha yuqorida keltirilgan usullarga izoh:

A) ARV preparatlarning bir necha turlarini birgalikda berish samaraliroq.

B) Proteazaning ingibitori sifatida sakvinavir yoki lopinavirni ritonavir bilan kuchaytirilgan holda qoʻllash mumkin.

D) Agar zidovudinni tomir orqali yuborish iloji boʻlsa Kesar usulidan yoki tugʻish jarayoni boshlangandan birinchi 4 soat ichida boshlash kerak – 2 mg/kg 1- soat davomida, keyinchalik, kindik kesilguncha – 1 mg/kgdan.

E) Tugʻish jarayonida va tugʻishdan keyingi 7 kun davomida Zidovudin – Lamivudinni Nevirapinga nisbatan virusni sezuvchanligini saqlab qolish maqsadida beriladi. Agar ayol OIVni onadan bolaga yuqishining oldini olish sxemasini oʻtkazish jarayonida Nevirapinni qabul qilmagan boʻlsa, rejali Kesar usulidan keyin ART toʻxtatiladi.

F) Chala tugʻilgan bolalarga Zidovudinning dozasi – 1.5 mg/kg – vena qon tomiri ichiga yoki 2 mg/kg – *per os*.

G) Kesar usuli va tibbiy tugʻushni xavfi va qulayliklari toʻgʻrisida maslahat olgandan soʻng ayol tugʻish usulini tanlaydi (8-jadval).

8- jadval

Sogʻligʻining holati boʻyicha ARVT oʻtkazish zaruriyati yoʻq holatlarda

Homiladorlik vaqtida	Tugʻish vaqtida	Tugʻishdan keyin	
		Ona	Bola
1	2	3	4
1. Agar homilador ayol homilasi 24 haftagacha boʻlgan vaqtda murojaat qilsa: A) Asosiy usul.			

<p>24 haftalikdan boshlab (erta mumkin emas) Zidovudin (AZT) 300 mg 2 marta – Lamivudin 150 mg 2 marta + Ritonavir bilan kuchaytirilgan proteazani ingibitori. masalan. – kapsulada Lopinavir (133 mg) – Ritonavir (33 mg) 3 kapsuladan 2 marta).</p>	<p>Ushbu sxema bo'yicha davoni davom ettirish.</p>	<p>Dorilarni berishni to'xtatish.</p>	<p>Tug'ilishning dastlabki 8 soatidan boshlab Zidovudin qiyomi 4 mg /kg-dan og'iz orqali, kuniga 2 martadan, 7 kun davomida</p>
<p>B) Alternativ usul.</p>			
<p>24 haftadan boshlab Zidovudin 300 mg dan 2 marta</p>	<p>Zidovudin 300 ml har 3 s – Lamivudin 150 mg 2 marta Tug'ilish bilan – Nevirapin 200 mg 1 marta</p>	<p>Zidovudin Lamivudin yana 7 kun davom etish</p>	<p>Zidovudin qiyomi 4 mg /kg dan – Lamivudin 2 mg /kg kuniga 2 marta. 7 kun davomida – Nevirapin 2 mg kuniga 1 marta</p>
<p>2. Agar homilador ayol homilasini 24 haftasidan keyin murojaat qilsa:</p>			
<p>A) Asosiy usul.</p>			
<p>Yuqorida keltirganga o'xshash (asosiy usul)</p>	<p>Shu sxema bo'yicha davom etish</p>	<p>Dorilarni berishni to'xtatish</p>	<p>Zidovudin qiyomi 4 mg/kg dan + Lamivudin 2 mg /kg kuniga 2 marta 7 kun davomida, agar onaga</p>
			<p>ARV Tni 4 haftadan kamroq o'tkazilsa – ushbu dorilarni 28 kun davomida beriladi.</p>

B) Alternativ usul.			
Yuqorida keltirilgan-ga o'xshash (alternativ usul)	Yuqorida keltirilganga o'xshash (alternativ usul)	Yuqoridagiga o'xshash (alternativ usul)	Yuqoridagi-ga o'xshash qo'shimcha: Agar onaga ARV Tni 4 haftadan kam-roq o'tkazilsa: davoni 28 kun o'tkazish kerak (7 kun emas).
3. Agar homiladaor ayol tug'ish vaqtida murojaat qilsa:			
	Zidovudin 300 mg dan har 3 s. + Lamivudin 150 mg 2 marta. Bemor tuqqunga qadar,tuqqandan keyin Nevirapin 200 mg 1 marta	7 kun davomida davoni davom ettirish	Zidovudin qiyomi 4 mg/kg + Lamivudin 2 mg/kg 28 kun davomida har kuni 2 martadan + Nevirapin 2 mg/kg 1 martadan
4. Agar homilador ayol tuqqandan keyin murojaat qilsa:			
			Zidovudin qiyomi 4 mg/kg – Lamivudin 2 mg/kg 2 martadan 28 kun davomida + Nevirapin 2 mg /kg 1 martadan

Tug'dirish jarayonida invaziv akusherlik muolajalardan voz kechish kerak.

H) OIV – tashxisi kech qo'yilgan bo'lsa ARV preparatlarni zudlik bilan boshlash kerak, tug'ishga bir necha kun qolsa ham.

I) Homilani 24 haftaligigacha quyidagi holatlarda ARV profilaktikasi o'tkaziladi.

J) Homiladorlik vaqtida o'tkir VICH infeksiya bo'lsa.

K) Muddatdan oldin tug'ish xavfi bo'lsa.

Agar virusning sonini (virusning zalvorini) aniqlashni iloji bo'lsa va homiladorlikni 35–37 haftaligida uning soni 1000 ml/nusxadan ko'p bo'lsa, rejali Kesar usuli bilan tug'dirish kerak.

Tiklangan immunitetning yallig'lanish reaksiyasi (yoki immunitetning rekonstitutsiya sindromi)

Agar bemorda CD4 limfotsitlar soni 1 mkl da 100 tadan kam bo'lsa, ARVT boshlangandan keyin ko'p vaqt o'tmasdan, tiklangan immunitetning yallig'lanish reaksiyasi (TIYaR) kelib chiqadi. Bunda bemorda ilgari aniqlanmagan OI yoki boshqa ikkilamchi infeksiya klinikasi namoyon bo'ladi, chunki immunitetda tiklanish boshlangach, ilgari klinik alomatlarisiz bo'lgan bu kasalliklar o'zini namoyon qiladi (ya'ni tiklanayotgan immun tizimi ularga nisbatan reaksiya berib, yallig'lanish chaqiriladi). OI va boshqa ikkilamchi infeksiyalarning klinik manzarasi bunda o'zgargan holda va og'ir kechishi mumkin. Bunday sindrom ART olayotgan bemorlarning taxminan 10 % da namoyon bo'ladi, ammo agar bemorda bir vaqtning o'zida sil kasalligi bo'lsa, bu sindrom ko'proq uchraydi va immunitetning rekonstitutsiya sindromi degan nom bilan yuritiladi. Sil kasalligida bunday sindromning rivojlanishi bemor hayoti uchun o'ta xavfli hisoblanadi, chunki bunda kasallik o'chog'idagi to'qimalarda yemirilish kuzatilib qon ketishiga olib keladi, yoki boshqa toksik belgilar rivojlanadi. TIYaRning rivojlanishi ARTni to'xtatishga sabab bo'la olmaydi, ya'ni asosiy kasallikni va OI larni davolashni davom ettirish zarur, ammo sil kasalligida silga qarshi davo eng kamida 3–4 hafta olib borilgandan keyingina (yoki davolashning faol fazasi tugagach) ART boshlanadi. Bunda davolashga qo'shimcha ravishda kichik dozalarda kortikosteroid preparatlarini (asosan, prednizolon, sutkasiga 20–50 mg dan) buyurish yaxshi samara beradi.

Ikkilamchi va opportunistik infeksiyalarni hamda boshqa OITS assotsiatsiyalangan kasalliklarni davolash

OIV bilan ogʻrigan bemorlarda sil kasalligini davolash. Agar sil kasalligi bilan ogʻrigan bemorda OIV infeksiyasi aniqlansa, bemor darhol OITS markazi mutaxassisi va infeksiyachil bilan konsultatsiya qilinishi kerak. ART oʻtkazish yoki uni keyinga surish haqidagi qarorni OITS markazi mutaxassisi (yoki infeksiyachil) ftiziatr bilan birgalikda hal qiladilar, bunda, albatta, bemorning umumiy ahvoli individual ravishda hisobga olinadi. ART rejimi va dorilarning dozasi infeksiyachil tomonidan tavsiya qilinadi.

1. Agar bemorda oʻpkadan tashqari aʼzolar sili, oʻpkaning generalizatsiyalangan, miliar, disseminatsiyalangan sili va kazeoz pnevmoniya aniqlansa, qondagi CD4 hujayralarining miqdoridan va OIV infeksiyasining bosqichidan qatʼi nazar, silga qarshi berilgan dori moddalarining bemor tomonidan qabul qilinishi yaxshi, asoratsiz davom etayotgan boʻlsa, OIV infeksiyasiga qarshi davolash boshlanadi, ammo silga qarshi dorilarni qabul qilayotganidan eng kamida 3–4 hafta oʻtgan boʻlishi kerak. Agar shunday qilinmasa, bemorning hayotini xavf ostida qoldiruvchi immun tizimining rekonstitutsiyasi sindromi kelib chiqadi.

2. OIV infeksiyasining 4- bosqichida esa sil kasalligining qanday shaklidan va CD4 hujayralarining qondagi miqdoridan qatʼi nazar, ART oʻtkaziladi, ammo silga qarshi dorilarni qabul qilganidan eng kamida 3–4 hafta oʻtgan boʻlishi kerak (immun tizimining rekonstitutsiyasi sindromining oldini olish maqsadida).

3. Agar bemorda OIV infeksiyasining 3- bosqichi aniqlansa va bemorda silning 1- punktida koʻrsatilgan shakllaridan boshqa shakllari boʻlsa, ART silga qarshi davo kursini toʻla tugatilgandan keyin oʻtkaziladi. Agar bemorda sildan tashqari OIV infeksiyasining 3-bosqichiga xos boʻlgan boshqa kriteriyalar aniqlansa, ART silga

qarshi davoning intensiv davri tugagandan keyin (4 oy) olib boriladi.

4. Agar qondagi CD4 hujayralarning miqdori 1mikrolitrda 350 tadan ortiq bo'lsa. ART silga qarshi to'la davo kursi tugagandan keyin olib boriladi. Chunki antiretrovirus preparatlarining gepatotoksik ta'siri rifampitsin va pirazinamid bilan birgalikda kuchayib ketadi. shuning oldini olish maqsadida. Bundan tashqari. rifampitsin antiretrovirus preparatlarining konsentratsiyasini pasaytirib yuboradi.

CD4 hujayralari har oyda 1 martadan aniqlab boriladi. ularning soni 350 tadan pasaymasa, ARTni boshlamaydi. silga qarshi davolash kursi to'la tugagach. ART boshlanadi.

5. Agar qondagi CD4 hujayralarining miqdori 1mikrolitrda 200–350 tani tashkil qilsa. ARTni silga qarshi davolashning intensiv fazasi tugagandan keyin (4- oydan) boshlanadi. Agar bemorda sildan tashqari boshqa opportunistik infeksiyalar ham bo'lsa. ARTni silga qarshi davolash o'tkazila boshlagandan 3–4 hafta o'tgach boshlanadi.

6. Qondagi CD4 hujayralarining soni 1mikrolitrda 200 tadan kam bo'lsa. silga qarshi davo boshlangandan (agar dorilarni qabul qilishda asoratlar bo'lmasa) 3–4 hafta o'tgach ART boshlanadi.

Pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan pnevmoniyani davolash. Pnevmosistalarga qarshi pentamidin preparati yaxshi samara beradi. Sutkasiga bemorning 1 kg vazniga 4 mg miqdoridagi dozada beriladi. Preparat juda sekinlik bilan tomir ichiga tomchilab 1 soat yoki undan ortiq vaqt mobaynida quyiladi. Davolash jarayonida gipotoniya, haroratning ko'tarilishi, giperglikemiya yoki gipoglikemiya (insulinga qaram bo'lgan qandli diabet rivojlanishgacha boradi), anemiya, neytropeniya, azotemiya, pankreatit, yurak aritmiyasi. nefrotoksik ta'sir kabi asoratlar kuzatilishi mumkin. Asoratlar ko'pincha 6–16 kun davolangandan keyin boshlanadi. Bunday asoratlarning oldini olish maqsadida va. ayniqsa. yosh bolalarda pentamidinni aerosol sifatida ingalatsiya usulida beri-

ladi. Bunda dozasi 150 mg bo'lib, uni 2 haftada bir marta yoki 300 mg dan oyda bir marta buyuriladi. Pentamidindan tashqari og'iz orqali trimetoprim (sutkasiga 1 kg vaznga 15–20 mg dan) bilan birgalikda sulfametoksazol (sutkasiga 1 kg vaznga 75–100 mg dan) buyuriladi. Sutkalik dozani kuniga 4 mahalga bo'lib qabul qilinadi, kurs uchun 14–21 kun. Ikkala preparat o'rniga biseptol 480 berish mumkin. Asoratlari: ko'ngil aynishi, terida toshmalar, harorat ko'tarilishi, gemopoezning pasayishi, gepatotoksik ta'siri. AQSHda klindamitsinni primaxin bilan kombinatsiyada beradilar (primaxin 30 mg dan kuniga 1 mahal – klindamitsin 600 mg dan kuniga 4 mahal og'iz orqali). ushbu preparatlarning samaradorligi ancha yuqori va asoratlari kam uchraydi. Bundan tashqari, dapsonni (kuniga 0.1 mg dan) primaxin bilan kombinatsiyada berish ham tavsiya etiladi. Trimetreksat va leykovorinni birgalikda berish juda samarali hisoblanadi. Bunda trimetreksatning sutkalik dozasi 1 m² tana yuzasiga 30–45 mg ni tashkil qiladi, 21 kun mobaynida beriladi, leykovorin esa tananing 1 m² yuzasiga 20 mg dan, 23 kun mobaynida 4 ta shunday dozada beriladi.

Toksoplazmozni davolash. Ximio preparatlardan sulfadiazin og'iz orqali beriladi. Sutkalik dozasi 1–1.5 g bo'lib, uni 4 mahalga teng bo'lib beriladi. Bundan tashqari, pirimetamin preparatini sutkasiga 75–100 mg dan boshlab berib, asta-sekin dozasi sutkasiga 200 mg gacha orttiriladi, davolash muddati kamida 6 hafta. Ikkala preparat ham toksik bo'lib, asoratlari ko'p uchraydi: gemopoezning pasayishi, leykopeniya, harorat ko'tarilishi, terida toshmalar, nefrotoksik ta'siri. Asoratlarini kamaytirish maqsadida folin kislotasi (sutkasiga 10–50 mg dan) bilan birga beriladi. Toksoplazmozni davolashda qo'llaniladigan yana bir preparat «fanzidar» sulfadiazin va pirimetamin preparatlarining birgalikda chiqarilgan analogi hisoblanadi. Oxirgi paytlarda toksoplazmozni davolashda klindamitsin preparati yaxshi samara bermoqda, bu antibiotikni sutkasiga 3600 mg dan (1200 mg dan 4800 mg gacha) buyuriladi. Klindamitsinni daraprim yoki pirimetamin bilan

kombinatsiyada berilsa, samara yanada kuchayadi. Spiramitsin (rovamitsin) preparati ham toksoplazmozni davolashda qo'llanilishi mumkin. bu preparatni 3 mln MEDan kuniga 3–4 mahaldan. 21–27 kun mobaynida beriladi. Oxirgi yillari makrolidlarning yangi avlodlari—roksitromitsin, klaritromitsin, azitromitsin kabi antibiotiklar yaxshi samara berishi aniqlangan. Azitromitsin kuniga 1000 mg dan beriladi, unga qo'shimcha ravishda kuniga 200 mg dan pirimetamin buyuriladi. Keyinchalik (samara kuzatilgach) azitromitsinning dozasi 500 mg ga, pirimetaminning dozasi 75 mg ga kamaytiriladi. bunday davolash 27 kun mobaynida olib boriladi. Agar azitromitsin monoterapiya holida berilsa, kuniga 1500 mg dan buyuriladi, keyinchalik dozasi 1000 mg ga tushiriladi. Tokso-plazmozni radikal davolash usuli hozirgacha yo'q. Shuning uchun kasallikning o'tkir alomatlari qisman kamaygandan keyin patsiyent umrbod ushlab turuvchi dozada ximioterapevtik preparatni qabul qilib turadi. Ushlab turuvchi terapiya sifatida pirimetamin kuniga 25–50 mg dan + sulfadiazin kuniga 2–4 g dan beriladi.

Oshqozon-ichak tizimi infeksiyasini davolash. Ko'pincha kriptosporidium, amyobiaz, lamblioz, izospora, salmonellez kabilarni davolash kerak bo'ladi. Kriptosporozni davolashning samarali usuli yo'q, shuning uchun uni simptomatik (asosan, diareyani, spastik og'riqni) davolanadi. Amyobiaz, lamblioz, izosporalarni esa odatdagidek furazolidon, metronidazol, ornidazol, daraprim, fanzidar kabi preparatlar bilan davolanadi, ammo bu preparatlar uzoq vaqt davomida va juda katta dozada beriladi. Salmonellezni davolash uchun antibakterial preparatlaridan ftorxinolonlar (siprofloksatsin preparatlari), aminoglikozidlar, sefalosporinlarning 3- va 4- avlodlari guruhiga mansub bo'lgan preparatlar (seftriakson, rotsefin, fortum, ultrapim) ko'proq qo'llaniladi, ushbu preparatlar uzoq vaqt mobaynida va katta dozada berilishi talab qilinadi.

Zamburug' kasalliklarini davolash. Kandidozni davolash uchun, asosan, nistatin, ketokonazol, amfoteritsin-B, flukonazol, itrakonazol preparatlari ishlatiladi, ammo odatdagi beriladigan

dozasidan ortiq va uzoqroq muddatga beriladi. Nistatin 500 000–1 000 000 dan kuniga 3 mahal beriladi. Ketokonazolning sutkalik dozasi orofaringeal kandidozda 200–400 mg. qizilo`ngach kandidozida esa 600–800 mg ni tashkil qiladi. Flukonazolning sutkalik dozasi orofaringeal kandidozda 1-kuni 200 mg ni tashkil qiladi. keyingi kunlari 100 mg dan 1 mahal 2 hafta mobaynida og`iz orqali qabul qilinadi. qizilo`ngach kandidozida esa 100 mg yoki undan ortiq dozada (150–200 mg) 3 hafta mobaynida qabul qilinadi. Itrakonazol kuniga 100–400 mg dan beriladi. Qizilo`ngach va faringeal kandidozda flukonazol va itrakonazol preparatlari boshqa preparatlarga nisbatan yaxshi samara beradi. Og`ir holatlarda kuchliroq ta`sir qiluvchi amfoteritsin – B preparati beriladi (sutkasiga 0.3–0.5 mg/kg dozada). Qizilo`ngach kandidozida nistatinning samaradorligi 0 % ni, ketokonazoln samaradorligi 54.6 % ni, flukonazolning samaradorligi 62.5 % ni, itrakonazolning samaradorligi 80 % ni tashkil qilgan (Рахманова А. Г. и др., 2004 г.).

Kriptokokkozni davolash uchun amfoteritsin-B preparati sutkasiga 1 kg vaznga 0.3–0.6 mg dan (vena ichiga) va flutsitozin sutkasiga 1 kg vaznga 75–100 mg dan bir necha hafta mobaynida beriladi (orqa miya suyuqligidan tayyorlangan ekmada kriptokokkoz o`lishi to`xtaguncha). Ikkala preparat ham o`ta toksikdir. Asosiy nojo`ya ta`sirlari: qon ishlab chiqarishning pasayishi, nefrotoksiklik, elektrolitlar balansining buzilishi. Ayrim hollarda qo`shimcha ravishda kuniga 200–400 mg dan flukonazol buyuriladi. Flukonazol va itrakonazol preparatlarining samaradorligi ham kriptokokkozda yaxshi ekanligi aniqlangan. Flukonazol vena ichiga 1-kuni 400 mg, 2- kundan boshlab esa 20 mg dan yuboriladi, davolash kursi 30 kundan 60 kungacha davom etishi mumkin. Itrakonazol kuniga 400 mg dan beriladi, davolash kursining davomiyligi unda ham 30–60 kunga teng. Kriptokokli meningitni davolashda yangi ambizom preparatining samaradorligi yuqori ekanligi aniqlangan. Uni vena ichiga sutkasiga 1 kg vaznga 1 mg hisobidan tomchilab yuboriladi, sutka-

lik dozasi asta-sekin 3 mg /kg gacha orttirish mumkin, kurs uchun 2 g dan 8 g gacha buyuriladi (2–4–6 hafta mobaynida).

Kriptokokkozni radikal davolash imkoniyati yoʻqligi tufayli, bemorlar umrbod kuniga 200 mg dan flukonazol preparatini qabul qilib turadilar.

Gistoplazmozni davolash ham xuddi kriptokokkozni davolash kabi olib boriladi.

Bakterial infeksiyalarni davolash. Mikobakterial infeksiyalarni davolash uchun amikatsin, rifampitsin, etambutol, siprofloksatsin, klofazimin kabi antibakterial preparatlardan foydalaniladi, bu preparatlar sxema bilan 4–5tasi bir vaqtning oʻzida beriladi. Dozalari: amikatsin sutkasiga 1 kg vaznga 10–15 mg dan, uni 2–4 mahalga boʻlib beriladi. Klofazimin kuniga 150–300 mg dan, etambutol sutkasiga 1 kg vaznga 15 mg dan, siprofloksatsin kuniga 750 mg dan, rifampitsin kuniga 600 mg dan yoki rifabutin 150–300 mg dan beriladi. Barcha preparatlar ogʻiz orqali beriladi, ogʻir hollarda amikatsin etambutol va rifampitsin bilan parenteral ravishda 6–8 hafta mobaynida berilib, keyin esa ogʻiz orqali berishga oʻtish mumkin.

Silni davolash uchun izoniazid (kuniga 300 mg dan), rifampin (kuniga 600 mg dan), pirazinamid (kuniga 1 kg vaznga 20–30 mg dan), etambutol (kuniga 1 kg vaznga 15–25 mg dan), streptomitsin (kuniga 1 mln T. B. dan) buyuriladi.

Terining bakterial infeksiyalari (follikulit, furunkul, ektima, gangrenoz piodermiya, surunkali yarali piodermiya, atipik piodermitlar)ni davolash uchun keng doiradagi antibakterial preparatlardan foydalaniladi. Masalan, sefalosporin guruhiga mansub preparatlardan sefamezin, seftriakson, fortum, ultrapim, aminoglikozidlardan spiramitsin, klaritromitsin, gentamitsin, ftorxionlonlardan levofloksatsin preparatlari, siprofloksatsin preparatlari va boshqalar yuqori dozalarda odatdagidan uzoqroq berib boriladi.

Virusli infeksiyalarni davolash. Oddiy pufakchali temiratkini davolash uchun, asosan, zoviraks (atsiklovir, ulkaril, viroleks)

preparati ishlatiladi. Preparat tabletkada holida kuniga 5 mahal 200–800 mg dan eng kamida 10 kun mobaynida qabul qiladi. Og'ir holatlarda 1 kg vaznga 15 mg dan vena ichiga kuniga 3 mahaldan asta-sekin tomchilab (1 soat mobaynida) yuboriladi, samara olingach esa og'iz orqali yana 3–5 kun mobaynida qabul qilinadi. Agar bu preparatga viruslar chidamli bo'lsa, vidarabin preparati sutkasiga 1 kg vaznga 15 mg dan eng kamida 10 kun mobaynida beriladi. Hozirgi paytda atsiklovirga chidamli viruslar shtammlari paydo bo'lganligi tufayli, virusga qarshi prepratlarining yangi avlodlari ishlab chiqilgan. Bularga gansiklovir, foskarnet, valtreks, famvir kabilari kiradi.

Valtreks (valatsiklovir)-sutkasiga 1000–1500 mg dan 7 kun mobaynida beriladi.

Famvir (famtsiklovir) – sutkasiga 500–600 mg dan to 1500 mg gacha beriladi, kurs uchun 7 kun.

Gansiklovir (simeven) – sutkalik dozasi tana vaznining 1 kg og'irligiga 1–5 mg dan, uni kuniga 2 mahalga bo'lib beriladi, og'ir holatlarda vena ichiga yuboriladi, kurs uchun 2–3 hafta beriladi.

Foskarnet (foskavir)-tananing 1 kg vazniga 40–60 mg dan har 8 soatda vena ichiga yuboriladi, bu preparat og'ir va generaliztsiyalangan shakllarida beriladi. Bulardan tashqari, hozirgi kunda yana yangi avlod preparatlaridan sidofovir, flatsitabin, zonavir, pentsiklovir, lobukavir kabilardan ham foydalanilmoqda. Yuqorida sanab o'tilgan virusga qarshi preparatlardan tashqari yana boshqa dorilarni ham qo'llash mumkin. Bulardan ribavirin (virazol, ribamidil, viremide)-kapsulada 200 mg dan sutkasiga 3–4 mahal buyuriladi, kurs uchun 7–10 kun. Bolalarda sutkalik dozasi 1 kg vaznga 10 mg dan. Xelepin (brivudin)-tabletkasi 0.125 g dan, kuniga 4 tabletkadan 4–10 kun mobaynida beriladi, bolalarda 1 kg vaznga 5 mg dan, kuniga 3 mahal, 5 kun mobaynida beriladi. Flakozid-tabletka holida 0.1–0.5 g dan kuniga 3 mahal, 5–10 kun mobaynida beriladi. Polirem tabletka holida kuniga 0.3 g dan 3 kun mobaynida beriladi. Arbidol tabletka holida 0.1 g dan kuniga 3 mahal, 5 kun beriladi.

Umumiy davolashni mahalliy davolash bilan birga olib boriladi. Buning uchun 5 % li zoviraks kremi, 2 % li alpizarin mazi, 1–2 % li oksolin mazi, 1 % li pandavir mazi, 2–3–5 % li tebrofen mazi, 0.5 % li triflyuridin mazi, 1 % li tromantadin geli, 0.5 % li florenal mazi, 2–3 % li bromuridin mazi kabilar kuniga 3–4 mahaldan tashqi tomondan ishlatiladi. Interferon ishlab chiqarilishi kamayganligi sababli interferonlardan realdiron, reafeiron, intron-A, viferon kabilar, yoki endogen interferon ishlab chiqarilishini stimulatsiya qiluvchi dorilardan sikloferon (mushak ichiga 2 ml dan, kurs uchun 5 ta inyeksiya – 1-, 2-, 4-, 6-, 8- kunlari); larifan 10 mg dan teri ostiga har 3 kunda bir marta, kurs uchun 4 ta inyeksiya; mefenamin kislotasi 0.5 mg dan 5–10 kun mobaynida; ridostin 8 mg dan kuniga 1 marta 2 kun mobaynida keyin 4–5 kun tanaffus, davolash kursi 3 hafta; neovir 250 mg dan teri ostiga 3 kun mobaynida har kuni, keyin esa 2 hafta mobaynida kun osha. Bemorlar retsidiyga qarshi davolashni ham olib turishlari shart. Mazlar esa remissiya davrida ham ko'pincha toshmalar paydo bo'ladigan sohalarga surtib turiladi. Davolash choralarining samaradorligi mezonlari quyidagilardir:

- remissiya davrining 2 barobar va undan ortiq uzayishi;
- kasallik o'chog'i maydonining kamayishi;
- yallig'lanishning mahalliy alomatlari (shishning, qichishishning va boshqalar)ning kamayishi;
- toshmalar toshishi davomiyligining kamayishi;
- epitelizatsiyaga uchrash davrining kamayishi;
- umumiy infeksiyon sindromining kamayishi yoki yo'qolishi.

O'rab oluvchi temiratkini davolashda umuman oddiy herpesni davolashda qo'llanilgan barcha dorilar ushbu kasallikda ham qo'llaniladi. Atsiklovir (ulkaril, zoviraks, gerpevir, viroleks) 800 mg dan kuniga 5 mahaldan 10 kun mobaynida beriladi, parenteral usulda esa sulkasiga 3 mahal 1 kg vaznga 5–10 mg dan beriladi. Gansiklovir sutkasiga 1 kg vaznga 5 mg dan vena ichiga 2 hafta mobaynida yuboriladi. Famvir 250 mg dan kuniga 3 mahal, 7 kun davomida beriladi. Og'riq kuchli bo'lganda, nevralgialarda kar-

bamazepin (tegetol, finlepsin) ertalab va kechqurun 100–200 mg dan beriladi. keyinchalik dozasi 800–1000 mg gacha koʻpaytirish mumkin. Shu maqsadda yana lerivontabletkasini berish mumkin: 1- kuni 1/4 tabletkada (1 tabletkada 30 mg) kechqurun, 2- kuni 1/2 tabletkada, 3- kuni 3/4 tabletkada, 4- kundan boshlab 1 tabletkadan. Shuningdek, analgetiklardan ham foydalaniladi.

Sitomegalovirusli infeksiyani davolashda gansiklovir va retrovirdan foydalaniladi. Gansiklovir (simeven) 250 mg dan kapsula holida chiqariladi, yoki 500 mg dan flakonda vena ichiga yurish uchun chiqariladi. Hayot uchun xavf tugʻdiruvchi hollarda va koʻrish qobiliyatiga xavf solganda vena ichiga yuboriladi. Sutkasiga 1 kg vaznga 5–6 mg dan vena ichiga asta-sekin tomizish yoʻli bilan yuboriladi, sutkalik dozasi 2–3 ga boʻlib beriladi. Davolash kursi 2 hafta davom etadi, keyin esa ushlab turuvchi doza sifatida 1 haftada 5–7 marta vena ichiga yuborib turiladi. Gansiklovir kapsulasi SMV retinitni terapiyasida ushlab turuvchi doza sifatida ogʻiz orqali sutkasiga 3 mg dan beriladi. Yana OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda SMV-infeksiyaning profilaktikasi uchun ham 1000 mg dan sutkasiga 3 mahal beriladi. Gansiklovirni sitotek (atsitomegalik immunoglobulin) bilan birgalikda berish yanada samaraliroqdir. Homiladorlarda sitotek SMV infeksiyasini birlamchi va ikkilamchi terapiyasi uchun yagona dori vositasidir, chunki ularda va yangi chaqaloqlarda virostatiklar berish mumkin emas. Sitotek Paul Elrix instituti birligida dozalanadi va SMV antitana-chasining titri 50PEIga tengdir. SMV infeksiyasining manifesti bor holatlarda terapiya uchun 1 kg vaznga 2 ml dan har 2 kunda 1 marta to klinik alomatlar yoʻqolguncha yuboriladi. Profilaktika maqsadida va ushlab turuvchi doza sifatida 1 kg vaznga 1 ml dan vena ichiga tomchilab yuboriladi.

Oxirgi paytlarda fosfonoformat preparati foskarnet (foskavir) qoʻllanilmoqda, uni 1 kg vaznga 60/90 mg dan vena ichiga har 8 soatda yuboriladi, davolash kursi uchun 3 hafta davom etadi, ke-

yin esa kuniga 1 martadan 90–120 mg miqdorida vena ichiga asta-sekin (2 soat davomida) yuborib turiladi.

Oxirgi paytlarda gansiklovir va foskarnetga chidamli SMV shtamlari paydo bo'lganligi tufayli, yangi preparatlar – sidofovir, adefovir, lobukavir kabilar sintez qilingan va bu preparatlar qo'llanib kelmoqda.

Kaposhi sarkomasini davolash uchun ximiopreparatlardan prospidin, metotreksat, vinkristin, bleomitsin, doksorubitsin, siklofosamid, vinblastin kabilar odatdagi dozada va undan yuqoriroq dozalarda qo'llaniladi. Masalan, prospidin kuniga 100 mg dan 1 mahaldan mushak orasiga yuboriladi, kurs uchun eng kamida 30 kun. Prospidinni prednizolon bilan kombinatsiyalangan holda berish mumkin emas, chunki kortikosteroidlar OIV/OITSda berilmaydi (salbiy ta'sir qilishi tufayli). KSni davolashda hozirgi kunda eng samarali preparat daunorubitsin hisoblanadi. Ammo uning toksik ta'siri o'ta kuchli bo'lganligi sababli uni qo'llash cheklangan edi. Oxirgi yillarda dori moddalarini organizmdagi transportirovkasi uchun liposomal tizimlardan foydalanish oqibatida yangi daunozom olindi va daunorubitsinning kamchiliklari qisman bartaraf etildi. Daunozom 1kv. m. tana yuzasiga 40 mg dan 2 haftada bir marta yuboriladi. Preparatni 5 % li glukoza eritmasida 0,2–1 mg preparatga 1 ml dan glukoza eritmasi to'g'ri keladigan nisbatda eritib olinadi va vena ichiga juda sekin (30–60 minutda) yuboriladi, uni boshqa eritmalar va preparatlar bilan aralashtirib bo'lmaydi.

Nazorat savollari

1. OIV infeksiyasini davolashda qo'llaniladigan NIOT preparatlarini sanang.
2. OIV infeksiyasini davolashda qo'llaniladigan NNIOT preparatlarini sanang.
3. OIV infeksiyasini davolashda qo'llaniladigan IP preparatlarini sanang.

4. ARVTga ko'rsatmalar haqida nimalarni bilasiz?
5. Kattalarda ARVTni o'tkazish tartibini ayting.
6. Bolalarda ARVTni o'tkazish tartibini ayting.
7. Homilador ayollarda profilaktik davo o'tkazish tartibi.

VII BOB. OIV/OITS KASALLIGIGA CHALINGANLARGA TIBBIY YORDAMNI TASHKIL QILISH TARTIBI VA AMALGA OSHIRISH

*(O'zbekiston respublikasi Sog'liqni saqlash
vazirligining 480- sonli buyrug'iga asosan)*

OIVga chalingan bemorlarga tibbiy yordamni davlat tizimidagi davolash-profilaktika muassasalarida konfidensiallikka rioya qilgan holda bepul ko'rsatiladi.

Bemorlarga yordam ko'rsatayotgan barcha mutaxassislar OIV/OITS bo'yicha malaka oshirgan bo'lishlari kerak.

Ambulator kuzatuvni yuqumli kasalliklar (YuKX) xonasida olib boriladi.

Statsionar yordamni hududiy, viloyat davolash-profilaktika muassasalarida hamda sohalar bo'yicha dispanserlarda ko'rsatiladi.

Jazoni o'tash joylaridagi bemorlarga rdamni IIB tizimidagi tibbiyot xodimlar, hududiy OITS markaz xodimlarini uslubiy rahbarligida beradi.

Dispanser kuzatuvi

«OIV infeksiya» tashxisi qo'yilgandan keyin bemorga shifr beriladi. Birlamchi dispanserizatsiya hududiy OITS markazlarda olib boriladi va testdan keyingi maslahat berish, kasallikning bosqichini aniqlash uchun klinik-tahliliy tekshiruv o'tkaziladi. Keyinchalik bemorlar umrbod dispanser kuzatuvida bo'ladi va bu ishni hududiy yuqumli kasalliklar xonasining vrachi viloyat OITS markaz dis-

panser bo'limi va Respublika SPID markazi olib boradi. Keyinchalik o'rnatilgan quyidagi grafik asosida kuzatilib turadi (9-jadval).

9- jadval

Tekshiruv natijasi	Dispanser hisobda turish joyi	Tekshirish muddati
IFA +; IB gumon	Yuqumli kasalliklar xonasi, viloyat OITS markazi. Res. OITS markazi	3 oy, manfiy natija olinganda hisobdan chiqarish
IB +, klinik belgilarisiz	Yuqumli kasalliklar xonasi, viloyat OITS markazi. Res. OITS markazi	Murojaat qilganda
IB +; 3-klinik bosqich	Yuqumli kasalliklar xonasi, viloyat OITS markazi. Res. OITS markazi	Har 3 oyda CD4 hujayralarini va limfotsitlarning umumiy sonini aniqlash
IB +; 3-klinik bosqichi	Yuqumli kasalliklar xonasi, viloyat OITS markazi. Res. OITS markazi	Muntazam kuzatish, boshqa mutaxassislarining maslahatini olish

Joriy kuzatuvni hududiy YuKX sini vrachi olib boradi. Barcha hujjatlar «Xizmat yuzasidan foydalanish» grifli bo'lishi kerak. Poliklinika infeksiyoti tahliliy tekshirishni va konfidensiallikni saqlagan holda boshqa mutaxassislarning ko'rigini tashkil qiladi.

Klinik-tahliliy tekshiruvlar natijasiga ko'ra poliklinika infeksiyoti bemorni kasallikning bosqichini o'zgartirish uchun viloyat OITS markaziga jo'natishi mumkin.

Poliklinika infeksiyotining yo'llanmasi bo'yicha bemor hududiy, viloyat, respublika shifoxonalarida davolanish huquqiga ega.

Nogironlikka chiqishni YuKXsini vrachi tashkil qiladi. U kasalliklarni xalqaro tasniflanishga X-MKB ko'ra tashxis kodini qo'yadi va konfidensiallikni saqlagan holda VTEKga jo'natadi.

Bemorning o'lganligi to'g'risida ma'lumotnoma hududiy poliklinika tomonidan beriladi va kasalliklarni xalqaro tasniflanishi (X-MKB) bo'yicha tashxis kodi qo'yiladi.

Homiladorlar tibbiy yordamni hududiy ginekologlar tomonidan oladi.

OIVga chalingan ayollardan tug'ilgan bolalar hududiy pediatri tomonidan kuzatiladi va hududiy YuKXda hisobda turadi.

«OIV infeksiya» tashxisi bolani 6 oyligida zanjirli polimeraz reaksiyasiga. 18 oyligida immunoblot tekshiruviga asoslanib qo'yiladi.

Onadan bolaga yuqmagani «OIV infeksiya»ga chalinganlar (parenteral yo'li bilan yuqqanlar) kattalarga o'xshash dispanser kuzatuviga olinadi va pediatrianing muntazam kuzatuvida bo'ladi.

OIVga chalingan bolalarga O'zbekiston Respublikasining «Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligini) oldini olish to'g'risida»gi Qonuniga asosan (9-modda, 2-bo'lim) nafaqa to'lanadi.

ARVTga yoki oldini olishga ko'rsatma bo'lsa bemorlar Virusologiya ITI, Respublika OITS markaziga, Pediatriya ITI, Akusherlik va ginekologiya ITI va 1- perinatal markazlarga jo'natiladi.

Yuqumli kasalliklar xonasining vrachi ftiziatr, pediatri, ginekolog va viloyat OITS markazlar bilan hamkorlikda ish olib borishi kreak.

OIVga chalingan homiladorlar va ulardan tug'ilgan bolalar ARV profilaktikasini olganlar akusher-ginekolog va neonatologlar tomonidan kuzatib boriladi. Keyingi kuzatuvni poliklinika pediatri va YuKning vrachi tomonidan davom ettiriladi. OIVga chalingan ayollardan tug'ilgan bolalarda tug'ilgandan keyin 6 hafta o'tgach, virusni miqdori (virusnaya nagruzka) polimeraz zanjirli reaksiya usulida aniqlanadi. Agar 18 oyga to'lsa, u holda IFA, IB usullari yordamida tekshiriladi.

OIV infeksiyasiga chalinganlarda teri va tanosil kasalliklari kuzatilgandagi harakat qoidalari

A) Dermatologning maslahatini olish va kerak bo'lsa hududiy teri-tanosil kasalliklar dispanseriga jo'natish.

B) Davo (antiretrovirusli terapiya ARVT) olayotganlarni teri va tanosil kasalliklar ilmiy tekshirish institutiga jo'natish lozim.

D) Xavfli guruhga mansublarda kuzatilsa hududiy OITS markazining dermatovenerologining maslahatini olish zarur.

E) OIVga chalingan bemorda dermatovenerologik kasalliklarning belgilari ko'rinsa, konfidensiallikni saqlagan holda hududiy dispanserda davo olib boriladi.

Shoshilinch tibbiy yordam muassasalarida OIV infeksiyasi bilan og'riq shaxslarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil qilish (xirurgiya, terapiya, pediatriya, reanimatsiya bo'limlarida)

Davolash-profilaktika muassasalarida OIV infeksiyasi bilan og'riq shaxslarga tibbiy yordam ko'rsatish bepul hamda xufyona amalga oshiriladi. Tibbiy yordam ko'rsatuvchi barcha mutaxassislar OIV/OITS bo'yicha maxsus tayyorgarlikdan o'tgan bo'lishi kerak. OIV infeksiyasiga chalingan shaxslar tibbiy yordamni hududiy davolash profilaktik muassasalarida Respublika miqyosidagi klinikalarda olish huquqiga ega. OIV infeksiyasini shifoxona ichki infeksiyasi sifatida tarqalishining oldini olish uchun O'zR SSVning 2007- yil 30-oktabrdagi 480-sonli hamda 2007- yil 29-dekabrdagi 600-sonli buyruqlariga qat'iy amal qilish kerak.

OIVga chalingan va OITS mavjud bemorlarga palliativ yordam ko'rsatish, simptomatik davolash hamda parvarish qilish

A. Palliativ yordam ko'rsatish:

1. Tushuncha: Palliativ yordam – bu bedavo kasalliklarga xos muammolarni o'z vaqtida aniqlash va uni bartaraf etish, ya'ni og'riq va kasallikning boshqa alomatlarini yengillatish, bemorlarga psixologik, ijtimoiy va ma'naviy ko'maklashish.

2. Asosiy maqsad: Bemorni va uning yaqinlarini kundalik hayot kechirish sifatini biroz yaxshilash.

3. Asosiy tamoyillari:

– og'riq va kasallikning boshqa og'ir alomatlarini yengilashtirish;

– o'lim va hayot tabiiy jarayonligini tan olish;

– ma'naviy va psixologik ko'maklashishni tibbiy yordam bilan birgalikda olib borish:

– bemorning faol hayotini cho'zishga harakat qilish;

– qarindosh urug'lariga psixologik ko'maklashish;

– bemor va uning yaqinlari talablaridan kelib chiqqan holda ko'p tarmoqli yordam ko'rsatish. shular qatorida psixolog maslahatini olish:

– agar bemorning holati imkon bersa, umrini uzaytirishga qaratilgan davo usullarini qo'llash (ximioterapiya) nur bilan davolash:

– kasallikning asortalarini kelib chiqish sabablarini va davo usullarini aniqlash maqsadida kerakli tekshiruvlar o'tkazish.

4. Umumiy tamoyillar:

– terminal holatlarda simptomatik davo o'tkazish va yordam ko'rsatishlar palliativ yordamning bir qismi hisoblanadi.

B) Simptomatik davo:

Og'riqlarni davolash:

– analgetiklarni og'iz orqali yoki rektal yuborishni tayinlash, iloji boricha inyeksiya qilmaslik;

– analgetiklarni qabul qilish oraligʻi bir xil boʻlishi va bemorning uxlash rejimini eʼtiborga olish kerak;

– avvalgi yuborilgan analgetikning taʼsiri tamom boʻlmaguncha navbatdagi dozani yuborish kerak;

– davoni oz dozadan boshlab, asta-sekin ogʻriq yoʻqolguncha dozani koʻpaytirish kerak;

– agar ogʻriq dorilarni isteʼmol qilish vaqtlarini oraligʻida paydo boʻlsa, analgetikning qoʻshimcha dozasini (har 4 soatda yuborib turadigan dozani 50 % yoki 100 % ni) berish kerak;

– ogʻriqning kuchi oʻrtacha boʻlsa, aspirin bilan chegaralansa boʻladi, lekin uni ehtiyotkorlik bilan qoʻllash kerak, chunki OIVga chalingan bemorlarda qon ketish xavfi yuqori.

Jigar jarohatlanishi kuchli boʻlsa, aspirin va parasetamol qoʻllash man etiladi. Ogʻriqni davolashda, uni kuchsiz-kuchliligiga qarab, bosqichma-bosqich quyidagi dorilarning yoʻriqnomalarida keltirilgan dozalarda qoʻllash mumkin:

Aspirin, Parasetamol, Kodein, Trimadol, Morfin.

Ogʻriqlarning turlariga qarab quyidagi dorilarni ishlatish tavsiya etiladi:

– amitriptilin (neyrogen ogʻriqlarda);

– diazepam (mushak spazmlarida);

– deksametozon, prednizolon (usta atrofidagi shishish, ogʻir va yaralash bilan kechuvchi kandidozli ezofagit, bosh chanogi ichidagi bosim oshganligi tufayli bosh ogʻriqlar);

– valatsiklovir, Trimadol, Amitriptilin, Gabapektin (oʻrab oluvchi temiratki);

– giostsin butilbromid (kuchli qorin ogʻriqlarda).

Uy sharoitida kuchli ozib ketishni davolash:

1. Prednizolon 5–15 mg/sut, ishtahani yaxshilash maqsadida.

2. Koʻngil aynish, qayt qilishga qarshi dorilar (pastda keltirilgan).

3. Ogʻiz boʻshligʻini va shilliq qavatlarining kandidozini davolash (pastda keltirilgan)

4. Diareyani davolash (pastda keltirilgan).

5. Quyidagi tavsiyalarga rioya qilish: bemor yaxshi ko'radigan taomlarni oz-ozdan, tez-tez berish va taomni bemorning oldida tayyorlamaslik.

Ko'ngil aynish va qayt qilishni davolash:

1. Ko'ngil aynish va qayt qilish organizmning suvsizlanishiga olib

kelishi mumkin. Shuning uchun bemor oz-ozdan tez-tez suyuqlik ichib turishi kerak.

2. Qayt qilishga qarshi Proxlorperazin (5 mg og'iz orqali 1 kunda 3 marta) yoki Metoklopramid (10 mg x 3 marta) tayinlanadi.

3. Og'iz bo'shlig'ini parvarish qilib turish kerak. 1 kunda 2 marta shytoka bilan yuvish, og'izni chayqash lozim. Og'riq bo'lsa taomlarni yushoq va suyuqligini iste'mol qilinadi.

4. Davolashda Galaperidol (1–2 mg. Og'iz orqali 1 kunda 2 marta).

5. Xlorpromazin (25–50 mg. Har 6–12 s. da) qo'llanishi mumkin.

6. O'sma tufayli (ichakda) qayt qilish bo'lsa. Siklizin yoki Klemastin (1 mg. x 2 marta) yoki setirizin 10 mg. 1 kunda 1 marta tayinlanadi.

Og'iz bo'shlig'ida yaralarni yoki yutinganida og'riq mavjud bo'lsa, quyidagi dorilar ishlatiladi:

1. Kandidozda – mikonazol.

2. Aftozli stomatitda – prednizolon.

3. Gerpetik stomatitda – Atsiklovir.

4. Og'iz bo'shlig'ida o'sma tufayli og'izdan sassiq xid kelsa – metronidazol.

Ushbu dorilarning dozalari yo'riqnomalariga asosan tayinlanadi.

Diareyani davolash:

1. Iste'mol qilinayotgan suyuqlikning miqdorini ko'paytirish.

2. Og'iz orqali regidratitsion davoni o'tkazish uchun eritmalar tayinlash (regidron va boshq.)

3. Davolovchi dieta tayinlash.

4. Diareya kechish jarayonida tana harorati ko'tarilish kuzatilmasa, najas qon aralash bo'lmasa hamda bemor 5 yoshdan katta bo'lsa yoki qari yoshga yetmagan bo'lsa Loperamid (boshlang'ich dozasi 4 mg, keyinchalik har najas kelishidan so'ng 2 mg dan) yoki Kodein yoki Morfin tayinlanadi.

5. Orqa peshov sohasida og'riq bo'lsa, vazelin yoki anestetikdan tayyorlangan mazlar ishlatiladi.

6. Orqa peshov sfinkteri ishlamasa orqa peshovga vazelin bilan ishlov beriladi.

2 kundan ortiqroq najas kelmagan (qabziyat) hollarni davolash:

1. Barmoq bilan quyilib qolgan najasni olib tashlash.

2. Najasni suyultiruvchi dori-darmon qo'llash (birinchi kunlari ichakdagi axlatning hajmini ko'patiruvchi, ikkinchi kuni perestaltikani kuchaytiruvchi dorilar tayinlanadi).

3. Tez-tez suyuqlik ichish, mevalar va sabzavotlar yumshoq taomlar iste'mol qilish tavsiya etiladi.

4. Nonushtadan oldin 1 osh qoshiq oq yog' ichiriladi.

5. To'g'ri ichakka asta-sekin, ehtiyotkorlik bilan sovunning kichik bir bo'lagini, yoki vazelin yuboriladi.

Tana haroratining ko'tarilishini davolash:

1. Sababini aniqlash.

2. Parasetamol (500 mg) yoki Aspirin (650 mg. Har 4 s. og'iz orqali)

3. Suvsizlanishga yo'l qo'ymaslik (suv, sovuq choy, meva sharbatlari)

4. Metamizol past doza (miqdorda) larda.

Hiqichoq tutishi (ikota)ni davolash:

1. Og'iz bo'shlig'ining kandidozini davolash (yuqorida keltirilgan).

2. Oshqozon o'smasining oxirgi bosqichlarida – SIMETIKON.

3. To'xtovsiz xikqi tutishda – metaklopramid (10 – 20 mg dan 1 kunda 3–4 marta) yoki galaperidol (0,5–2 mg. 1 kunda 1–3 marta og'iz orqali).

4. Bosh miya o'smasida – epilepsiyaga qarshi qo'llanadigan dori-darmonlar yordam beradi.

5. Yordam beruvchi harakatlar.

6. Tezda 2 choy qoshiq shakarni iste'mol qilish;

7. Sovuq suv ichish:

8. Maydalangan muzni iste'mol qilish:

9. Yumshoq tanglayni ro'molcha bilan massaj qilish:

10. Nafas olishni to'xtatish yoki qog'ozdan qilingan paketga nafas olish:

11. Tizzani ko'krakka tirab eshitish.

Uyquning buzilishini, hayajonlanish va bezovtalanishni davolash:

1. Diazepam yoki difengidramin yoki lorazepam (0.5–1 mg. og'iz orqali bir sutkada 4 mg gacha).

2. Bemor bilan uni bezovta qilayotgan masalalar to'g'risida suhbatlashish, uni tinchlantirish, jimjitlikni ta'minlash, yotish oldidan kofe. achchiq choy bermaslik, og'riq bo'lsa uni davolash.

Najas va siydikni ushlamaslikni davolash:

1. Siydikni ushlamaslikda o'g'il bola va katta kishilarda siydik qabul qiluvchi asbobni qo'llash, qizbolalarda esa kateter o'rnatish.

2. Najas ushlamaganda – Loperamid tayinlanadi (najasni quyiltirish maqsadida)

3. Tez-tez ichki kiyim va ko'xlikni almashtirish, orqa peshov va jinsiy a'zolar atrofidagi terini toza holda saqlash, himoyalovchi mazlarni qo'llash.

Teri qichishishini davolashning umumiy tamoyillari

1. Infeksiyasiz yallig'langan joylarining tarkibida glyukortikosteroidlar mavjud kremlar bilan ishlov berish.

2. Antigistamin xususiyatiga ega dorilarni qo'llash (defin-gidromin yoki gidroksizin 25 mg. Og'iz orqali yotishdan oldin)

3. Terini qaytalanuvchi infeksiyasida choʻmilgandan keyin jarohatlangan joyda XLORGEKSIDINni 0.5 % eritmasi bilan ishlov berish (sugʻorish).

4. Agar qichishish mexanik sariqlik bilan bogʻliq boʻlsa, prednizon yoki Galoperidol ogʻiz orqali qabul qilinadi.

5. Ekzemalarda ehtiyotkorlik bilan yuvish va keyinchalik quritish tavsiya qilinadi, qisqa muddatga, jarohatlangan joyni, tarkibida glukokortikostoroid bor mazlar bilan ishlov beriladi.

6. Dermatofitiyada Uiftild mazini qoʻllanadi (benzoynaya 12 % + salitsilovaya 6 %) yoki boshqa zamburugʻga qarshi mazlar ishlatiladi

Qichishqoqni spetsifik davolash:

1. Psoriazda, tarkibida 2 % salitsil va 5 % qatron bor mazlar qoʻllaniladi, 30–60 daqiqaga «солнечные ванны» tayinlanadi.

2. Kuchli qichishishda 4 mg dan kuniga 2 marta xlorfeniramin yordam berishi mumkin.

Yoʻtal va hansirashni davolash:

1. Bronxial astmada-ingalator yordamida bronxodilatator yuborish, dorilardan prednizon tavsiya etiladi.

2. Yurak yetishmovchiligi boʻyicha hansirashda morfin, tramadol, furosemid kabi dorilar beriladi. Agar yoʻtal balgʻam bilan kechsa va balgʻam quyuv boʻlsa, ingalator orqali fiziologik eritma yuboriladi. Agar balgʻam suyuq boʻlsa, giostsin butilbromid (m-xolinoblokator) tavsiya etiladi. Agar yoʻtal quruq va uzoq davom etuvchi boʻlsa, kodein yoki morfin (2.5–5 mg dan ogʻiz orqali) yoki trimadol beriladi. Uy sharoitida, parvarish jarayonida oddiy yoʻtal paydo boʻlsa, asal, limon beriladi, issiq bugʻ ingalatsiyasi oʻtkaziladi. Yoʻtal uzoq vaqt davom etsa va balgʻam paydo boʻlsa, oʻpka siliga tekshiruv oʻtkaziladi. Nafas yetishmovchiligi rivojlangansa, kislorod bilan nafas olishni taʼminlash kerak.

OIV infeksiyasiga chalinganlarni parvarish qilishning umumiy tamoyillari

Bemorga xizmat qiluvchilarga OIV yuqib qolishining oldini olish kerak. Buning uchun barcha harakatlar va muolajalar jarayonida bemorning qoni va boshqa biologik suyuqliklari bilan muloqotda bo'lish ehtimoli bo'lganda rezinali qo'lqopdan foydalanish kerak. Jarohatlangan teri boylangan bo'lishi kerak (bemorda ham, parvarish qiluvchida ham). Bemorning qoni, siydigi, najasi tushgan joylarni zararsizlantiruvchi vositalar bilan ishlov berish zarur. Idish-tovoqni, vannalarni, kiyimlarni va boshqa materiallarni yuvishda oddiy yuvuvchi vositalar qo'llaniladi. Bemorning cho'yshab, kiyimlari va boshqa narsalarini yig'ishtirganda perchatkadan foydalanish zarur. O'tkir asbob-uskunalar (igna, soch-soqol olish asboblari, tish yuvish cho'tkasi va boshqalar) qat'iy individual bo'lishi kerak. Bemorning kiyimlari, cho'yshablari va boshqalarini yig'ishtirgandan keyin, albatta, qo'llarni sovun bilan yuvish zarur.

Demensiya holatida bo'lgan bemorni parvarish qilishda bemorga o'zi odatlangan sharoitda uzoqroq hayot kechirishini ta'minlash ma'qul. Bemor kerakli narsalarini tezda topib olishi uchun barcha narsalarni o'z joyida saqlash darkor. Kun tartibini odatdagicha saqlash kerak. Xavfli narsalarni bemor ko'zidan chetga olib qo'yish kerak. Bemor bilan suhbatlashganda oddiy so'zlardan foydalanish zarur, ikki kishi bir vaqtning o'zida gapirishiga yo'l qo'ymaslik kerak. Televizor, radiolarning tovushini pasaytirib qo'yish kerak. Bemor muntazam nazorat ostida bo'lishi kerak.

Parhez. Sersabzili suyuq taomlar tavsiya etiladi. Ko'pincha taomlarni guruch va kartoshkadan tayyorlash tavsiya etiladi. Pomidor, bananni ko'proq iste'mol qilish zarur. Taomlarni tez-tez (kuni-ga 5–6 mahal) va oz-ozdan iste'mol qilish tavsiya etiladi. Kofe, achchiq choy, spirtli ichimliklar ichish man etiladi. Sovuq holdagi, yog'li taomlar, pishmagan taomlarni iste'mol qilish man etiladi. Bemor yaxshi ko'radigan taomlarni tavsiya etiladi.

ARVT davrida parvarishlash. Bu davrda tibbiyot xodimlari tomonidan parvarish qilishning asosiy yoʻnalishi bemor tomonidan ARVT rioya qilinishini nazorat qilish va kuzatishdir.

Nazorat savollari

1. OIV/OITSGa chalinganlarning dispanser kuzatuvini haqida nimalarni bilasiz?
2. OIV/OITSLi bemorda teri va tanosil kasalliklari aniqlansa qanday yordam koʻrsatiladi?
3. Tez tibbiy yordam muassasalarida OIV/OITSLi bemorlarga yordam koʻrsatish qanday tashkil qilinadi?
4. Simptomatik davolash va palliativ yordam koʻrsatish haqida nimalarni bilasiz?

VIII BOB. PROFILAKTIKASI

OIV kasalligining oldini olish va epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlari

OIV/OITS dunyo miqyosidagi juda katta va doimo o'sib (ko'payib) borayotgan sotsial, iqtisodiy va demografik muammodir. Uni to'g'ri anglash, kasallikning ayrim holda olingan shaxslar va umumiy ravishda jamiyatga ko'rsatayotgan ta'sirini, muammoning iqtisodiy va sotsial ko'rsatkichlarga, jamiyatdagi insonlarning huquqiy va ma'naviy-etika me'yorlariga bog'liqligini tushunib yetish bu kasallikka qarshi kurashishda katta yordam beradi. OIV/OITSning profilaktikasini umuman 3 ta darajaga ajratish mumkin, ya'ni kasallikning birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktikasi.

Birlamchi profilaktika. O'z ichiga sog'lom odamlarning ushbu kasallikni yuqtirib olishining oldini olishga qaratilgan. Ma'lumki, kasallik jinsiy aloqalar orqali, parenteral yo'l bilan va vertikal yuqadi. Demak, barcha sayi-harakatlar shu holatlarni inobatga olib bajarilishi lozim. Bularga nikohdan tashqari jinsiy aloqalarga yo'l qo'ymaslik, seksual savodxonlikni oshirish, prezervativlardan foydalanish, yoshlar orasida tarbiyaviy ishlarni olib borish, fohisha-bozlikka, besoqolbozlikka qarshi kurash va boshqalar kiradi.

Ikkilamchi profilaktika. Bu kasallikni yuqtirib olgan bemorning hayot kechirish sifatini yaxshilashga qaratilgan. Buning uchun bemorlar huquqini himoya qilish, ularga konsultatsiyalar berish, ularning kamsitilishiga yo'l qo'ymaslik, hayotini (turmush tarzini) o'zgartirishga qaratilgan dasturlar ishlab chiqish kabilar kiradi. Shuningdek, ikkilamchi profilaktika kasallik yuqish xavfi yuqori

bo'lgan jamoatda (masalan, tibbiyot xodimlari orasida, bemorning yaqin qarindoshlari orasida) kasallikning yuqishini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi.

Uchlamchi profilaktika. Bemorlar orasida kasallikning salbiy oqibatini iloji boricha kamaytirish, ularning umrini iloji boricha uzaytirish, ikkilamchi va opportunistik infeksiyalarga qarshi profilaktik davo o'tkazish, ularning immun tizimini ushlab turish bo'yicha konsultatsiya berish va boshqalardan iborat.

Odam immuniteti tanqisligi virusini yuqishining oldini olish va epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlarini, sog'lom turmush tarzini aholi o'rtasida, ayniqsa, yoshlar orasida targ'ib qilishdan boshlash zarur. Shuningdek, kasallikni jinsiy aloqa yo'li orqali, undan tashqari virusni zararlangan qon va qon mahsulotlari orqali hamda teri butunligi buzilishi bilan olib boriladigan barcha muolajalarda yuqishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar o'tkazilishi lozim. Kasallik virusining yuqishini oldini olishda muhim tadbirlardan biri kasallikni insonlarda o'z vaqtida aniqlashdir. Shuning uchun aholining ayrim guruhlari orasida epidemiologik nazorat o'rnatiladi, belgilangan guruhlar orasida testgacha konsultatsiya o'tkaziladi. Ularning roziligi bilan OIV kasalligiga laboratoriya tekshiruvi uchun qon olinadi. Tekshirilishi lozim bo'lgan guruhlar O'zbekiston Respublikasi Bosh Davlat sanitariya vrachi tomonidan tasdiqlanadigan «Aholini OITSGa tekshirish qoida va me'yorlari»da belgilab beriladi.

OIV kasalligiga laboratoriya tekshiruvi ishlarida ayniqsa, aholining bu kasallikni yuqish xavfi yuqori bo'lgan tabaqalariga alohida e'tibor qaratilmog'i lozim. Bu ishga lozim bo'lgan taqdirda aholining barcha qatlami yordamida giyohvandlar, betartib jinsiy aloqa qiluvchi «yengil oyoq» shaxslar aniqlanib, ular to'liq laboratoriya tekshiruvidan o'tishiga erishmoq lozim.

OIV kasalligining oldini olishda yana muhim ahamiyat kasb etadigan masala aholi o'rtasida o'tkaziladigan tibbiy targ'ibotdir. Unda ommaviy axborot vositalaridan keng foydalanish maqsadga muvofiqdir.

Tibbiyot xodimlari aholining barcha qatlamlari bilan uchrashuvlarda yosh yigit-qizlar bilan maktab, litsey, kollej, institut va boshqa joylarda suhbat o'tkazilayotganda OIV kasalligining yuqish yo'llari bilan batafsil tanishtirish va undan saqlanish yo'l-yo'riqlarini ko'rsatish va himoya vositalaridan foydalanishni o'rgatish kabi ishlarni olib borishlari lozim. Yuqish xavfi tug'ilgan hollarda murojaat qilgan shaxslarga, qolaversa, OIV kasalligi va jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarga chalingan shaxslarga, giyohvandlarga tibbiy yordam ko'rsatayotgan vaqtda mehr-oqibat ko'rsatish muhim ahamiyat kasb etadi. Ularga bog'liq o'tkaziladigan barcha chora-tadbirlarni konfidensial holatda o'tkazilishi lozim. Ushbu shaxslarni kasallikni tarqatish xavfini kamaytirish maqsadida kerakli vositalar bilan (prezervativ, bir marotaba ishlatiladigan shpris va igna zararsizlantiruvchi moddalr) ta'minoti masalasi bilan shug'ullanish zarur. Shu bilan birga seks muammosi va yuqtirishi mumkin bo'lgan xavflarni tahlil va muhokama qilish jarayonida ular bilan muntazam targ'ibot ishini olib borish, xulq-atvorini, yurish-turishini va boshqa nojo'ya xatti-harakatlarini o'zgartirishga chaqirish kerak. Ayollarning seks masalasida turmushga chiqish, oila qurish, bola ko'rishda boshqalar bilan teng huquqqa ega ekanligini cheklamaslikka intilish zarur. Kasallik o'chog'ida o'tkaziladigan chora-tadbirlar «Epidemiologik tekshiruv ishlarini olib borish» haqidagi uslubiy qo'llanmada batafsil berilgan.

Kasalxona ichi infeksiyasi sifatida oldini olish

OIV kasalligi virusini tibbiy muolajalar orqali yuqishiga yo'l qo'ymaslik uchun barcha davolash-profilaktika muassasalarida mumkin qadar bir marotaba ishlatiladigan shprislarni, asbob-anjamlardan foydalanish tavsiya etiladi. Tibbiy va laboratoriya asbob-anjamlarni zararsizlantirish, sterillashdan avvalgi tozalash va sterillash tartib qoidalariga qat'iy rioya qilish talab qilinadi. OITS virusini

yuqtirib olganlar soni keskin ko'payib borayotganligini inobatga olib tibbiyot xodimlari har bir murojaat qilgan bemorlarga nisbiy ravishda OITSning virusini tashib yuruvchi deb qarashlari kerak.

Shunga binoan, tibbiy yordamning barcha javhalarida OITS virusini boshqa bemorlarga va tibbiyot xodimlariga yuqishining oldini olish chora-tadbirlariga qat'iy amal qilish lozim. Buning uchun shprislar, ignalar, laboratoriya va boshqa tibbiy asbob-anjomlar sterillanmasdan qayta ishlatilishi man etiladi. Mabodo shpris, igna va boshqa tibbiy asboblarni sterillanmasdan qayta ishlatilganda bironta shaxsni kasallanganligi aniqlansa, tibbiyot xodim qonun oldida javobgarlikka tortiladi. Juda ham dolzarb masala OITS virusi bilan zararlangan qonni bemorlarga quyib yubormaslik chora-tadbirlarini ko'rib va amaldagi qoidalarga har bir tibbiy xodim rioya qilmog'i lozim.

Qon tayyorlashda quyidagi qoidalarga rioya qilish tavsiya etiladi:

- donორlar qonini har qon topshirganda OIVga tekshirish;
- donორlar har qon topshirishga kelganda tibbiy ko'rikdan o'tkazish va epidemiologik anamnez to'plash;
- pasporti bo'lmagan qon topshiruvchilardan qon olmaslik;
- donორlardan OIVga qon olinganda sanitariya-gigiyenik, dezinfeksiyon, va epidemiyaga qarshi rejimlarga qat'iy rioya qilish;
- OIVga tekshirilgan natijasi manfiy qonlarni alohida muzlatgichda saqlash;
- IFA musbat shaxslarning viloyat (shahar) bo'yicha yagona qon topshiruvchilik kartotekasini yuritish;
- qonni faqat hayotiy zarurat tug'ilgandagina quyish;
- qon va qon mahsulotlari quyilganlik to'g'risidagi barcha ma'lumotlarni kasallik tarixiga to'liq yozib borish.

Quyidagi shaxslar qon topshiruvchi (donor) bo'lishi mumkin emas:

- IFA tahlilida musbat natija bergan shaxslar;
- OIV kasalligiga chalinganlar;

– OIV kasalligiga chalingan shaxslar bilan jinsiy aloqada boʻlgan shaxslar (jinsiy sherik) va 1 ta shprisdan umumiy foydalangan giyohvandlar (parenteral sherik):

– surunkali gepatit (XPG) va virusli gepatitni barcha turlariga chalinganlar va HBS-antigen tashuvchilar;

– tuberkulyoz, malyariya, tanosil va gemofiliya kasalligi bilan kasallangan shaxslar:

– yashash joyi noaniqlar:

– pala-partish va notanish shaxslar bilan jinsiy aloqa qiluvchilar (jinsiy aloqa qilish bilan savdo qiluvchilar, erkak erkak bilan jinsiy aloqa qiluvchilar):

– qon va qon mahsulotlarini qabul qilganlar:

– igna bilan tanasiga giyohvand moddani qabul qiluvchi shaxslar:

– jazo hukmini oʻtayotganlar va oʻtaganlar:

– chet el fuqarolari.

Donor qonida (doimiy donor yoki beminnat qon topshiruvchi boʻlishidan qatʼi nazar) SPID diagnostik laboratoriyasida IFA musbat natija olinsa zudlik bilan qon quyish stansiyasiga yoki boʻlimiga hamda tuman sanitariya epidemiologiya nazorati markaziga xabar beriladi. IFA musbat natija haqidagi xabarni laboratoriya mudiri yoki vrach-laborant telefon orqali beradi, soʻngra tahlil uchun yuborilgan maxsus shakldagi yoʻllanmaning nusxasiga javobi yozib yuboriladi.

IFA musbat natijali qon yaroqsiz deb topiladi va zudlik bilan 3 kishidan iborat komissiya ishtirokida zararsizlantirib yoʻq qilinadi.

Qonni zararsizlantirish uchun IFA musbat natijali qon maxsus idishda xlorli ohak bilan 1:5 nisbatda aralastirilib 2 soatga qoldiriladi. Bu muhlat oʻtgandan soʻng kanalizatsiyaga toʻkib yuboriladi yoki chetroq joyga yerga koʻmiladi. Komissiya IFA musbat natijali qonni zararsizlantirilganligi va yoʻq qilinganligi haqida dalolatnoma yozadi. Uning nusxasi tuman sanitariya epidemiologiya markazi epidemiologiya topshiriladi.

IFA musbat natijali donor umrbod donorlik hisobidan chiqariladi. Hisobdan chiqarilganligi haqida karta yozib yagona donorlik markaziga yuboriladi. Yagona donorlik markazi bilan har bir qon quyish stansiyasi bo'limi doimo bog'lanib IFA (+) musbat natijali shaxslar kartotekasiga yoki ro'yxatini to'ldirib borish kerak. Muta-xassislar qon topshirish uchun kelgan har bir donorni qabul qilishdan avval pasportiga qarab, albatta, IFA musbat natijali shaxslarning kartotekasini yoki ro'yxatini ko'rib chiqishi shart. Kartoteka yoki ro'yxatda topilmasa qon olish tavsiya etiladi.

Davolash-profilaktika muassasalarida imkon boricha parenteral muolajalarni kamaytirish, ularning o'rniga dori-darmonlarni og'iz orqali yuborish maqsadga muvofiqdir. Hayotiy ko'rsatma bilan parenteral muolajalar qilinishi zarur bo'lganda, albatta, bir marta ishlatiladigan shpris va boshqa tibbiy asbob-anjomlardan foydalanish lozim, ammo uni qayta ishlatish mumkin emasligini har bir tibbiy xodim esida saqlashi va unga rioya qilishi kerak.

Davolash-profilaktika muassasalarining har bir ish joyida OITS virusini yuqishining oldini olishga qaratilgan shart-sharoit mavjud bo'lishi kerak. Muolaja va boshqa tibbiy ishlarni olib borishda o'zini-o'zi muhofaza qilish chora-tadbirlariga rioya qilish kerak.

Davolash-profilaktika muassasalarida qon bilan ishlaganda avtomatik pipetka, rezina grushalarni qo'llash kerak. Qon olishda qonni ignadan to'g'ridan to'g'ri probirkaga olish man etiladi. Qon va boshqa biologik suyuqliklar quyilgan probirkalarni shtativlarga o'rnatilib, ularni bikslarga yoki konteynerga solingan holda transportirovkaga tayyorlash lozim.

Barcha tibbiy muassasalarda markaziy sterilizatsiya shaxobchalari bo'lishi shart va u joylarda maxsus tayyorlangan xodimlar ishlashi lozim. Ko'p marotaba ishlatiladigan shpris va boshqa anjomlarni zararsizlantirish, sterilizatsiyadan avvalgi tozalash, sterillash O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2008- yil 29- yanvardagi 600- sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan yo'riqnoma asosida o'tkaziladi.

Tibbiyot xodimlarini OIV infeksiyasi yuqishidan saqlash chora-tadbirlari

Davolash-profilaktika muassasalarining har bir xodimi, ular tomonidan bemorlarga yordam ko'rsatish mobaynida OITS virusining yuqish xavfining mavjudligini ish jarayonida yodda tutishlari lozim.

Shifoxonaning har bir bo'limida tibbiy asbob-anjomlarni zararsizlantirish, sterillashdan avvalgi tozalash, sterillash tartib-qoidalari va tibbiy xodimlarning virus yuqishidan ehtiyot choralariga rioya qilinishi ustidan nazorat qiluvchi javobgar shaxs tayinlanishi kerak.

Tibbiy xodimlarning ish joylarida Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan chiqarilgan direktiv hujjatlar, ko'rsatmalar va uslubiy qo'llanmalardan kerakli ko'chirmalar bo'lishi talab etiladi. Undan tashqari, tibbiy muolajalar paytida OIV yuqishining oldini olishda quyidagi ehtiyot choralariga e'tibor berish lozim. Barcha muolajalar rezina qo'lqoplarda va maxsus kiyimlarda o'tkazilishi zarur (xalat, qo'lqop, niqob, zarur bo'lganda muhofaza ko'zoynagi). Shpris, ignalar va boshqa o'tkir asboblardan foydalanilganda ularni egmaslik, sindirmaslik talab etiladi. Bir martalik shpris ishlatilgandan so'ng ignasi chiqarilmasdan darhol yuvish, keyin uning ichi dez. vosita eritmasiga to'ldirilib zararsizlantiruvchi eritmada ko'miladigan holatda 1 soat muddatga solib qo'yiladi yoki bir marta ishlatiladigan shpris, igna sistema va boshqalar foydalanilgandan so'ng qaytarib olib bo'lmaydigan maxsus yashiklarda to'planib ish kunining oxirida Mufel pechida yoqib yuboriladi. O'tkir kesuvchi va sanchiluvchi asbob-anjomlardan iloji boricha kamroq foydalanish masadga muvofiqdir.

Bemor qonini teriga, shilliq qavatlarga va jarohatlangan joylarga tushishining oldini olish uchun quyidagilarga rioya qilish darkor;

– bemor qoni jarohatlangan (tirnalgan, yorilgan, kesilgan, qirqilgan) joylarga tushishining oldini olish maqsadida terining jarohatlangan qismini leykoplastir bilan o'rash kerak;

– qon yoki organizmning boshqa suyuqliklari sachrashi ehtimoli boʻlganda hamda qon va qon mahsulotlari bilan muolajalar oʻtkazilayotganda himoya koʻzoynagi va niqob taqib olish lozim;

– agar teriga yoki shilliq qavatga bemorning qoni yoki biologik suyuqligi sachrasa, darhol iliq holdagi suvda sovun bilan yuvish kerak yoki uni oqin suvda (vodoprovod) ushlab turish kerak. Keyin esa 6 %,li vodorod peroksidi shimdirilgan tampon bilan artish, yoki 0,01 % dezoksan eritmasi, yoki 70 % spirtida artish lozim;

– agar koʻzga sachrasa, darhol koʻzni suv bilan yoki 2 % borat kislotasi eritmasi bilan yuvish lozim

– qon yoki organizmning boshqa biologik suyuqliklari laboratoriyaga joʻnatilgunga qadar ogʻzi yaxshi berkitiladigan biks yoki konteynerlarda saqlanishi lozim;

– jarrohlik muolajalarida, abortlarda, tugʻruqni qabul qilishda, stomotologik muolajalarda, umuman koʻp qon ketishi bilan olib boriladigan muolajalarda tibbiy xodimlar, albatta, rezina qoʻlqop kiyishi, xirurgik xalati ustidan rezina fartuk taqishi, himoya koʻzoynagida va niqobda ishlashi zarur;

– «ogʻizma-ogʻiz» sunʼiy nafas oldirish boshqa nafas oldirish usuliga almashtirilishi lozim.

Shifoxonada OIV kasalligiga shubhali shaxs topilsa, quyidagi chora-tadbirlar koʻriladi:

– ushbu kasallikka shubha qilingan shaxslar uchun alohida shpris va boshqa tibbiy asbob-anjomlardan foydalanish lozim. Tibbiy yordam koʻrsatish uchun maxsus tayyorgarlikdan oʻtgan tibbiy xodimlar biriktiriladi:

– kasallikka shubha qilingan shaxslarda tashxis tasdiqlanishi bilan mahalliy yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqiziladi:

– bemor yotgan xonani rezina qoʻlqop kiygan holatda tozalanaadi va dezinfeksiya qilinadi, uni palatada kiygan kiyimlari, oʻrin-koʻrpasi, idish-tovogʻi va shaxsiy buyumlari zararsizlantiriladi.

Nazorat savollari

1. OIV infeksiyasini oldini olish uchun nimalar qilish kerak?
2. Epidemiyaga qarshi kurash chora-tadbirlari nimalardan iborat?
3. Kasalxona ichi infeksiyasi sifatida oldini olish uchun nimalar qilish kerak?
4. Tibbiyot xodimlariga yuqishining oldini olish uchun nimalar qilish kerak?

IX BOB. OIV/OITSGA TAALLUQLI BO'LGAN ME'YORIY HUJJATLAR

«Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risida» O'zbekiston Respublikasining Qonuni (19. 09. 1999- yil)

1 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari.

2 - m o d d a. Asosiy tushunchalar.

3 - m o d d a. O'zbekiston Respublikasi fuqarolari, chet el fuqarolari va fuqaroligi bo'lmagan shaxslarning OITS/OIV kasalligi yuqqan-yuqmaganligini aniqlash maqsadida tibbiy tekshiruvdan o'tish huquqi;

4 - m o d d a. OITS/OIV kasalligining oldini olish sohasidagi davlat ta'minoti;

5 - m o d d a. OITS/OIV kasalligining oldini olish bo'yicha faoliyatni moliyalash;

6 - m o d d a. OITS/OIV kasalligini yuqtirganlarning aniqlanishi oqibatlarini;

7 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligini yuqtirganlik uchun javobgarlik;

8 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi yuqqan shaxslarning sog'lig'iga yetkazilgan zararni qoplash;

9 - m o d d a. OITS/OIV bilan kasallangan shaxslarning hamda ular oila a'zolarining huquqlari va ijtimoiy muhofazasi;

10 - m o d d a. OIV kasalligi yuqqan va OITSGa duchor bo'lgan bemorlar huquqlarining kafolatlari;

11 - m o d d a. O'z xizmat vazifalarini bajarayotganda odamning immunitet tanqisligi virusi yuqishi xavfi ostida bo'lgan tibbiyot xodimlarni ijtimoiy muhofaza qilish:

12 - m o d d a. O'zbekiston Respublikasiga kirish shartlari:

13 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risidagi qonun hujjatlarini buzganlik uchun javobgarlik.

1 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari

Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlari ushbu qonundan hamda boshqa qonun hujjatlaridan iborat.

Agar O'zbekiston Respublikasining xalqaro shartnomasida odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlarida nazarda tutilganidan boshqa qoidalar belgilangan bo'lsa, xalqaro shartnoma qoidalari qo'llaniladi.

2 - m o d d a. Asosiy tushunchalar

Ushbu qonunda quyidagi asosiy tushunchalar qo'llaniladi:

– OIV kasalligi – odamning immunitet tanqisligi virusi oqibatida kelib chiqqan o'ta xavfli yuqumli kasallik;

– OIV kasalligini yuqtirganlar – odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligini yuqtirgan shaxslar;

– OITS – orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. OIV kasalligining terminal (so'nggi) bosqichi.

3 - m o d d a. O'zbekiston Respublikasi fuqarolari va fuqaroligi bo'lmagan shaxslarning OITS/OIV kasalligi yuqqan-yuqmaganligini aniqlash maqsadida tibbiy tekshiruvdan o'tish huquqi.

O'zbekiston Respublikasi fuqarolari, shuningdek, O'zbekiston Respublikasi hududida yashayotgan yoki turgan chet el fuqaro-

lari hamda fuqaroligi bo'lmagan shaxslar ismi-sharifini sir saqlagan holda, ixtiyoriy ravishda OITS/OIV kasalligi yuqqan-yuqmaganligini aniqlash maqsadida anonim tibbiy tekshiruvdan o'tish huquqiga egadirlar.

OITS/OIV yuqqan-yuqmaganligini aniqlash maqsadida tibbiy tekshiruvdan o'tkazish tartibi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan belgilanadi va u e'lon qilinishi lozim.

4 - m o d d a. OITS/OIV kasalligining oldini olish sohasidagi davlat ta'minoti

Davlat:

– odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV kasalligining) oldini olish chora-tadbirlari to'g'risida aholining xabardor qilinishini;

– OITS/OIV kasalligining oldini olish tashxis qo'yish va davolash vositalari yetkazib berilishini, shuningdek, tashxis qo'yish, davolash va ilmiy maqsadlarda qo'llaniladigan tibbiy preparatlar, biologik suyuqliklar, organlar va to'qimalarning xavfsiz bo'lishi ustidan nazorat qilinishini;

– O'zbekiston Respublikasi hududida OITS/OIV kasalligining tarqalishi ustidan epidemiologik nazorat o'rnatilishini;

– OITS/OIV kasalligi yuqqan-yuqmaganligini aniqlash maqsadida tibbiy tekshiruvdan o'tkazish uchun shart-sharoit yaratilishini;

– tibbiy tekshiruvdan o'tishni xavfsiz, ism-sharifi sir saqlangan holda va anonim tarzda bo'lishini;

– aholi tibbiy tekshiruvdan bepul o'tkazilishini va OIV kasalligini yuqtirganlar va OITSGa chalingan bemorlar bepul davolanishini;

– OITS/OIV kasalligini yuqtirganlarga ijtimoiy-maishiy yordam ko'rsatilishini, ular yangi ixtisosga o'rgatilishini va ishga joylashtirilishini;

– OIV kasalligi muammolari bo'yicha ilmiy tadqiqodlar rivojlantirilishini;

– OIVkasalligi tarqalishining oldini olish chora-tadbirlarini amalga oshirish uchun mutaxassislar tayyorlashni ta'minlaydi.

5 - m o d d a. OITS/OIV kasalligining oldini olish bo'yicha faoliyatni moliyalash

– OITS/OIV kasalligining oldini olishga doir faoliyat davlat byudjet mablag'lari, maqsadli fondlar, yuridik va jismoniy shaxslarning ixtiyoriy badallari, boshqa manbalar hisobidan qonun hujjatlariga muvofiq amalga oshiriladi.

6 - m o d d a. OITS/OIV kasalligini yuqtirganlarning aniqlanishi oqibatlari

– O'zbekiston Respublikasi fuqarolarida OITS/OIV kasalligi aniqlangan taqdirda, ular qon. biologik suyuklik, a'zolar va to'qimalarning donori bo'la olmaydi. OITS/OIV kasalligini yuqtirganlar tibbiy kuzatuv ostida bo'lishlari shart;

– O'zbekiston Respublikasi hududida turgan chet el fuqarolari va fuqaroligi bo'lmagan shaxslarda OIV kasalligi aniqlangan taqdirda, ular qonun hujjatlarida belgilangan tartibda O'zbekiston Respublikasidan chiqarilib yuborilishlari mumkin.

7 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligini yuqtirganlik uchun javobgarlik.

– o'zida OITS/OIV kasalligi mavjudligini bilgan shaxsning boshqa shaxsni ataylab shu kasallik virusini yuqtirish xavfi ostiga qo'yishi yoki uni yuqtirishi qonun hujjatlarida belgilangan tartibda javobgarlikka sabab bo'ladi.

8 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligi yuqqan shaxslarning sog'lig'iga yetkazilgan zararni qoplash

– tibbiyot xodimlari va xizmat ko'rsatish sohasi xodimlarining o'z xizmat vazifalarini lozim darajada bajarmasligi oqibatida odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligi yuqqan shaxslarning sog'lig'iga yetkazilgan zararni qoplash qonun hujjatlarida belgilangan tartibda amalga oshiriladi.

9 - m o d d a. OITS/OIV bilan kasallangan shaxslarning hamda ular oila a'zolarining huquqlari va ijtimoiy muhofazasi

– odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligini yuqtirgan hamda OITS bilan kasallangan shaxslar o'zlariga insoniy munosa-

batda bo'linishi, qonun hujjatlarida nazarda tutilgan tartibda bepul tibbiy yordam ko'rsatilishi va ijtimoiy ta'minlanish huquqiga ega-dirlar;

– 16 yoshga to'lmagan shaxslar har oyda eng kam oylik ish haqi miqdorida davlat nafaqasini olish va O'zbekiston Respublikasi qonun hujjatlarida nogiron bolalar uchun belgilangan imtiyozlardan foydalanish huquqiga egadirlar;

– OIV kasalligini yuqtirgan yoki OITSga duchor bo'lgan bolalarning ota-onasi (ularning o'rnini bosuvchi shaxslar) yosh bolalari bilan birga statsionarda bo'lish hamda shu paytda qonun hujjatlarida belgilangan tartibda vaqtincha mehnatga qobiliyatsiz nafaqasini olgan holda ishdan ozod bo'lib turish huquqiga egadirlar.

10 - m o d d a. OIV kasalligini yuqtirgan va OITSga duchor bo'lgan bemorlar huquqlarining kafolatlari

– OIV kasalligini yuqtirgan va OITSga duchor bo'lgan bemorlarda OITS/OIV kasalligi mavjudligiga asoslanib, ular bilan mehnat shartnomasini bekor qilish, ularni ishga qabul qilishdan (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi belgilagan ro'yxatdan ayrim kasbiy faoliyat turlari bundan mustasno) va ta'lim muassasalariga qabul qilishdan bosh tortish hamda ularning boshqa huquq va qonuniy manfaatlarini cheklash, shuningdek, ular oila a'zolarining turar joy huquqlari, boshqa huquq va qonuniy manfaatlarini cheklash taqiqlanadi.

11 - m o d d a. O'z xizmat vazifalarini bajarayotganda odamning immunitet tanqisligi virusi kasalligi yuqishi xavfi ostida bo'lgan tibbiyot xodimlarini ijtimoiy muhofaza qilish.

– OITS/OIV kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarni davolash-tashxis qo'yish va profilaktika ishlarida, ularga xizmat ko'rsatishda band bo'lgan, OITS/OIV o'chog'ida epidemiyaga qarshi tadbirlarni ta'minlaydigan shaxslarga qonun hujjatlarida nazarda tutilgan imtiyozlar beriladi.

– tibbiyot xodimlari hamda sog'liqni saqlashning boshqa xo-

dimlariga ular xizmat vazifalarini ado etishi chog'ida OITS/OIV kasalligi yuqsa, bu kasbiy kasalliklar toifasiga kiradi.

12 - m o d d a. O'zbekiston Respublikasiga kirish shartlari

– O'zbekiston Respublikasining diplomatik vakolatxonalari va konsullik muassasalari O'zbekiston Respublikasiga kelayotgan chet el fuqarolari va fuqaroligi bo'lmagan shaxslarga, ular o'zlarida OITS/OIV kasalligi yo'qligini tasdiqlovchi sertifikatni qonun hujjatlarida belgilangan hollarda va tartibda taqdim etganlari taqdirida. O'zbekiston Respublikasiga kirish uchun viza beradilar.

13 - m o d d a. Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV infeksiyasi kasalligining) oldini olish to'g'risidagi qonun hujjatlarini buzganlik uchun javobgarlik

– odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIVkasalligining) oldini olish to'g'risidagi qonun hujjatlarining buzilishida aybdor shaxslar belgilangan tartibda javobgar bo'ladilar.

**«OIV/OITS (VICH/SPID) kasalligiga tibbiy tekshiruvdan o'tkazish va OIV/OITSli bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilish» to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi sanitariya qoidalari, me'yorlari va gigiyena normativlari
(San K va M №0187–6. 10. 2005- yil)**

Umumiy qoidalar

1. Mazkur sanitariya qoida va me'yorlar O'zbekiston Respublikasining «Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV infeksiyasi kasalligining) oldini olish» va «Davlat sanitariya nazorati to'g'risidagi»gi Qonunlari asosida ishlab chiqilgan.

2. Ushbu sanitariya qoida va me'yorlarida quyidagi asosiy tushunchalar qo'llaniladi:

- OIV – odamning immunitet tanqisligi virusi;
- OIV kasalligi – odamning immunitet tanqisligi virusi oqibatida kelib chiqqan o'ta xavfli yuqumli kasallik;
- OIV kasalligini yuqtirganlar – odamning immunitet tanqisligi virusini yuqtirgan shaxslar;
- OITS – orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi. OIV kasalligining terminal (so'nggi) bosqichi;
- ixtiyoriy tekshiruv – odamlarning to'liq ma'lumot berish asosida o'z xohishi bilan ixtiyoriy tekshiruvi;
- anonim tekshiruv – odamlarni shaxsini tasdiqlovchi hujjat ko'rsatmasdan tekshiruvi;
- konfidensial tekshiruv – tekshiruv natijalarini faqat tekshiriluvchi shaxs va yordam ko'rsatayotgan tibbiy xodim biladigan tekshiruv;
- tekshirilishi shart bo'lgan tekshiruvlar – tekshiriluvchi shaxs to'liq ma'lumot asosida roziligi bilan o'zining keyingi faoliyatini

davom ettirish uchun shart bo'lgan tekshiruv (qon, a'zo, to'qima va biologik suyuqliklar donorlari):

– majburiy tekshiruv – to'liq ma'lumot asosida tekshiriluvchini tekshirish bo'yicha roziligi olingan yoki olinmaganligidan qat'i nazar, huquqni muhofaza qilish tashkiloti vakilining o'rnatilgan tartibda berilgan qaroriga binoan OIVga tekshiruv:

– to'liq ma'lumot asosida tekshiruv – tekshiriluvchi OIVga tekshiruv natijasida kelib chiqadigan barcha oqibatlar haqida testdan oldi maslahat berish jarayonida to'liq ma'lumot olgandan so'ng OIVga tekshiruv:

– maslahat berish (консультирование) – maslahat beruvchi va maslahat oluvchi o'rtasidagi konfidensial suhbat (dialog). Suhbatning maqsadi maslahat oluvchining o'ziga xos xulq-atvori bilan bog'liq vazifalarni, tekshiruv sabablarini va OIV kasalligini yuqish xavfilik darajasini muhokama qilishdir. Mazkur sanitariya qoida va me'yorlar OIVga tibbiy tekshiruvdan o'tkazish va OIV/OITSli bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilishning yagona tartibini belgilaydi.

3. OIVga tibbiy tekshiruvdan o'tkazish Davlat SPID xizmati tizimida faoliyat yurituvchi mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi.

4. OIV/OITS li bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilish va parvarishni davlat sog'liqni saqlash tizimida faoliyat yurituvchi mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi.

5. Aholini tibbiy ko'rikdan o'tkazish va bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish ixtiyoriy va konfidensial olib boriladi.

6. OIVga ixtiyoriy tekshirtirishni xohlagan shaxslarga testgacha va testdan keyingi malakali maslahat (konsultatsiya) beriladi.

7. OIV kasalligi immunoblot yoki boshqa o'ta sezgir usullar bilan tasdiqlangan bemorlarga konfidensial tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil qilish maqsadida raqamli shartli belgi-shifr beriladi.

8. OIV kasalligi Immunoblot usulida tasdiqlangan shaxslar haqida Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent sha-

har OITS markazlariga testdan keyingi maslahatni tashkil qilish va o'tkazish hamda profilaktik chora-tadbirlar ko'rish maqsadida «Xizmat yuzasidan foydalanish uchun» (XYuFU) grifi bilan xabarnoma yuboriladi.

9. Kasallik aniqlanganligi to'g'risidagi xabarnomani olgan tibbiy muassasalarning mansabdor shaxslari va tibbiy xodimlari tibbiy yordamni tashkil qilish va ko'rsatish vaqtida konfidensiallikni va bemorning shaxsini sir saqlashga majbur.

10. Bemorlarga tibbiy yordamni ko'rsatish va kasallikning oldini olish chora-tadbirlarini o'tkazish ixtiyoriylik asosida vrachlik sirini saqlagan holda, bemorning shaxsini sir saqlab, insonparvarlarcha munosabatda va huquqini poymol qilmasdan olib boriladi.

11. Diagnozi tasdiqlangan barcha bemorlarga testdan keyingi maslahat beriladi va ularni «Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishning (OIV kasalligining) oldini olish» to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi Qonuni bilan tanishtiriladi hamda bemordan kasallikni boshqa shaxslarga yuqtirib tarqatmasligi haqida ixtiyoriylik asosida rozilik olinadi.

12. OIVga IFA tekshiruvida musbat natija bergan shaxslar, OIV yuqtirib olgan shaxslar, bemorning jinsiy va parenteral sheriklari va Sog'liqni saqlash vazirligi belgilagan boshqa shaxslar umrining oxirigacha har qanday donorlikdan (qon, a'zo, to'qima, biologik suyuqlik va boshqalar) chetlashtiriladi.

13. IFA va Immunoblot hamda boshqa o'ta sezgir tekshiruv usullarining natijalari qandayligidan qat'i nazar, vrach siri hisoblanadi. Musbat natijali shaxslar to'g'risidagi ma'lumotni ish, o'qish va yashash joylariga hamda harbiy xizmat va qamoq jazosini o'tash joylariga berish qat'iy man etiladi.

14. Vazirliklar, idoralar, davlat va nodavlat tashkilotlar, tibbiy va boshqa muassasa rahbarlari va mutasaddi xodimlari OIV/OITS bilan kasallangan xizmatchilarning shaxsini oshkora qilinishi, ishdan bo'shatilishi va ularning huquqlarini poymol qilinishi qat'iy man etiladi.

15. O'zbekiston Respublikasi fuqarosi, xorijiy fuqarolar va fuqaroligi bo'lmagan shaxslar o'z xohishi bilan ixtiyoriy va erkin OIVga tekshiruvdan o'tishlari mumkin. Konfidensiallik va anonim (shaxsni sir saqlagan holda) o'tkazilishi kafolatlanadi.

16. OIVni yuqtirib olgan xorijiy fuqarolar aniqlanganda O'zbekiston Respublikasi Qonunida belgilangan tartibda chora ko'riladi.

OIVni yuqtirib olganligini aniqlash bo'yicha tibbiy tekshiruvdan o'tkazish tartibi

OIVga tibbiy tekshiruvning maqsadlari:

– qon quyish va transplantatsiyani (ko'chirib o'tkazishni) xavfsizligini ta'minlash;

– epidemiologik monitoring o'tkazish. OIV kasalligining tarqalganligini baholash. epidemiyani bashorat (prognoz) qilish uchun aholining ayrim guruhlari aniqlash va, birinchi navbatda, profilaktik dasturga (chora-tadbirga) muhtoj guruhlarni aniqlash;

– OIV kasalligi tashxisini (tashxisini) qo'yish.

Respublikada OIVga quyidagi tekshiruvlar o'tkaziladi:

A) Ixtiyoriy.

B) Tekshirilishi shart bo'lgan.

D) Majburiy.

A) Ixtiyoriy tekshiruvlar

Quyidagi guruh shaxslar va aholining boshqa guruhlari testdan oldingi maslahat olish va ixtiyoriy tibbiy tekshiruvdan o'tish huquqiga egadirlar va konfidensialligi kafolatlanadi.

1. OIVning yuqish xavfi yuqori bo'lgan shaxslar:

– giyohvand moddalarni qon tomiriga inyeksiya orqali iste'mol qiluvchi shaxslar:

– gomo va biseksualistlar;

– tartibsiz, tijorat maqsadida jinsiy aloqa qiluvchilar, pala-partish jinsiy aloqa qiluvchi shaxslar;

– tergov izolatorlariga, qabulxona-taqsimlash xonalariga tushganlar hamda turar joy, ish joyi noma'lum shaxslar;

– jinsiy aloqa yoʻli bilan yuqadigan kasalliklar bilan kasallanganlar.

2. Klinik koʻrsatmalari boʻyicha:

– tana harorati bir oydan ortiq meʼyorida (normadan) koʻtarilib turgan bemorlar:

– bir oydan ortiq davom etadigan diareyalı bemorlar:

– sababsiz tana vaznining 10 va undan ortiq foizini yoʻqotgan shaxslar:

– uch oydan ortiq davom etadigan limfadenopatiyalı bemorlar:

– surunkali va qaytalanuvchi zotiljam yoki davolanganda natijasiz boʻlgan zotiljamli bemorlar;

– reproduktiv tizimining surunkali yalligʻlanish kasalliklariga uchragan ayollar (shu jumladan, homilador ayollar):

– ogʻiz boʻshligʻining virusli va zamburugʻli kasalliklariga uchragan ayollar (shu jumladan, homilador ayollar);

– immun tizimi buzilgan shaxslar (T-xelperlarning kamayib ketishi);

– tashxisi toʻliq aniqlanmagan OIV/OITS belgilariga oʻxshash kasalliklar:

– qon, toʻqima, aʼzo va shaxvat retsipientlari.

3. OITS indikator kasalliklar:

– kekirdak, bronx va oʻpka kandidozi:

– qiziloʻngach kandidozi;

– bachadon boʻyni invaziv saratoni:

– koksidiomikoz (oʻpkadan tashqari yoki tarqoq):

– oʻpkadan tashqari kriptokokkoz (yevropacha blastomikoz):

– surunkali ichak kriptosporidiozi (1 oydan koʻp);

– SMV infeksiya (jigar, taloq, limfa tugunlardan tashqari):

– sitolomegalovirusli retinit (koʻrish qobiliyatini yoʻqotish bilan):

– OIV chaqirgan ensefalopatiya:

– oddiy herpes (uchuq), surunkali yaralar 1 oy davomida, ezofagit, bronxit, zotiljam;

- gistoplazmoz o'pkadan tashqari yoki tarqoq;
- surunkali ichak izosporiozi (1 oydan ko'p);
- Kaposhi sarkomasi;
- immunoblast sarkoma;
- Berkitt limfomasi;
- miya limfomasi (birlamchi);
- 14 yoshgacha bolalarda interstitsial limfoid zotiljam yoki o'pka limfoidli giperplaziyasi;
- o'pkadan tashqari, tarqoq m. Avium m. Kansassi chaqirgan mikobakteriozlar.
- o'pka sili;
- o'pkadan tashqari sil:
- pnevmosistalar tomonidan chaqirilgan zotiljam;
- qaytalanuvchi zotiljam (bir- yilda 2 va undan ko'p marta);
- kuchayib boruvchi. ko'p o'chog'li leykoensefalopatiya;
- miya toksoplazmozi;
- OIV ta'siridagi ozish (kaxeksiya).

4. Epidemiologik ko'rsatmalar bo'yicha tekshiriladi:

– OIVni yuqtirib olgan shaxs bilan birga davolash-profilaktika muassasasida bir vaqtda davolanib muolaja olgan shaxslar. agar shu davolash-profilaktika muassasasida sanitariya-gigiyenik, dezinfekcion va sterilizatsion rejim buzilgan bo'lsa;

– OIVni yuqtirib olgan onadan tug'ilgan bola 18 oyga to'lganda. Bolalar-klinik ko'rsatma bilan yoshidan qat'i nazar tekshirilishi lozim;

– nikohlanuvchi shaxslar.

B) Tekshirilishi shart bo'lgan tekshiruvlar:

OIVni yuqtirib olganligini aniqlash bo'yicha tibbiy tekshiruvdan o'tkazilishi shart bo'lganlar:

– qon, qon preparatlari, a'zo, to'qima, shaxvat va boshqa biologik suyuqliklar beruvchi donorlar-har donor materiali olinganida;

– OIV kasalligini yuqtirgan va OITS bilan kasallangan shaxslar bilan jinsiy aloqada bo'lgan shaxslar.

D) Majburiy tekshiruv:

– huquqni muhofaza qiluvchi tashkilot vakilining oʻrnatilgan tartibda berilgan qaroriga binoan tekshiriluvchining roziligisiz OIVga majburiy tekshiruv.

OIVga laboratoriyada tekshirish maqsadida (IFA ga) tekshiriluvchi shaxsning bilak vena qon tomiridan bir marta ishlatiladigan shpris va igna bilan 5 ml dan kam boʻlmagan miqdorda qon olinadi. Olingan qon muzlatkichda -4 selsiyda 24 soatgacha, qon zardobi esa 5 kungacha saqlanishi mumkin.

Qon yoki ajratib olingan zardob tibbiy xodimlar tomonidan amaldagi rejim qoidalariga rioya qilgan holda tibbiy xizmat transportida keltirib laboratoriyaga topshiriladi. Laboratoriya tekshiruviga yuboriladigan zardob 1,5 ml dan kam boʻlmasligi kerak.

OIV/OITS bilan kasallangan bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilish tartibi

1. Hududiy poliklinika yuqumli kasalliklar kabinetining vrach infeksionisti va DSENMning epidemiologi OIVga musbat natijali shaxslar haqida xabarnoma olgandan soʻng unga testdan keyingi maslahat berishni tashkil qiladi va dispanser nazoratiga oladi.

2. OIV bilan zararlangan va OITS kasalligiga chalingan bemorlar barcha aholi kabi Davlat davolash-profilaktika muassasalarida rejali, shoshilinch yoki ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamning hamma turlaridan foydalanish huquqiga egadirlar. Davolanishning barcha turlariga ketgan xarajat davlat byudjeti hisobidan amalga oshiriladi.

3. OIV kasalligi bilan kasallangan bemorlarni nogironlikka chiqarish Aholini ijtimoiy himoya qilish va mehnat vazirligi hamda Sogʻliqni saqlash vazirligi bilan birgalikda ishlab chiqilgan va tasdiqlangan nogironlikga chiqarish tibbiy mezonlari (kriteriy) qoidalariga rioya qilgan holda amalga oshiriladi.

4. OIV yuqtirgan bemorni nogironlikka chiqarish uchun zarur bo'lgan tibbiy hujjatlarni yuqumli kasalliklar kabinetining vrachi tayyorlaydi va SPID markazi mutaxassislarining roziligi bilan hududiy tumanlararo, shahar yoki viloyat VMEK (VTEK) mutaxassislariga komission va konfidensial ko'rib chiqish uchun yuboriladi.

OIV kasalligiga tibbiy tekshiruv natijalari haqida sertifikat berish tartibi

1. Chet elga ketayotgan O'zbekiston fuqarolariga, xorijiy fuqarolarga, fuqaroligi bo'lmagan shaxslarga OIV kasalligiga tekshiruv natijasi haqida sertifikat beriladi.

2. OIVga tekshiruv natijasi to'g'risidagi sertifikat berish huquqi faqat O'zbekiston Respublikasi SSV Respublika OITS markazlariga, viloyatlar va Toshkent shahar OITS markazlariga beriladi, chunki bu muassasalarda OIV bilan kasallanganlar to'g'risida asosiy ma'lumotlar va IFA uchun test-sistemaning 4-avlodi va immunoblot uchun test sistema mavjud. Boshqa tibbiy muassasalar tomonidan berilgan sertifikat yaroqli emas.

3. OIVga tekshirilganligi haqidagi sertifikat O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasdiqlagan maxsus shaklda beriladi. Sertifikat davlat tilida va xalqaro (ingliz) tilida to'ldirilib, sertifikat berayotgan tashkilot rahbarining imzosi va tashkilot muxri bosiladi. Sertifikat 3 oy mobaynida yaroqli hisoblanadi. Shu muddat ichida sertifikat yo'qotilgan bo'lsa sertifikat egasining murojaatiga binoan qaytadan OIVga tekshirmay dublikat beriladi.

4. Barcha chet elga ketayotganlarga va ushbu sanitariya qoida va me'yorlarida ko'zda tutilmagan shaxslarga sertifikat berish pullik hisoblanadi. Sertifikatning narxi me'yoriy hujjatlar asosida belgilanadi va tasdiqlanadi. Preyskurant asosidagi to'liq pul miqdori OITS markazi hisob raqamiga o'tkazilgandan yoki naqd pul to'langanidan so'ng sertifikat beriladi.

OIVga tibbiy tekshiruvdan o'tkazish faqat O'zbekiston Respublikasi Bosh Davlat sanitariya vrachi tasdiqlagan qoida va me'yorlarga binoan amalga oshiriladi.

Ushbu qoida va me'yorlardan boshqa OIVga tekshirish to'g'risida chiqarilgan normativ hujjatlarni ijro etish asossiz hisoblanadi.

«O‘zbekiston Respublikasida donorlar qoni va uning tarkibiy qismlari xavfsizligini ta’minlash to‘g‘risida»gi Respublika Bosh Davlat Sanitariya vrachining 2004- yil 22- dekabrda 42-sonli Qarorida ko‘chirma

Men, O‘zbekiston Respublikasi Bosh Davlat sanitariya vrachi B. I. Niyazmatov, Respublikada qon donorlari orasida OIV/OITS, virusli hepatitlarning B, C, va D turlari bilan zararlanish holatlari aniqlanayotganligi haqida Respublika Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati va OITS Markazlari tomonidan taqdim etilgan hujjatlarni, shuningdek, «Quyilayotgan qonning xavfsizligini baholash» bo‘yicha SDS ma’lumotlarni o‘rganib chiqib Respublikada OIV/OITS bo‘yicha epidemik vaziyatning murakkabligi saqlanib kelayotganligini aniqladim.

OIV/OITS bilan zararlangan bemorlarni soni yildan yilga ortib bormoqda. Agar 2001- yilda OIV/OITS 549 holda ro‘yxatga olingan bo‘lsa, 2002- yilda ularning soni 981 ta, 2003- yilda 1836 ta, 2004- yilda esa 2028 tagacha ko‘paydi.

Hozirgi kunda OIV hamda virusli hepatitlarni B, C va D turlari bilan zararlanish holatlari, nafaqat inyeksion giyohvandlar, tijorat maqsadida jinsiy aloqa qiluvchilar, jinsiy aloqa orqali infeksiyalar bilan kasallangan bemorlar, jazoni o‘tash muassasalaridagi shaxslarda, balki qon donorlari orasida ham ro‘yxatga olinmoqda.

Qator holatlarda, donorlar qoni va uning tarkibiy qismlari spirtli ichimliklarni suist`emol qiluvchilar, doimiy ish joyi bo‘lmagan, inyeksion giyohvandlar kabi donor bo‘lishi ta’qiqlangan toifadagi odamlardan olingan qondan tayyorlanayotganligi, bu borada hushyorlikni yanada oshirishni taqozo etmoqda.

OIVga IFA musbat bo‘lgan donorlar soni yil sayin ko‘paymoqda, ular orasida Immunoblot usulida tasdiqlangan OIV/OITS bilan og‘rigan bemorlar soni ham ortib bormoqda.

Respublikada mavjud vaziyatni barqarorlashtirishga qaratilgan qator tashkiliy va amaliy tadbirlar amalga oshirilmoqda. Bosqichma-bosqich epidemiologik nazoratning ikkinchi avlodi tatbiq etilmoqda. Ikkita pilot hududda (Toshkent shahri va Toshkent viloyati) xavfli xulq atvoriga ega bo'lgan aholi guruhi orasida dozorli epidemiologik nazorat joriy etildi, yana uchta viloyatda bu borada tayyorgarlik ishlari yakuniga yetkazilmoqda.

OIV/OITS bo'yicha vaziyatni barqarorlashtirishga qaratilgan barcha tadbirlar tegishli vazirliklar, idoralar, nodavlat hamda xalqaro tashkilotlar ishtirokida o'tkazilmoqda. Biroq, shunga qaramasdan respublikada OIV infeksiyasi holati aholining turli guruhlari ichida, shu jumladan, qon donorlari orasida ham ro'yxatga olinmoqda. Yuqorida qayd etilganlarni inobatga olib, respublikada donor qoni va uning tarkibiy qismlari orqali o'tadigan infeksiyalar masalasida transfuzion xavfsizlikni ta'minlash maqsadida

Taklif qilaman:

Qoraqalpog'iston Respublikasi Vazirlar kengashi, viloyatlar va Toshkent shahar hokimliklari, tegishli vazirliklar va idoralarga:

– Respublika epidemiyaga qarshi kurash favqulotda komissiyasining (EQKFK) 2003- yil 26- maydagi 3- sonli bayoni bilan ma'qullangan «2003–2006- yillarda O'zbekiston Respublikasida OIV/OITS epidemiyasi tarqalishiga qarshi kurashishning Strategik dasturi»ning bajarilishini ta'minlansin;

– Dasturning ijrosini ta'minlash maqsadida Qoraqalpog'iston Respublikasi Vazirlar Kengashi, viloyat va Toshkent shahar hokimliklarning EQKFKlari qoshidagi «OIV/OITS bo'yicha kichik komissiya»lar faoliyati kuchaytirilsin.

Qaror qilaman:

1. Qoraqalpog'iston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri, Toshkent shahar sog'liqni saqlash bosh boshqarmasi va

viloyatlar sog'liqni saqlash bosh boshqarmalari boshliqlari, Respublika ixtisoslashtirilgan Markazlar va klinikalarning rahbarlariga:

1. 1. Har bir qon topshirishdan oldin, donorni chuqur tibbiy vrachlik tekshiruvidan o'tkazish qoidasiga qat'iy amal qilinsin, doimiy yashash joyi qayd etilgan pasporti bo'lgan taqdirdagina ulardan qon olinsin.

1. 2. Qon quyish stansiyasi, bo'limlar davolash-profilaktika muassasalarida qon va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va qo'llashda sanitariya-gigiyena talablari va epidemiyaga qarshi qoidalariga qattiq rioya etilishi ta'minlansin.

1. 3. Qon va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va ishlab chiqarish bilan shug'ullanuvchi har bir tashkilotning farqlovchi o'z belgisi bo'lsin.

1. 4. Test tekshiruvdan o'tkazishda mahfiylikka (konfidensiallikka) rioya qilgan holda doimo testdan oldingi va testdan keyingi maslahat berish ta'minlansin.

1. 5. Sog'liqni saqlash vazirligining 1998- yil 8- iyundagi 281-sonli va 1999- yil 3- fevraldagi 55- sonli buyruqlariga muvofiq bemorga, uning ahvoli qanday bo'lishidan qat'i nazar, OIV, virusli hepatitlarning B, C, D turlari markerlariga va jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklarga tekshirilmagan qon va uning tarkibiy qismlarini to'g'ridan to'g'ri quyish ta'qiqlansin, tarkibiy qismlarga bo'linmagan qon quyilishi cheklansin va komponentli gemoterapiya rivojlantirilsin.

1. 6. Barcha davolash-profilaktika muassasalarida OIV, virusli hepatitlarning B, C, D turlari markerlariga va jinsiy aloqa orqali yuquvchi kasalliklarga tekshirilmagan qon va uning tarkibiy qismlarini va to'g'ridan to'g'ri quyish ta'qiqlanganligi to'g'risidagi qoidaga rioya qilinishi ustidan qattiq nazorat o'rnatilsin.

1. 7. Hayotiy zaruriyat tug'ilganda bemorga qon yoki uning tarkibiy qismlarini quyish faqat qon quyishni hal etuvchi hay'atning qarori asosida amalga oshirilsin. Tungi vaqtlarda esa, bu vazifa javobgar navbatchi vrach zimmasiga yuklatilsin.

I. 8. Barcha davolash-profilaktika muassasalarida qon va uning tarkibiy qismlari hamda qon o'rnini bosuvchi preparatlarni quyish amalda tasdiqlangan yo'riqnomaga muvofiq tashkil etilib, o'rnatilgan tartibda rasmiylashtirilsin.

I. 9. Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar qon quyish stansiyalarida 2005- yil davomida, qonda OIV, virusli hepatitlarning B, C, D turlari markyorlarini, jinsiy aloqa orqali o'tadigan yuqumli kasalliklar qo'zg'atuvchilarini aniqlaydigan laboratoriyalar tashkil etilsin.

I. 10. Qon va uning tarkibiy qismlarini OIV, virusli hepatitlarning markerlariga tekshirishda test-sistemalarning IV-avlodidan, OIV, virusli hepatitlarning B, C, D turlari hamda jinsiy aloqa orqali yuqadigan infeksiyalarning antigen va antitelolarini bir vaqtda aniqlaydigan apparatlardan foydalanish ta'minlansin.

I. 11. Bemor yoki uning qarindoshlari venasidan qon olish va uni boshqa dori vositalari bilan birga mushak ichiga yuborish amaliyoti ta'qiqlansin.

I. 12. Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar qon quyish stansiyalarida, shoshilinch holatlarda ishlatish uchun OIV, virusli hepatitlarning B, C, D turlari hamda jinsiy aloqa orqali yuqadigan infeksiyalarga tekshirilgan donorlar qoni va uning tarkibiy qismlari zaxirasi tashkil etilsin.

I. 13. Qon quyish xizmati faoliyatini muvofiqlashtirish maqsadida viloyat Sog'liqni saqlash boshqarmalari qoshida viloyat Sog'liqni saqlash boshqarmasi boshlig'ining birinchi o'rinbosari, DSENM bosh vrachi, SPID markazi va qon quyish stansiyalari direktorlari, viloyatning laboratoriya xizmati bo'yicha bosh mutaxassisi, donorlar qoni va tarkibiy qismlarini tayyorlash, ishlab chiqarish va ishlatishda xavfsizlikni nazorat qilish bo'yicha epidemiologdan tarkib topgan ishchi guruh tashkil etilsin.

I. 14. 2005- yil davomida Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar qon quyish stansiyalari qoshida elektron ma'lumotlar bazasini shakllantirish maqsadida yagona donorlik markazlari tashkil etilsin.

1. 15. 2005- yil davomida qonni va uning tarkibiy qismlarini (bolalar kasalxonalarida kichik qadoqlarda ishlatilishini hisobga olgan holda, bir marta ishlatiladigan plastik idishlarga qadoqlash bosqichma-bosqich yo'lga qo'yilsin.

1. 16. Xavfsiz donor qoni va uning tarkibiy qismlari bilan ta'minlash holati har yili hay'at yig'ilishlarida muhokama qilinsin. Donorlar qoni va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va ishlatishda xavfsizlik qoidalariga rioya qilinishini ta'minlamagan davolash-profilaktika muassasalarining rahbarlariga hamda javobgar mutaxassislariga nisbatan qonunda belgilangan tegishli choralar ko'rilsin.

2. Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar Bosh Davlat sanitariya vrachlari va OITS markazlari bosh vrachlariga:

2. 1. Bir oy ichida, keyinchalik, har chorakda barcha qon quyish stansiyalari, bo'limlari va davolash-profilaktika muassasalarida donorlar qoni va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va ulardan foydalanish holati tekshirilsin.

2. 2. Qon quyish stansiyalari (bo'limlari) va davolash-profilaktika muassasalarida sanitariya-gigiyena talablarini, epidemiyaga qarshi va dezinfeksiya-sterilizatsiya qoidalarini buzgan, OIV, virusli gepatitlarning B, C, D turlari, jinsiy aloqa orqali yuqadigan infeksiyalarni qon va uning tarkibiy qismlari orqali kasalxona ichi sharoitida tarqalishiga yo'l qo'ygan davolash-profilaktika muassasalarining rahbarlariga hamda javobgar mutaxassislariga nisbatan qonunda belgilangan ma'muriy, hatto ishini tergov organlariga topshirishgacha bo'lgan choralar ko'rilsin.

2. 3. Donorlar qoni va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va undan foydalanishda xavfsizlikni ta'minlash ustidan qat'iy nazorat o'rnatilsin.

2. 4. 2005- yilning 1- fevraligacha ichki imkoniyatlardan kelib chiqqan holda, lavozimlarni idoraviy almashtirishdan foydalanib, Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar

DSENM larining (moliya organlarida ro'yxatdan o'tuvchi) shtat javdaliga kiritmagan holda muassasaning ish xaqi fondi doirasida donorlar qoni va tarkibiy qismlarini tayyorlash, ishlab chiqarish va ishlatishda xavfsizlikni nazorat qilish bo'yicha O'XYuK bo'limiga epidemiolog lavozimi kiritilsin.

3. Gematologiya va qon quyish ITI va Respublika OITS markazi direktorlari, Respublika DSENM bosh vrachlariga:

3. 1. Davolash-profilaktika muassasalarida xalqaro standartlarni hisobga olgan holda, donor qoni va uning tarkibiy qismlaridan foydalanish va uning xavfsizligi bo'yicha tashkiliy-uslubiy rahbarlik ta'minlansin.

3. 2. Donorlikdan chetlatish natijalarini tahlil etib, yagona skri-ning algoritmi ishlab chiqilsin va joriy qilinsin.

4. Gematologiya va qon quyish ITI direktoriga:

4. 1. Ikki oy muddat ichida Qoraqalpog'iston Respublikasi, viloyatlar va Toshkent shahar qon quyish stansiyalari qoshida tashkil etiladigan yagona donorlik markazining tartibi va Nizomi ishlab chiqilsin hamda joylarga yetkazilsin.

4. 2. Ikki oy muddat ichida hamma qon quyish stansiyalari va bo'limlari uchun OIV, virusli hepatitlarning B, C, D turlari va jinsiy aloqa orqali yuqadigan kasalliklarga tekshirish natijalarini qayd qilish uchun yagona yorliq (etiketka) ishlab chiqilsin.

4. 3. Qon va uning tarkibiy qismlari bilan ta'minlaydigan tun-ukun xizmat ko'rsatadigan qon quyish stansiyalarining dislokatsiya-si tuzilsin va ularning manzili, ish tartibi ommaviy axborot vositalari orqali e'lon qilib borilsin.

4. 4. Ikki oy muhlat ichida qon va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va ulardan foydalanish bo'yicha hisobga olish va hisobot shakllari hamda yo'riqnoma ishlab chiqilsin va o'rnatilgan tartibda tasdiqlansin.

4. 5. Respublika donor qoni va uning tarkibiy qismini karantinda (kamida 3 oy saqlash, keyin donorni qayta tekshirish bilan) saqlash usulini tatbiq etish bo'yicha taklif kiritilsin.

5. Dori vositalari va tibbiyot texnikasining sifatini nazorat qilish bosh boshqarmasiga:

– OIV va qon orqali yuquvchi boshqa yuqumli kasalliklar qo'zgatuvchilari antigenlari va antitelalarni aniqlaydigan sifatli va sezuvchanligi yuqori bo'lgan test-sistemalarni ishlab chiqish, qon va uning tarkibiy qismlarini tayyorlash va sotish huquqini beruvchi litsenziya berish ustidan nazorat kuchaytirilsin.

6. «Nihol» zavodi va «Radiopreparat» DK direktorlariga:

– respublikadagi qon quyish stansiyalari va bo'limlarining diagnostik laboratoriyalarini xalqaro standartlarga javob beradigan test sistemalarini ishlab chiqarish va ular bilan ta'minlash choralari ko'rilsin.

7. Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati Departamenti boshlig'i, respublika DSENM Bosh vrachi, Respublika OITS markazi direktoriga:

– 2005- yilning 1-choragi oxirigacha «Donorlar qoni va uning tarkibiy qismlari xavfsizligini ta'minlash to'g'risida sanitariya qoidalari va me'yorlari» loyihasi ishlab chiqilsin.

8. Salomatlik instituti direktoriga:

– respublikada autodonorlik va badalsiz donorlikni ko'paytirish bo'yicha aholi o'rtasida targ'ibot ishlari kuchaytirilsin.

9. O'zbekiston Respublikasi Ichki ishlar vazirligi, Bojxona qo'mitasi, «O'zbekiston havo yo'llari» Milliy aviakompaniyasi, «O'zbekiston Respublikasi temir yo'llari» Aksionerlik kompaniyasiga:

– 3 oy muhlat ichida chet el va Xamdo'stlik mamlakatlaridan qonning tarkibiy qismlarini norasmiy olib kelinishini aniqlash va ta'qiqlash bo'yicha chora-tadbirlar ishlab chiqilsin.

Ushbu Qaror olingandan so'ng 10 kun muddat ichida O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasiga shikoyat qilish mumkin. shikoyat Qarorning ijrosini to'xtata olmaydi. Qaror O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining Farmoyishiga muvofiq bekor qilinishi mumkin.

Qarorning ijrosi haqida har yili 5- iyul va 5- yanvarga Sog'liqni saqlash vazirligining Davlat sanitariya-epidemiologiya nazorati Departamentiga ma'lumot berib borilsin.

Ushbu Qarorning ijrosini nazorat qilish O'zbekiston Respublikasi Bosh Davlat sanitariya vrachining o'rinbosarlari S. S. Saydaliyev va S. B. Shoumarovlar zimmasiga yuklatilsin.

«O‘zbekiston Respublikasida 2007–2011- yillarda OIV infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashishning Strategik dasturi»

Dasturning maqsadi: konsentrlangan bosqichdagi OIV epidemiyasini profilaktika, diagnostika, davolanish, parvarish qilish, qo‘llab quvvatlash yordamida, jumladan, ruhiy ijtimoiy va huquqiy himoyadan foydalanishni ta‘minlash orqali barqarorlashtirish.

1. O‘zbekiston Respublikasining OIV infeksiyasini tarqalishiga qarshi qarori bo‘yicha davlat siyosatini takomillashtirishga oid strategiya

Maqsad: respublika va mahalliy darajada OIV infeksiyasiga qarshi samarali va majmuaviy ko‘p tarmoqli chora-tadbirlarni amalga oshirish uchun zarur ijtimoiy-huquqiy shart-sharoit yaratish.

Vazifalar:

– OIV infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurash bo‘yicha chora-tadbirlarni davlat tomonidan muvofiqlashtirish, boshqarish va moliyalash tizimini kuchaytirish;

– OIV infeksiyasi tarqalishini cheklash nuqtayi nazaridan me‘yoriy-huquqiy bazani qo‘llash va huquqiy amaliyotlarni takomillashtirish;

– OIV infeksiyasiga qarshi kurash bo‘yicha monitoring va ularni baholashning yagona majmuaviy tizimini tashkil etish hamda faoliyatini ta‘minlash.

1. 1. Profilaktika sohasidagi strategiyalar

Mamlakat o‘z oldiga OIV infeksiyasi tarqalishi suratlarini pasaytirish maqsadida, profilaktika borasida epidemiyani barqarorlashtirishga o‘z hissasini qo‘shuvchi natijalar beradigan quyidagi vazifalarni belgilaydi:

A) OIV ekspozitsiyasi xavfi yuqori bo‘lgan aholi guruhlari orasida preventiv xulq-atvorga ega bo‘lganlar hissasini oshirish: Preventiv xulq-atvorga ega bo‘lgan IOGMK, ya‘ni sterillanmagan shprislar, igna, inyeksiya eritmalarini qo‘llamaydigan va har doim

jinsiy aloqa vaqtida prezervativlardan foydalanadiganlar hissasini oshirish:

– muntazam ravishda doimiy bo'lmagan va tijoriy juftlar bilan jinsiy aloqa qilish davomida prezervativlardan foydalanuvchi SXXning xisassini oshirish (rejalashtirilgan yakuniy maqsadga erishishga olib keladi):

– doimiy bo'lmagan juftlar bilan jinsiy aloqa qilish davomida muntazam ravishda prezervativdan foydalaniladigan ESAQE hissasini oshirish (rejlashatirilgan yakuniy natija 2011- yilgacha 60 % kam bo'lmagan holda maqsadga erishishga olib keladi):

B) Preventiv xulq-atvoriga ega bo'lgan yoshlar hissasini oshirish:

– jinsiy aloqa davomida jinsiy sherigi prezervativlardan foydalanuvchi yoshlarning hissasini oshirish (yakuniy natija 90 %) respondentlar so'raluvchilar 15–24 yoshlardagilar.

D) Jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan kasalliklarni samarali davolashni oshirish orqali aholining OIV infeksiyasi bilan jinsiy aloqa natijasida kasallanish moyilligini kamaytirish. bu esa 2010- yilga borib so'rov qilingan 15–24 yoshdagilarning 95 % dan kam bo'lmagan miqdori Sog'liqni saqlash tizimidagi muassasalarga JAYBYuK bilan murojaat qilib tashxis qo'yish, davolanish va maslahat olish borasidagi barcha xizmatlardan foydalanish kerak.

Yuqorida qayd etilgan natijalarga erishish uchun quyidagi chora-tadbirlarni amalga oshirish orqali profilaktika xizmatlaridan yalpi foydalanish strategiyasini hayotga tatbiq etadi.

2. 1. OIV ekpozitsiyasi (yuqishi) yuqori bo'lgan aholi guruhlari o'rtasida profilaktik aralashuvlarning amalga oshirishi

Mazkur yo'nalishdagi harakatlar:

– IOGMIQ, SXX, ESAQE bilan ko'chadagi profilaktika ishlarini amalga oshirilishida Ishonch xonalari va Do'stona xonalari faoliyatini qo'llab-quvvatlash. Yuqish xavfi yuqori bo'lgan aholi guruhlari uchun muqobil dasturlarni rivojlantirish yo'li bilan giyohvand moddalarga bo'lgan talabni pasaytirish maqsadida nohu-

kumat tashkilotlar va boshqa hamkorlar bilan o'zaro munosabatni davom ettirish:

– IOGMIQ, SXX, ESAQE, mahbuslar uchun profilaktik dasturlarining me'yorlari va standartlarini ishlab chiqish va tasdiqlash. bu borada har bir iste'molchi ehtiyojlaridan kelib chiqqan holda har bir muayyan hudud bo'yicha Ishonch xonalari va JAYBYuKni davolashda Do'stona xonalarida profilaktika anjomlari (shprislar, ignalar, zararsizlantiruvchi vositalar, prezervativlar) va xizmatlar (o'quv dasturlari, maslahat berish, axborot-ta'lim materiallari) soniga nisbatan hisobga olish zarur: Ishonch xonalarini IOGMIK va maqsadli guruhlar foydalanish uchun maqbul joylarda joylashtirish hamda haftaning barcha kunlarida, qulay soatlarda faoliyat yuritishini tartibga solish;

– ixtiyoriy ravishda maslahat olish va testdan o'tish tartibini ko'rib chiqish, ya'ni bu jarayonda mijoz o'zi uchun maksimal foyda olishi va shu bilan birga maksimal darajada mijozga ruhiy jarohat yetkazilishini kamaytirish;

– OIB mavjudligini ixtiyoriy tekshiruvning zarur sharti bo'lgan testgacha maslahatni berishni ta'minlash hamda tibbiy xodimlar va boshqa hamkorlar sa'y-harakati bilan testdan keyingi konsultatsiyaning, albatta, o'tkazish va faqat OITS markazlaridan tekshiruv natijalarini berilishini amalga oshirish:

– ishonch xonalarining boshqa tibbiy xizmatlari bilan o'zaro aloqalarini kuchaytirish, bu borada ularda ixtisoslashtirilgan yordam ko'rsatilishi uchun giyohvandlarni tanlash maqsadida muntazam ravishda mutaxassis qabullarini tashkil qilish;

– OIV yuqish xavfi yuqori bo'lgan aholi guruhlari uchun xizmatlar turi va foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish (o'rnini bosuvchi terapiya, shprislarini almashtirish, IOGMIK davolash, rehabilitatsiya qilish);

– foydalanilgan shprislarini yig'ish va utilizatsiya qilish ustidan sanitariya epidemiologik nazoratni o'rnatish, biologik jihatdan xavfli materiallarni atrof-muhitga tarqatish hamda inyeksiya vositalari-

ni maqsadsiz ravishda tarqalish ehtimolini kamaytirish orqali IOG-MIK o'rtasida OIV yuqishi profilaktikasi bo'yicha aralashuvlarni tartibga solish;

– OIV yuqish xavfi yuqori bo'lgan aholi guruhlariga profilaktika xizmatlari ko'rsatuvchi shaxslarni uzluksiz ravishda o'qitilishini ta'minlash. OIV infeksiyasi profilaktikasi bo'yicha ijtimoiy xodimlarni O'zbekiston Respublikasidagi kasb egalari ro'yxatiga kiritish. malakali o'qitish doirasida kasbiy imtixon topshirish masalani ko'rib chiqish;

– 100 % kontingentni qamrab olgan holda mahbuslar uchun, jumladan, vaqtinchalik saqlash izolatorlari va jazoni o'tash muassasalaridagi kishilarga profilaktik xizmatlar turi va foydalanish imkoniyatlarini kengaytirish, ularga axborot-ta'lim materiallarini yetkazish hamda «tengga teng» tamoyili bo'yicha o'qitish masalasini ko'rib chiqish.

2. 2. Yoshlar o'rtasida OIV infeksiyasi va JAYBYuKni oldini olish bo'yicha dasturlarni kengaytirish va takomillashtirish. Yoshlarni hayotiy ko'nikmalarini shakllantirish asosida o'qitish

Mazkur yo'nalishdagi harakatlar:

1. Barcha pedagogik yo'nalishdagi mutaxassislarni o'qitish va diplomdan so'ng OIV infeksiyasi bo'yicha maxsus mavzu bo'limlarni kiritgan holda sog'lom turmush tarziga oid bilim va ko'nikmalarni shakllantirishga asoslangan o'qitish dasturlarini ishlab chiqish.

2. Boshqa sohalarga oid idoralar mutaxassislarini o'qitish va diplomdan so'ng tayyorlash dasturlarini ushbu ta'lim muassasalari xususiyatlarini hisobga olgan holda ishlab chiqish (masalan, mudofaa idoralari tinglovchilari uchun ish joyida qonunchilik va himoya masalalarini kiritish, ijtimoiy soha mutaxassislari uchun parvarishlash va qo'llab-quvvatlash masalalari va hokazo);

3. Umumta'lim maktablari, oliy va o'rta maxsus o'quv muassasalari o'quv dasturlariga OIV infeksiyasi –JAYBYuK va sog'lom

turmush tarzini shakllantirish masalalari bo'yicha majburiy o'qitish soatlarini joriy etish.

4. Turli o'qituvchi va o'quvchilar guruhlar uchun ta'lim standartlari, o'quv va uslubiy qo'llanmalar ishlab chiqish.

5. OIV infeksiyasi va sog'lom turmush tarzi masalalariga oid xabardorlikni oshirish maqsadida, maktab o'quvchilari uchun tasdiqlangan o'quv dasturlarini qayta ko'rib chiqish.

6. Barcha maktab, kollej va litsey o'qituvchilar tarkibini OIV infeksiyasi, JAYBYuK va giyohvandlik masalalari bo'yicha tayyorlashni ta'minlash.

7. Ta'lim dasturlarini amalga oshirishda mahalla, ota-onalar, diniy idora vakillari, fuqarolik sektori tashkilotlari bilan o'zaro yaqin aloqalarni ta'minlash.

8. OIV infeksiyasi mavzusi bo'yicha sinfdan tashqari tadbirlarni hamda teng ravishda o'qitish dasturlarini rivojlantirishga ko'maklashish.

9. Ixtisoslashtirilgan bolalar muassasalarida (muruvvat uylari, internatlar va h. k.) tarbiyalanayotgan bolalarni o'qitishga qamrab olish choralarini ko'rish.

10. Maqsadli guruhlar ehtiyojlaridan kelib chiqib, axborot materiallarini nashr etilishini takomillashtirish.

11. Maslahat berish, psixologik yordam ko'rsatish. Sog'liqni saqlashning birlamchi darajasida hamda ixtisoslashtirilgan tibbiy muassasalar (teri-tanosil kasallik dispanserlari, narkologik dispanserlar) negizida JAYBYuKni davolash borasida yoshlarga do'stona xizmat ko'rsatishni joriy etishni qo'llab-quvvatlash.

12. Klublar faoliyatida, shuningdek, nodavlat tashkilotlar sa'y-harakati bilan «tengga teng» tamoyili asosida maktabdan tashqari ta'lim doirasida OIV infeksiyasi masalalariga o'qitishni ta'minlash.

13. Harbiy o'quv muassasalari hamda huquqni muhofaza qiluvchi organlar tinglovchilari va xodimlari uchun axborot dasturlarini ishlab chiqish.

14. OIV infeksiyasini profilaktika qilish sohasida aholi o'rtasida ijtimoiy marketing dasturlarini amalga oshirish.

2. 3. Axborot-kommunikatsiya tadbirlarini amalga oshirish:

– OIV infeksiyasi masalalari bo'yicha axborot-resurs markazini tashkil qilish;

– OIV/OITS masalalarini ommaviy axborot vositalarida keng yoritish maqsadida jurnalistlar uchun doimiy ravishda treninglar o'tkazilishini ta'minlash:

– bu borada olib borayotgan ishlar uchun milliy va mahalliy darajadagi jurnalistlarni yillik mukofotlar bilan rag'batlantirish maqsadida mablag' topish va ta'sis etish:

– axborot-o'quv materiallarini ko'p nusxada nashr qilish va ularni nodavlat tashkilotlari vakillari ishtirokida tarqatilishini ta'minlash;

– OIV infeksiyasi muammosini muntazam ravishda yoritish uchun efir vaqti va gazeta sahifalarini ajratish to'g'risidagi masalani ko'rib chiqish;

– har yili 1- dekabr OITSGa qarshi kurash kuni bo'yicha umum-milliy va mahalliy darajada jamoatchilik tadbirlariga giyohvandlik, sil kasalliklariga qarshi kurash masalalarini ham qo'shib birgalikda o'tkazish;

– O'zbekiston Respublikasidagi OIV infeksiyasiga oid vaziyat to'g'risida manfaatdor tashkilotlarni yil yakunlari bo'yicha xabar-dor qilish;

– amalga oshirilayotgan tadbirlar va erishilayotgan yutuqlar haqida hamkorlar o'rtasida axborot almashish tizimini yaratish.

– ish joylarida OIV infeksiyasi profilaktikasi bo'yicha dasturlarni amalga oshirilishini ta'minlash.

2. 4. OIVni onadan bolaga o'tishining oldini olish bo'yicha profilaktik chora-tadbirlarni amalga oshirish. Mazkur yo'nalishdagi harakatlar:

– OIV statusini hisobga olgan holda ayollar maslahatxonalari xodimlari, umumiy amaliyot vrachlarini o'qitish va ushbu muas-

sasalar amaliyotiga oilani shakllantirish hamda kontratsepsiya masalalari bo'yicha maslahat berishni joriy etish; ixtiyoriy maslahat olish va test tekshiruvidan o'tish va OIV statusi mavjud bo'lganda oilani rejalashtirish bo'yicha masalalarni vrachlar va o'rta tibbiy xodimlarning diplomdan keyingi o'quv tizimiga joriy etish;

– ayollar maslahatxonalarining patronaj xizmati. oilaviy shifokorlar va hamshiralar yordamida homilador ayollar, ayniqsa, OIV yuqish xavfi yuqori bo'lgan guruhlardagi homilador ayollar o'rtasida ixtiyoriy maslahat olish va testdan o'tishni targ'ib qilish;

– barcha tug'ruqxonalarda OIV –infeksiyasini tezkor diagnostika qilish imkoniyatini ta'minlash hamda ilgari OIVga tekshirilmagan homilador ayollarga ushbu xizmatdan foydalanishni taklif etish;

– milliy protokolga muvofiq OIV mavjud bo'lgan homiladorlar va chaqaloqlarni retrovirusga qarshi profilaktikadan foydalanish imkoniyatini ta'minlash;

– homilador ayolda OIV-statusi bo'lgan taqdirda EKSni (элективное кесарево сечение) o'tkazishni tug'ruqxona muassasalari amaliyotiga joriy etish;

– OIV mavjud ayollardan tug'ilgan barcha chaqaloqlarni sun'iy sut aralashmalari bilan ta'minlash; OIV mavjud bo'lgan onalardan tug'ilgan chaqaloqlarda dori-darmonlar yordamida majburiy profilaktika o'tkazilishini ta'minlash;

– OIV statusini barvaqt aniqlash uchun chaqaloqlarda PZR-diagnostikasini o'tkazilishini ta'minlash;

– JSSTning tavsiyalari o'zgarishini hisobga olgan holda vertikal tarzda yuqishni profilaktika qilish masalalari bo'yicha Sog'liqni saqlash vazirligining me'yoriy hujjatlarini qayta ko'rib chiqilishini ta'minlash;

2. 5. Tibbiyot muassasalarida OIVning yuqishini oldini olish bo'yicha chora-tadbirlarni amalga oshirish va aloqadan keyingi profilaktika (postkontakt naya profilaktika)

Mazkur yo'nalishdagi harakatlar:

– qon quyish xizmati milliy konsepsiyasini qayta ko'rib chiqish. Pullik donorlikni rad etish va badalsiz (beg'araz) donorlikka o'tish borasidagi yo'nalishda donorlik siyosatini qayta ko'rib chiqish:

– qon plazmasini tayyorlash va plazmaferezni doimiy nazoratdagi pullik donorlar uchun vaqt oralig'i to'g'risidagi masalani ko'rib chiqish:

– donor qonini tanlash amaliyotida immunoferment tahlili uchun 3- va 4- avlodagi test tizimlarini joriy etish va aynan mazkur test tizimlarni qo'llash orqali OIVga qonni testdan o'tkazish strategiyalari samaradorligini oshirish:

– tayyorlangan qon plazmasi va uning komponentlarining karantinini joriy etish. qon topshirgandan 3 oy o'tganidan keyin OIVga takroriy testdan o'tgan va faqat manfiy natijali donorlarning preparatlarini qo'llash:

– jarrohlik aralashuvlari va tug'ruq davomida qon quyish maqsadida autoqonni bepul to'plash va saqlash imkoniyatini ta'minlash;

– gemotransfuziyalarni tayinlash siyosatini faqat qat'iy klinik ko'rsatmalar bo'yicha so'zsiz amalga oshirish:

– invaziv manipulatsiyalar uchun qo'llaniladigan ko'p martalik tibbiy instrumentlarni sterilizatsiya qilish qoidalari ustidan qat'iy nazoratni ta'minlash. Bir martalik tibbiy asboblarni. dezinfeksiyalash va yo'q qilish jarayonlari ustidan nazoratni kuchaytirish:

– OIVni kasbiy yoki nokasbiy yuqtirish xavfi bo'lgan holatlarda muloqotdan keyingi profilaktikadan foydalanish imkoniyatini ta'minlash. ya'ni DPMLar sharoitida milliy protokolda ko'zda tutilgan spetsifikatsiyaga muvofiq retrovirusga qarshi preparatlar to'plamini jamlash.

2. 6. Aholini jinsiy aloqa bilan yuqadigan kasalliklardan davolanish imkoniyatidan foydalanish choralarini amalga oshirish.

Mazkur yo'nalishdagi harakatlar:

– OIV infeksiya bilan kasallangan va yuqish xavfi yuqori bo'lgan aholi guruhlari vakillarini JAYBYuK bilan davolanishining zamonaviy usullarini joriy etish:

– JAYBYuKni davolash bo'yicha o'zgaruvchan epidemiologik vaziyatni hisobga olib (ta'sirchanligining o'zgarishi) me'yoriy hujjatlarini yangilash;

– 100 % darajasida teri-tanosil xizmati tizimida JAYBYuKni anonim ravishda tekshirish va davolashdan foydalanish imkoniyatini ta'minlash:

– anonim tekshirish xonasiga murojaat qilishda epidemiologik anamnezni (so'rov o'tkazish)to'plash;

– JAYBYuK nuqtayi nazaridan epidemiologik vaziyat o'zgarishi bo'yicha doimiy milliy tadqiqotlar o'tkazilishini ta'minlash;

– mikroblarga qarshi dorilarga qo'zg'atuvchi shtammlarining ta'sirchanligini monitoringi natijalariga muvofiq JAYBYuKni maxsus davolash tayinlanishini ta'minlash. JAYBYuKni qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarning antibakterial rezistentlik spektri va tarqalishi ustidan dinamik ravishda kuzatuv olib borish;

– vrach-dermatovenerologlar uchun testgacha va testdan keyingi maslahat berish bo'yicha o'quv dasturlarini moslashtirish (ishlab chiqish) va diplomdan so'nggi ta'lim amaliyotiga joriy etish.

3. OIV infeksiyasini davolash, OIV bilan yashayotgan odamlarni parvarish qilish va qo'llab-quvvatlashni ta'minlash strategiyasi.

OIV bilan yashayotgan odamlar hayotini sifatini yaxshilash va umrini uzaytirish maqsadiga erishish uchun dastur quyidagi vazifalarni o'z oldiga qo'yadi. ulardan olinadigan natijalar nazarda tutilgan maqsadga erishishga olib keladi:

– 2010- yilgacha 100 % darajasida barcha OIV infeksiyali muhtoj odamlarni retrovirusga qarshi terapiya (RVQT) bilan qamrab olishga erishish:

– 2010- yilgacha OIV bilan infeksiyalangan homilador ayollarni RVQTni o'tkazish va sog'lom tug'ilgan bolalar ko'rsatgichi 95 % tashkil etishini ta'minlash:

– barcha OIVli muhtoj odamlarga ijtimoiy ko'makni ta'minlash.

Yuqorida qayd etilgan natijalarga erishish uchun amalga oshiriladigan chora-tadbirlar ro'yxati keltirilgan.

3. 1. OIV/OITS bilan yashayotgan odamlarning sifatli davolanishini ta'minlash:

– retrovirusga qarshi davolanishdan 100 % foydalanish imkoniyatini ta'minlash;

– OIV infeksiyali shaxslar bilan yashovchi kishilar guruhini OITS, narkologiya, dermatovenerologiya, ftiziatriya va Sog'liqni saqlash tizimining quyi pog'onalari xizmatlari bilan o'zaro aloqasini ta'minlash;

– barcha mutaxassislar bo'yicha OIV infeksiyasi masalalari bo'yicha o'quv dasturlari, diplomdan keyingi o'qitish amaliyotini ishlab chiqish va joriy etish;

– OIV bilan zararlangan insonlar uchun tibbiy yordam ko'rsatishga oid me'yoriy hujjatlarni takomillashtirish;

– statsionarlar, ambulatoriya muassasalari, jumladan, vaqtinchalik saqlash izolatorlari, tergov izolatorlari va jazoni o'tash muassasalari sharoitida retrovirusli terapiyani o'tkazishni muvofiqlashtirish va ta'minlash;

– OIV li odamlarni barcha darajalarda davolanishini monitoring qilish tizimini joriy etish.

3. 2. Laboratoriya diagnostikasini ta'minlash:

– laboratoriyalarni OIVni tashxis qilish uchun yuqori test-tizimlar bilan ta'minlash va referens-laboratoriyalar tomonidan qo'llaniladigan test-tizimlarning doimiy sertifikatsiyasini o'tkazish;

– OIV infeksiyasi bo'yicha (tekshiruv) olib boruvchi laboratoriyalarning moddiy-texnika bazasini yaxshilash;

– OITS laboratoriyalarini davolashni boshlashdan avval ko'rsatmalarni belgilash va uning samaradorligini monitoring qilish maqsadida sitofluorimetrlar bilan ta'minlash;

– OIV li odamlarni davolashning samaradorligini oshirish va OIV infeksiyali onalardan tug'ilgan bolalarda OIV infeksiyasini erta diagnostika qilish, shuningdek, sitomegalovirus infeksiyasini

aniqlash maqsadida Respublika OITS markazini polimeraz zanjirli reaksiya (PTSR) asosida virusli yukni o'lehash uchun asbob-uskunalar bilan ta'minlash:

– davolanish vaqtida yuzaga keladigan opportunistik kasalliklarni aniqlash uchun OIV li odamlarni doimiy ravishda bepul klinik va laborator tekshirishni tartibga solish.

3. 3. OIV/OITSi insonlarning dori-darmon yordamidan qarshiliksiz (bemalol) foydalanishini ta'minlash:

– OIV infeksiyasini davolash uchun, shu jumladan, maxsus davolash va opportunistik kasalliklarni davolash uchun preparatlarini o'ta muhim dori-darmonlar ro'yxatiga kiritish masalasini ko'rib chiqish:

– retrovirusga qarshi (RVQ) preparatlarni uzluksiz olish uchun sharoitlarni ta'minlash:

– retrovirusga qarshi (RVQ) preparatlarni muqobil tanlash va taqdim etish ehtimoli bo'lgan shakllariga oid masalani ko'rib chiqish:

– OIV infeksiyali shaxslar bilan yashovchi kishilardagi opportunistik kasalliklarni davolashni ta'minlash:

3. 4. OIV bilan yashayotgan odamlarni parvarish qilish va qo'llab-quvvatlashdan foydalanishini ta'minlash:

– psixolog va ijtimoiy xodimlar uchun OIV kishilar hamda OIV infeksiyasidan jabr ko'rganlarga maxsus yordam ko'rsatish bo'yicha o'quv modullarini ishlab chiqish va tasdiqlash:

– barcha OITS markazlarida psixologlar shtatini kiritish va psixologik yordam kabinetlarini tashkil qilish, ularni bemorlar bilan ishlash uchun zarur bo'lgan asbob-uskunalar bilan ta'minlash:

– har bir OITS markazida maslahat berish uchun ishonch telefonini joriy etish va maqsadli guruh vakillarining telefon orqali OIVni bartaraf etish masalasiga oid sifatli va o'z vaqtida maslahat olishlarini ta'minlash:

– ijtimoiy himoya ishlarini olib borish va guruhli maslahatlar o'tkazish uchun OIV li kishilar guruhlari markazlarini salohiyatini mustahkamlash:

– OIV infeksiyali shaxslar bilan yashovchi kishilarni ijtimoiy reabilitatsiya qilishda nodavlat tashkilotlarini faol jalb etgan holda koʻmak berish. OIV shaxslar bilan yashovchi kishilarni va kam himoyalangan guruhlar uchun ijtimoiy dasturlarni rivojlantirish, ijtimoiy kafolat masalalarida ularga yordam koʻrsatish boʻyicha choralar koʻrish (ish. uy-joy, qoʻllanmalar bilan taʼminlash).

4. Dasturni amalga oshirishni boshqarish, monitoring qilish va baholash:

– dasturni boshqarishni muvofiqlashtiruvchi kengash (REKK-FKning kichik komissiyasi) amalga oshiradi. Uning tarkibi amaldagi tartibga muvofiq barcha manfaatdor huquq idoralari, nodavlat, ikki tomonlama va xalqaro tashkilotlar vakillaridan iborat REKKFKning kichik komissiyasi qaror qabul qilish uchun zarurat boʻlganda, ushbu organ qoshida tuzilgan texnik ishchi guruhlar ekspertizasidan hamda milliy, ikki tomonlama xalqaro tashkilotlar mutaxassisleri tavsiyalaridan foydalanadilar;

– ijtimoiy tadqiqotlarni oʻtkazish uslubi takomillashtiriladi va umumlashtiriladi, idoraviy hisobot berish unga OIV infeksiyasiga qarshi milliy va dasturiy indikatorlarni kiritgan holda qayta koʻrib chiqiladi:

– mazkur dasturning javob tariqasidagi tadbirlari monitoringi 2-ilovada koʻrsatilgan milliy indikatorlardan foydalanilgan holda amalga oshiriladi;

– aholining kam himoyalangan guruhleri oʻrtasidagi javob tariqasidagi tadbir monitoringi dozor epidemiologik (serologik va xulq-atvor nuqtayi nazaridan) nazorati bilan birgalikda olib boriladi;

– aholining aniqlashga qiyin boʻlgan guruhleri (IOGMIK, SXX, ESAKE) soni tezkor baholash yoʻli bilan aniqlanadi, buning uslubiyoti Oʻzbekiston uchun moslashtirilib, 2008- yilgacha Respublika OITS markazi tomonidan aprobatsiya qilib koʻriladi;

– maʼlumotlarni toʻplash barcha muhim hamkorlarni jalb qilgan holda muvofiqlashtiruvchi kengashlar ishtirokida mahalliy daraja-

da amalga oshiriladi. ular, o'z navbatida, ma'lumotlar to'planishida muvofiqlikni ta'minlaydi (ishchi guruhlarni tuzish, ularning funksional vazifalarini belgilash, turli idoralar, jumladan, huquq-tartibot organlari tomonidan yordam ko'rsatilishini kafolatlash ma'lumotlarni to'plashning muddatlarini belgilash va hokazo);

– yagona indikatorlar tizimi asosidagi barcha hamkorlar foydalanishi mumkin bo'lgan OIV infeksiyasi bo'yicha ma'lumotlarning yagona milliy bazasi yaratiladi;

– mas'ul idoralardan tashkil topgan muvofiqlashtirish mexanizmlari ishtirokida ma'lumotlar OITS markazlari va boshqa ishchi organlari tomonidan qayta ishlanishi ta'minlanadi;

– respublika va viloyatlar OITS markazlari salohiyati kuchaytiriladi, hisobotlar va monitoring natijalarini baholash ikki kunlik anjumanlarda hududiy markazlarda, shuningdek, Toshkent shahrida yilda bir marta muhokama qilinadi. Monitoring va baholash bo'yicha milliy konferentsiya ikki yilda bir marta o'tkaziladi.

5. Dasturni moliyalashtirish

OIV/OITS tarqalishiga qarshi kurash bo'yicha milliy siyosatni amalga oshirish borasida sohalararo yondashuv davlat dasturini ro'yobga chiqarish bosqichida hamda uni moliyalashda ham ijobiy tarzda bajariladi. O'zbekiston Respublikasida OIVning oldini olishga qaratilgan keng qamrovli tadbirlarni o'z vaqtida amalga oshirishni ta'minlash uchun hukumat mablag'laridan tashqari xalqaro donor tashkilotlar sarmoyalari ham jalb etiladi.

**«OIV infeksiyasi bilan bog'liq profilaktik chora-tadbirlarni
va tibbiy ijtimoiy yordamni tashkil qilishni takomillashtirish
to'g'risida»gi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash
vazirligining 2007- yil 30 oktabrdagi 480-sonli
Buyrug'idan ko'chirma**

Ushbu buyruq bilan quyidagi ilovalar tasdiqlangan:

1. «OIV infeksiyasini etiologiyasi, epidemiologiyasi va diagnostikasi» (8–33- betlar).

2. OIV infeksiyasi bilan bog'liq bo'lgan kasalliklar mavjud bo'lgan holda bemorlarga tibbiy yordamni tashkil etish va ko'rsatish tartibi (34–36- betlar).

Quyidagi masalalarga alohida e'tibor berish kerak.

A) Ambulator kuzatuv, dispanser nazorati hududiy KIZlar tomonidan amalga oshiriladi.

B) Statsionar davosi hududiy davolash-profilaktika muassasalarida olib boriladi.

D) Bemorlarga yordam ko'rsatuvchi tibbiy xodimlar «OIV infeksiyasi» bo'yicha ta'lim olishlari shart.

E) Jazoni o'tash muassasalaridagi bemorlarga tibbiy yordamni Ichki ishlar xodimlari tomonidan olib boriladi. Hududiy OITS/SPID markazi uslubiy rahbarlik qiladi.

Bu ilovada yana quyidagi mavzular yoritilgan:

A) OIVga chalinganlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish.

B) Dispanser kuzatuv va uni tartibi;

D) ARV davoga ko'rsatma aniqlangan hollarda klinik tahliliy tekshiruvni o'tkazish qoidalari:

E) ARV davoni o'tkazilgan nazorat-klinik tahliliy tekshiruvni o'tkazish qoidalari kabi ko'rsatmalar keltirilgan.

3. OIV infeksiyasida epid surishtirish ishlarini o'tkazish qoidalari keltirilgan (37–38- betlar).

Epid surishtirish jarayonida aniqlanadigan masalalar. savollar ro'yxati keltirilgan (9 ta).

4. Testdan keyingi maslahatni olganligi to'g'risida varaqa (39-bet).

5. «OIV infeksiyasi bo'yicha Dozor. epid nadzorni tashkil etish va o'tkazish (40–46- betlar).

DENning maqsadi – epidemiyani bosqichini aniqlash va kimlar orasida o'tkazish ma'qulligi keltirilgan. (PIN, KSR, MSM, homiladorlar, tanosil kasallikka chalinganlar, jazoni o'tash muassalaridagilarni va xavfli guruhga kiruvchi «provodnik», ya'ni seks xizmatchilarini mijozlari, uzoq vaqt davomida chet elda bo'lganlar, harbiy xizmatchilar, taksichilar, uzoq masofaga qatnaydigan shofyorlar)

6. «Do'stona xonalarni Nizomi» (46–47- betlar), vazifalari (7 ta) va do'stona xonani dermatovenerologni vazifalari-majburiyatlari (7 ta) keltirilgan.

7. «OIVga chalingan bemorlarda dermatovenerologik va JAYBYuK klinik kechishida o'ziga xosligi va ushbu bemorlarga yordam ko'rsatish qoidalari» bo'yicha uslubiy tavsiyanomalar (48–58- betlar).

Ushbu qo'llanmada OIVga chalingan bemorlarda quyidagi kasalliklarni klinik kechishi yoritilgan:

Terini noinfekcion jarohatlanishi:

- kseroz;
- seboroyli dermatit;
- neoplastik kasalliklar (Kaposhi sarkoma, og'iz bo'shlig'ini tukli leykoplegiyasi-Epshteyn Bar virusi tufayli);
- bakterial jarohatlar;
- sinegnoynaya infeksiya;
- batsilar angiomatoz;
- terining mikobakteriozi;
- terining viruslar bilan jarohatlanishi;
- terining parazitlar bilan jarohatlanishi;

- terining sodda jonivorlar bilan jarohatlanishi;
- boshqa kasalliklar (eozinofilli follikulit);
- dorilar tufayli paydo boʻlgan toshmalar (toksidermiyalar, dermatozlar);

– zaxm. OIVga chalinganlarda teri va JAYBYuK aniqlanganda amalga oshiriladigan harakatlar keltirilgan (4 ta).

8. «OIV infeksiyasiga chalinganlarga va ularning yaqinlariga psixologik va ijtimoiy yordam koʻrsatish xonalarini Nizomi» (59–60- betlar).

Ushbu ilovada qayerda ochilishi, maqsadi va kim ish yuritishi kabi masalalar yoritilgan. shu bilan bir qatorda bu kabinetlarni faoliyati (12 band) psixolog-konsultantni (10 band) va ijtimoiy xodimni (7 banddan iborat) vazifalari keltirilgan.

9. «OIV infeksiyasi va sil kasalligi» boʻyicha uslubiy tavsiyanoma va «OIV infeksiyasiga chalingan bemorlarda sil kasalligini kechishini oʻziga xosligi (61–69- betlar)

Ushbu ilovada sil kasalligi + OIV infeksiyasi muammosi keltirilgan. Ularning oʻzaro taʼsiri yoritilgan. Shu bilan bir qatorda, quyidagi savollar oʻz yechimini topgan:

- OITS va sil kasallikning klinik kechishi;
- OIVga chalinganlarda sil kasalligini aniqlash va aniqlashni tashkil qilish;
- OIVga chalinganlarda sil kasalligini aniqlanishini roʻyxatga olish;

– OIVga chalinganlarda sil kasalligini davolash va davolash monitoringini oʻtkazish:

- kotrimoksazolni profilaktik maqsadda qabul qilish;
- OIVga chalinganlarda tuberkulyoz aniqlanganda ARVTni oʻtkazish:

– OIVga chalinganlarda tuberkulyozni spetsifik profilaktikasini amalga oshirish usullari va OIV infeksiyasi + sil kasalligi hollarda aniqlashni va davolashni tashkil etishning asosiy yoʻnalishlari.

10. OIVga chalingan shaxsni ARVT oʻtkazishga roziligini rasmiylashtirish shakli keltirilgan (70- bet).

11. «OIV infeksiyasini epidemiyasiga javob sifatida o'tkaziladigan chora-tadbirlar monitoringi va vaziyatni baholash tartibi bo'yicha yo'riqnoma (instruksiya) (71–74- betlar).

Ushbu ilovada yo'riqnomaning maqsadi, asosiy tushunchalar, umumiy nizom, monitoringni o'tkazish tartibi va uni tashkil qilish yoritilgan.

Shu masalada Respublika OITS markazi tomonidan amalga oshiradigan chora-tadbirlar keltirilgan.

12. Kattalarni va o'smirlarni tekshirish va ARVTni o'tkazish bo'yicha O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining milliy klinik bayonnomasi (75–123- betlar).

Ushbu ilova quyidagi bandlardan iborat:

– kirish

– 1- jadval: «Birlamchi tekshiruv olib borilganda anamnezni to'plash tartibi» (80–81- betlar):

– 2- jadval: «Fizikaviy tekshiruv tartibi» (81–82- betlar):

– 3- jadval: «Tahliliy va boshqa tekshiruvlar ro'yxati»;

– 4- jadval: «Qo'shimcha tekshiruvlar ro'yxati» (83–84- betlar);

– 5- jadval: «Kerak bo'lgan holda mutaxassislarning maslahati ro'yxati» (84–86- betlar):

– OIV infeksiyasi bilan bog'liq savollar bo'yicha maslahat berish tartibi» (84–85- betlar):

– Opportunistik va boshqa infeksiyalarni profilaktikasi bo'yicha ko'rsatmalar» (85–86- betlar):

– ARVTni o'tkazish tartibi;

– 6- jadval: «ARVT o'tkazish bo'yicha tavsiyanoma» (86–88 - betlar):

– 7- jadval: «Tavsiya etilgan ARVTni sxemalarining 1-qatori» (88–93- betlar):

– 8- jadval: «Spetsifik davoni samaradorligini baholash kriteriyalari (ko'rsatgichlari)» (93–94- betlar):

– 9- jadval: «ARVT 2-qator sxemalari» (95–98- betlar);

– 10- jadval: «ARVTni turiga qarab o'tkaziladigan tahliliy tekshiruvlarning muddati» (99–100- betlar):

– 11- jadval: «ARV dorining toksikligini tasdiqlash va ular paydo boʻlgan holda bemorga davo oʻtkazish boʻyicha tavsiya etilgan harakatlar» (101–104- betlar);

– 12- jadval: «Qaytalama transkriptazani nonukleozidli ingibitori (NNIOT) boshqa dorilar bilan oʻzaro taʼsiri» (105–106- betlar);

– 13- jadval: «Proteazaning ingibitorlarini boshqa dorilar bilan oʻzaro taʼsiri» (106–108- betlar) :

– 14- jadval: «Avval oʻtkazilgan davo haqida maʼlumot» (109–112- betlar);

– doriga chidamligini tekshirish (dorining taʼsirini tekshirish):

– 15- jadval: «ARV dorilar toʻgʻrisida asosiy maʼlumotlar» (112–116- betlar):

– davoning samadorligini baholash usullari (116- bet);

– 16- jadval: «ARV dorilarning roʻyxati (117–122- betlar):

13. OIVga chalingan bolalarga tibbiy yordam koʻrsatish:

Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining milliy klinik protokoli (123–174- betlar)

Ushbu ilova quyidagi bandlardan iborat:

– kirish (126- bet);

– tahliliy tashxislash (127–133- betlar).

A) Tahlil tekshiruvlarni xarakteristikasi (127- bet):

– serologik (spetsifikligi 99.7 %: sezuvchanligi 99.9 %);

– immunoblot (128- bet):

– ona antitelasi. Bolada onaning antitelasi yoʻqolish muddatlari (129-bet);

– R 24 antigenni aniqlash (129- bet);

– molekular genetik usullar (PZR) (129- bet);

– OIV kulturasini olish. (129- bet).

B) 18 oydan yosh boʻlgan bolalarda OIV infeksiyasini tashxislash (130- bet).

D) 18 oydan katta boʻlgan bolalarda tashxislash (131- bet).

E) OIVga chalingan onalardan tugʻilgan bolalarda OIV infeksiyasining bor-yoʻqligini aniqlash qoidalari (132- bet).

F) OIVga chalingan onalardan tugʻilgan bolalarda OIV infeksiyasini inkor qilish qoidalari (132- bet).

14. OIVga chalingan onalardan tugʻilgan va sunʼiy ovqatlanishdagi chaqaloqlarda PZR usulida tashxislash (133- bet).

15. OIVga chalingan bolalarni kuzatish, davolash (137–174- betlar).

A) OIVga chalingan bolalarni klinik va tahliliy tekshiruvi.

B) 1 yoshga yetmagan OIVga chalingan bemorlarning holatini klinik tahlil baholash sxemasi.

D) 1 yoshdan oshganlarning holatini baholash.

E) Bolalarning jismoniy rivojlanish monitoringi.

F) OIVga chalingan bolalarning ozib ketishini (расстройство питания) asosiy sabablari:

– ARVterapiya:

– OIVga chalingan bemorlarni kuzatish:

– asosiy oportunistik kasalliklarni davolash.

OIV infeksiyasining, BDSST tomonidan qayta koʻrib chiqilgan klinik bosqichlarining shakllanishi keltirilgan.

16. OIVni onadan bolaga yuqishining oldini olish. Oʻzbekiston Respublikasi Sogʻliqni saqlash vazirligining milliy klinik bayonnomasi (174–203- betlar).

Ushbu ilovada quyidagi masalalar yoritilgan:

– asosiy yoʻnalish (konsepsiya):

– umumiy maʼlumotlar shular qatorida:

– onadan bolaga OIVni yuqishining oldini olishni asosiy prinsiplari (tamoyillari):

– tugʻruqdan oldin, homiladorlarni birlamchi tekshirish qoidalari:

– OIVga chalingan homiladorlarga beriladigan maslahatlarning oʻziga xosligi:

– ayollarda OIV infeksiyasini kechishining oʻziga xosligi:

– tugʻruq muassasalarida avvalgi xizmatlarda onadan bolaga yuqishini oldini olish:

- homiladorlik vaqtida ARV profilaktikasini o'tkazish;
- homiladorlik vaqtida ARVTni o'tkazish qoidalari.

Sog'liqni saqlash boshqarmasiga

– O'zbekiston Respublikasida 2007–2011- yillarda OIV kasalligini tarqalishiga qarshi kurash harakat strategik dasturini amalga oshirilsin;

- ekspress tekshiruvini keng ko'lamda amalga oshirilsin;

- viloyat OITS markazlarni PZRga kerakli asbob uskunalar bilan ta'minlash. ARVTni ko'rsatmaga ko'ra, hamma vaqt qo'llashni ta'minlash;

- viloyat OITS markazlarini yo'llanmasiga ko'ra hududiy yuqumli kasalliklar xonasida barcha OIVga chalinganlarni dispenser hisobiga olish ta'minlansin;

- davolash-profilaktika muassasalarida konfidensiallikni saqlagan holda OIVga chalinganlarga barcha tibbiy xizmatni amalga oshirish;

- ARVTda uzilishlarga yo'l qo'ymaslik;

- xavfli guruhga mansublarga xizmat hajmining turlarini ke-ngaytirish;

- DENni keng joriy qilish;

- maslahat yordamini ko'rsatish va kadrlarni tayyorlash masalalari bo'yicha doimo faoliyat ko'rsatuvchi ishchi guruh tashkil qilish;

- reydlar o'tkazuvchi guruh tashkil qilish.

Viloyat DSENMga

- davolash-profilaktika muassasalarida barcha rejimlarga rioya qilinishini muntazam nazorat qilish;

- OIV musbatlar bo'yicha konfidensiallikni ta'minlash;

Davolash profilaktik yordam ko'rsatish boshqarmasiga

- barcha davolash-profilaktika muassasalarida bemorlarga to'liq va bepul davoni o'tkazish ta'minlansin;
- davolash-profilaktika muassasalarida o'z-o'zini muhofaza qilishni ta'minlansin;
- barcha qon quyishlarni nazorat qilish ta'minlansin.

Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasiga

- onadan bolaga yuqishini oldini olish ta'minlansin;
- ARVTni keng amaliyotga kiritish;
- sun'iy ovqatlanishni tashkil qilish;
- qon va uni mahsulotlarini quyishni muntazam nazorat qilish;
- bemor onadan tug'ilgan chaqaloqlarni (6 oygacha) PZR usulida tekshirishni amalga oshirish.

Fan va o'quv yurtlar boshqarmasiga

- Toshkent vrachlar malakasini oshirish instituti qoshida va o'rta tibbiy xodimlar tayyorlash markazi qoshida barcha sohadagi tibbiy xodimlar uchun «OIV-kasalligi» bo'yicha maxsus kurslar ochilsin;
- barcha oliy va o'rta maxsus o'quv yurtlarda (tibbiyot yo'nalishi bo'yicha) maxsus sikllar tashkil qilish.

OITS markazlariga

- davlat va nodavlat tashkilotlarning faoliyatini muvofiqlashtirish. uslubiy yordam ishlarni olib borish;
- DENni o'tkazish;
- aholi orasida targ'ibot ishlarini olib borish;
- seminarlar o'tkazish.

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziriligi
tizimidagi davolash-profilaktika muassasalarida sanitari-
ya-gigiyenik, epidemiyaga qarshi va dezinfekcion rejimlarga
rioya qilish to'g'risida»gi O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirligining 2007- yil 29- dekabdagi
600- sonli Buyrug'idan ko'chirma**

Ushbu buyruq bilan O'zbekiston Respublikasi SSVning DPM-
larda san-gigiyenik, epidemiyaga qarshi va dezinfekcion rejimlarga
rioya qilish to'g'risida yo'riqnomalar (12 ta) va jadvallar (19 ta)
tasdiqlangan.

Buyruqning 7-yo'riqnomasida.

«DPMlarda OIV – infeksiyasining oldini olishga bag'ishlangan
va quyidagi masalalar yoritilgan:

I. Muloqotdan keyingi profilaktika – bu tibbiy chora bo'lib, pa-
togen mikroorganizm bilan taxmindan (veroyatnogo) muloqotda
bo'lgandan keyin infeksiyani rivojlanishini oldini olishga qaratil-
gan chora-tadbirlar. Shular qatorida:

1) birinchi yordam ko'rsatish;

2) maslahat berish;

3) xavfni baholash;

4) OIVga tekshirish;

5) xavfni darajasiga qarab 28 kunli ximioprofilaktika o'tkazish
(ARVP);

6) ko'maklashish, keyinchalik kuzatish;

II. OIV bilan xizmat yuzasidan muloqotda bo'lish.

Har bir bemorni (patsientni) infeksiyani potensial manbayi deb
hisoblash lozim.

«Xizmat yuzasidan muloqot» – bu xizmat yuzasi bo'yicha qilin-
gan harakat tufayli jarohat:

1) jarohatlangan teriga;

2) shilliq qavatlarga;

3) teri ostiga bemorni qon va boshqa biologik suyuqliklari tushirishidir.

Ushbu muloqot vrach. stomotolog, o`rta tibbiyot xodimi, tahlilxona va morg xodimlari, farroshlar, farmatsevtlar va talaba mediklarda uchrashi mumkin.

Shu yo`nalish bo`yicha ichki ishlar, o`t o`chiruvchi va favqulodda yordam ko`rsatishda ishtirok etgan xodimlar «Xavfli guruhga mansublar» deb hisoblanadi.

Yuqorida keltirilgan xodimlar faoliyat ko`rsatish jarayonida (qon va boshqa biologik suyuqliklar bilan muloqotda bo`lganda) universal xavfsizlik chora-tadbirlarini ko`rishi kerak.

Barcha tibbiy muolajalar qilish jarayonida (teri osti va mushak orasiga inyeksiya qilishdan tashqari) rezinali qo`lqopdan foydalanish kerak va har bir bemordan keyin almashtiriladi

Qon va boshqa biologik suyuqliklar sachrashi xavfi bo`lgan holdalarda kleyonkali fartuk, himoya maskasi yoki ko`zoynakdan foydalanish zarur va har bir bemordan so`ng almashtirish kerak.

Farroshlar xonalarni tozalash, chiqindilarni yo`qotish va boshqa harakatlar jarayonida xo`jalik qo`lqopi, maxsus oyoq kiyimi, kleyonkali fartukdan foydalanishi kerak.

Xizmat yuzasidan muloqotdan tashqari shifoxonada, OIV infeksiyasiga chalingan bemor bilan muloqot bo`lishi mumkin.

III. Shifoxonada tasodifan OIV yuqishi quyidagi hollarda bo`lishi mumkin:

1) inyeksiyalar qiluvchi, OIVga chalinganligini bilmagan, tibbiyot xodimdan;

2) OIVga chalingan bemorning qoni bilan ifloslangan tibbiyot anjomni boshqa bemorga ishlatish jarayonida;

IV. Agar tibbiyot xodimi, faoliyat jarayonida, qo`lini yoki tanasining boshqa joylarini bemorni qoni bilan ifloslantirsa, tibbiy avariya hosil bo`ladi.

Avariya hosil qilgan xodim, xonadan chiqmagan holda, bo`lim boshlig`ini yoki katta hamshirani chaqiradi va epidemiyaga qarshi choralar o`tkazadi.

Agar o'tkir anjomlar bilan jarohatlansa quyidagi chora-tadbirlarni amalga oshiradi:

1) jarohatlangan joyni sovun bilan yuvish;

2) jarohatlangan joyni oqib turgan suv ostida bir necha daqiqa ushlab turish – qon jarohatlangan joydan oqib turishi uchun. Bu harakatni qon oqishi to'xtaguncha olib borish kerak;

3) oqar suv yo'q hollarda jarohatlangan joyni zararsizlantiruvchi gel yoki qo'l yuvish uchun ishlatiladigan eritma bilan ishlov beriladi.

Man etiladi (mumkin emas):

– ta'siri kuchli moddalarni (spirt, yod va boshqalar) qo'llash;

– jarohatlangan joyni siqish yoki ishqalash.

V. Qon va boshqa biologik suyuqliklar sachrasa quyidagi tartibda harakat qilish kerak:

1. Jarohatlanmagan teriga sachrasa zudlik bilan ushbu joyni yuvish. oqar suv bo'lmagan holda zararsizlantiruvchi gel yoki qo'l yuvishga mo'ljallangan eritma bilan ishlov berish.

Mumkin emas:

– ta'siri kuchli moddalarni qo'llash;

– kuchsiz zararsizlantiruvchi eritmalarni qo'llash (masalan, xlorgeksidinning 2–4 % li eritmasi);

– ushbu joyni ishqalash;

– biror narsa bilan bog'lash;

2. Ko'zga sachrasa:

– zudlik bilan suv yoki fiziologik eritma bilan yuvish. Bu harakat quyidagicha bajariladi: o'tirib olib, boshni orqaga egib hamkasbidan ko'zga suv yoki fiz. eritmani quyishni iltimos qilinadi. Vaqti-vaqti bilan ko'zni ochib-yumib turiladi. Linzani olmasdan yuvish kerak. Yuvib bo'lgandan keyin, linzani olib oddiy ishlov berib, yana joyiga qo'yiladi.

Mumkin emas:

– ko'zni sovun yoki zararsizlantiruvchi eritma bilan yuvish.

3. Og'izga sachrasa:

- zudlik bilan tupirib tashlash;
- og'izni suv yoki fiz. eritma bilan yuvish (chayqash). Ushbu harakatni bir necha marta takrorlash.

Mumkin emas:

- og'izni sovun yoki zararsizlantiruvchi eritma bilan yuvish.

Tibbiy avariyanı qayd qilish jurnaliga (F-512U, O'zbekiston Respublikasi SSV tomonidan 287-sonli buyruq bilan 26. 06. 2006-yilda tasdiqlangan) rasmiylashtiriladi.

**Tibbiy asbob-anjomlarni, shprislarni zararsizlantirish,
sterilizatsiyadan oldingi tozalov va sterilizatsiya qilish
bo'yicha yo'riqnom (O'zbekiston Respublikasi
SSVning 600-sonli Buyrug'i 8-ilova)**

1. Tibbiy asbob anjomlarni zararsizlantirish, sterilizatsiyadan avvalgi tozalov va sterilizatsiya qilish shifoxona ichi infeksiyalaridan bemorlarni va tibbiy xodimlarni saqlashga qaratilgan.

2. Tibbiy asbob-anjomlardan patogen va shartli – patogen mikroorganizmlarni, viruslarni, (shular qatorida virusli gepatitlarni va OIV infeksiyasini chaqiruvchilarini), bakteriyalarni yo'qotish maqsadida dezinfeksiya qilinadi.

3. Tibbiy asbob-anjomlardagi barcha mikroorganizmlarni o'ldirish maqsadida sterilizatsiya qilinadi.

4. Bemorlarga qo'llangan va ishlatish jarayonida teri, shilliq qavatlarini jarohatlashi, qon va jarohatlangan joy bilan muloqotda bo'lgan ko'p marotaba ishlatiladigan tibbiy asbob-anjomlar ishlatilgan joyda zararsizlantiriladi.

5. Keyinchalik sterilizatsiyadan oldingi tozalov o'tkaziladi va so'ng sterilizatsiya qilinadi.

6. Sterilizatsiyadan oldingi tozalovni asbob-anjomdan mexanik iflosliklarni oqsil va yog'li moddalarni va dori-darmonlarni qoldiqlarini yo'qotish maqsadida o'tkaziladi.

7. Dezinfeksiya, sterilizatsiyadan avvalgi tozalov va sterilizatsiyani faqat O'zbekiston Respublikasida qo'llash uchun ruxsatnoma bo'lgan vositalar, asbob-uskunalardan foydalanish mumkin va ishlab chiqargan muassasani taklifnomalariga rioya qilinishi kerak.

8. Barcha dezinfeksiyalovchi, yuvuvchi va sterilizatsiya qiluvchi moddalar, eritmalar qopqog'i bor idishlarda saqlanishi lozim va vositaning nomi, uni konsentratsiyasi, xususiyati, tayyorlangan sana aniq ko'rsatilishi kerak.

9. Stomatologiyada qo'llanadigan asbob-anjomlar har xil shakl-da bo'lganligi, har xil materiallardan tayyorlanganligi tufayli dezinfeksiyani usuli va vosita turlarini tanlashga alohida e'tibor berilishi va jadvalda keltirilgan (600-sonli buyruq, 96- bet) ko'rsatmaga to'liq rioya qilinishi kerak.

10. Murakkab tuzilishga ega tibbiy asbob-anjomlarni (endoskop va boshqa) zararsizlantirish, sterilizatsiyadan oldingi tozalov va sterilizatsiyani o'tkazish bo'yicha maxsus uslubiy-yo'riqnomalarda keltirilgan ko'rsatmalarga rioya qilinishi kerak.

11. Tibbiy asbob-anjomlarni tarkibida 0.5 % xlor mavjud dezinfektantda 10 daqiqa zararsizlantirib markaziy sterilizatsiya bo'limiga jo'natiladi va u yerda sterilizatsiyadan oldingi tozalovni quyidagi jadvalda keltirilgan qoidalar bo'yicha o'tkaziladi (10- jadval).

10- jadval

№	Tozalov jarayonlari	Tozalov rejimi		Qo'llaniladigan vositalar
		Eritmaning boshlang'ich t ^o	Ekspoz. vaqti	
1	Yuquvchi kompleks eritmasida: uning tarkibida 20 ml 30–33 % pergidrol, 5 g yuvuvchi modda (dvuglekisl, natriy, lotos va boshqa.) 975 ml suv	50	15 min	Tog'ora, rokovina, vanna
2	Yuvuvchi eritmada, har bir anjomni, vato-marlev, tampon yoki cho'tka bilan yuvish		0.5 min	
3	Oqin suvda chayqash (yuvuvchi eritmadan so'ng)		10 min	
4	Distillangan suvda chayqash			Tog'ora, vanna
5	Issiq havo bilan quritish	85	To'liq	Sushilniy

Ilova:

1. Yuvish jarayonida eritmani t^o bir me'yorda saqlab turish shart emas.

2. Yuvuvchi eritmani kun davomida bir necha marta ishlatish mumkin. lekin har safar $t^{\circ}-50^{\circ}$ dan boshlash kerak.

3. Sterilizatsiyadan oldingi tozalovning sifatini, ya'ni qon va boshqa biologik substansiyalarni qoldig'ini aniqlovchi sinamalar bilan o'tkaziladi va tibbiy anjomlarni har bir turidan 10 % sinovdan o'tkaziladi. lekin 3–4 tadan kam bo'lmasligi kerak.

A) Azopiram sinamasi:

– 1 litr boshlang'ich eritmani tayyorlash uchun 100 g amidopirini 1. 0–1. 5 g solyanokisliy anilin bilan quruq holatda aralashtiradi va 96 % etil spirti bilan 1 litrgacha yetkaziladi va moddalar yaxshi eriguncha aralashtiriladi. Ushbu eritmani bekik flakonda, qorong'ida va muzlatkichda (4°C) saqlash kerak – 2 oygacha:

– xona haroratida – 1 oygacha:

– sinamani o'tkazishda boshlang'ich eritmani teng hajmiga 3 % vodorod peroksidi quyiladi. Agar 1 daqiqagacha siyohrang hosil bo'lsa reaktivni sinama sifatida qo'llash mumkin. Agar rang kechroq hosil bo'lsa reaktivni qo'llash mumkin emas:

– natija musbat bo'lgan holda bir zumda siyohrang hosil bo'ladi. keyinchalik qizg'ishga aylanadi.

B) Amidopirin sinamasi:

– reaktivlar – 5 % spirtli amidopirinning eritmasi (muzlatkichda bekik flakonda saqlanadi):

– 30 % li sirka kislotasining eritmasi:

– 3 % li vodorod peroksidi:

– sinamani o'tkazish jarayonida ushbu reaktivlarni teng hajmda aralashtiriladi.

Hova: agar azopiram yoki amidopirin sinamalarini o'tkazish jarayonida rang 1 daqiqadan keyin hosil bo'lsa, bu holatlarda sinama natijasi hisobga olinmaydi. (Ya'ni manfiy hisoblanadi). Sinama musbat bo'lgan holda siyohrang hosil bo'ladi.

D) Iskandarov sinamasi

Ushbu sinamaning natijasi maxsus yo'riqnomaga asosan hisobga olinadi.

1. Sterilizatsiyadan oldingi tozalov jarayonida vositalarni qoldig'i qolganligini fenolftalein sinamasi bilan aniqlanadi.

Sinamani o'tkazish usuli: anjom reaktiv bilan chayilgan marlya bilan artiladi.

Shprislariga esa 3–4 tomchi reaktivni olib porshenni 2–3 marta harakat qilinadi va reaktivni 1 daqiqa qoldiriladi.

Ignalarni tekshirish uchun toza shprisga reaktivni olib har bir ignadan o'tkaziladi.

Kateterlarga toza shpris yoki pipetka yordamida reaktiv yuborilib va 1 daqiqa saqlanadi. Sinama musbat bo'lsa qizg'ish rang hosil bo'ladi.

Sinamalarning natijasi maxsus jurnalga qayd qilinadi.

Agar sinamalar musbat bo'lsa, barcha asbob-anjomlar takroriy tozalanadi.

2. Sterilizatsiyani baland bosimdagi par (avtoklav), quruq issiqlik va kimyoviy usul bilan o'tkaziladi.

Har bir usulni qo'llashda maxsus yo'riqnomalarga rioya qilinishi kerak. Ushbu yo'riqnomalarni sterilizatsiya qilish uchun qo'llanadigan apparaturalarni ishlab chiqarilgan zavodlar tomonidan chiqarilgan.

Sterilizatsiyaning me'yorda olib borilishini kuzatishda termometr, monovakuometr va har xil kimyoviy indikatorlar (steri-test–B, medis–B, farmatest Vinar va boshq.)dan foydalaniladi.

Asbob-anjomlarni sterilligini nazoratini natijalariga asoslanib sterilizatsiyani sifatiga baho beriladi.

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash
vazirligining 4- Buyrug'idan ko'chirma**

2008- yil 4- yanvar

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi
tizimidagi tibbiyot muassasalarida OIV infeksiyasini
muloqotdan keyingi profilaktikasini amaliyotga
tatbiq qilish haqida**

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimi
tibbiyot muassasalarida OIV/ VICH infeksiyasini muloqotdan
keyingi yuqishini (o'tishini) oldini olish maqsadida
TASDIQLAYMAN**

1. 1. OIV infeksiyasini muloqotdan keyin yuqishining oldini olish bo'yicha bayonnoma 1-ilovaga muvofiq .

1. 2. Kasallikni yuqtirish ehtimoli bo'lgan shaxslarni OIVga ixtiyoriy tekshirishga roziligi to'g'risida ma'lumot shakli (2- ilova).

1. 3. OIV infeksiyasi bilan muloqotda bo'lganlarni kimyoviy profilaktika o'tkazishga roziligi to'g'risida ma'lumot shakli (3-ilova).

1. 4. Kasbiy muloqotda bo'lishini qayd qilish haqida ma'lumot shakli (4- ilova).

1. 5. Kasbga bog'liq bo'lmagan muloqotni qayd qilish to'g'risida ma'lumot shakli (5- ilova).

1. 6. Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot muassasalarida infeksiyani yuqishini oldini olish bo'yicha tavsiyalar (6- ilova).

Buyuraman

2. 1. Qoraqalpog'iston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziriga, viloyatlar va Toshkent shahar sog'liqni saqlash bosh boshqarmasi boshliqlariga, Respublika tibbiyot muassasalari rahbarlariga:

– respublika OITS markazi direktoriga 7 kun mobaynida shifoxonalar va yirik poliklinika muassasalarida muloqotdan keyingi

profilaktikani amalga oshirish uchun zarur dorilar to'plamlariga ehtiyojni taqdim qilinsin;

– OIVga tekshiruvlarni amalga oshirishda maslahat olish va testdan o'tishning ixtiyoriylik tartibiga rioya qilinsin, tashxis konfidensialligi saqlansin;

– muloqotdan keyingi profilaktika ushbu buyruq bilan tasdiqlangan OIV infeksiyasining muloqotdan keyingi profilaktikasini o'tkazish to'g'risidagi bayonnomaga muvofiq amalga oshirilsin;

– muloqotdan keyingi profilaktika o'tkazilganligi to'g'risida hududiy OITS markazlari dispanser bo'limlariga shoshilinch xabarnoma berish tizimi yo'lga qo'yilsin;

– har chorakda Sog'liqni saqlash vazirligining davolash-profilaktika yordam bosh boshqarmasiga muloqotdan keyingi profilaktika o'tkazilganligi to'g'risida ma'lumot taqdim etilsin.

2. 2. Respublika OITS markazi direktori G. M. G'iyosovaga:

– muloqotdan keyingi profilaktikani amalga oshirish uchun ehtiyojga ko'ra antiretrovirus preparatlar ajratilsin;

– kasbiy muloqotni qayd qilish haqida ma'lumotnoma shakli olingach, kerakli diagnostik tadbirlar ushbu buyruq bilan tasdiqlangan OIV infeksiyasining muloqotdan keyingi profilaktikasi bayonnomasiga muvofiq amalga oshiriladi.

2. 3. Ushbu buyruqning bajarilishini nazorat qilish vazirning birinchi o'rinbosari A. I. Ikromov va vazir o'rinbosari, Respublika Davlat Bosh sanitariya vrachi B. I. Niyozmatov zimmlariga yuklatilsin.

Nazorat savollari

1. Donorlar qoni va uning tarkibiy qismlarining havfsizligini ta'minlash to'g'risida nimalarni bilasiz?

2. O'zR SSVning 2007-yil 30-oktabrdagi №480-sonli buyrug'i haqida nimalarni bilasiz?

3. O'zR SSVning 2007- yil 29 dekabrdagi №600-sonli buyrug'i haqida nimalarni bilasiz?

4. O'zR SSVning 2008- yil 4-yanvardagi №4-sonli buyrug'i nima haqida?

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Абидова З. М., Азимова Ф. В. "Определение видового состава возбудителей орофарингеального кандидоза у больных ВИЧ-инфекцией". Журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». 2011. №1-2, с.93-94.
2. Азизов Б. С., Исмаилова Г. А. «Видовой спектр возбудителей при гнойничковых поражениях кожи у больных с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом». «Новости дерматовенерология и репродуктивного здоровья». 2010. №1-2, с.6-9.
3. Axmedov K. R. «SPID» nima? – Т.: «Meditsina», 1990.
4. Arifov S., Eshboyev E. «Teri va tanosil kasalliklari». – Т.: 2010.
5. Атабеков Н.С. и др. «Возрастные особенности ВИЧ-инфекции в Узбекистане». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ/СПИДа». 2011, с.367-368.
6. Атабеков Н.С. и др. «Болаларда ОИВ-инфекциясининг профилактикаси». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ/СПИДа». 2011, с.365-367.
7. Атабеков Н.С. и др. «Об эффективности профилактических мероприятий по борьбе со СПИДом в Республике». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.370-371.
8. Бабаходжаева Д.И., Мирзоева М.Р. «Оппортунистические заболевания у больных ВИЧ-инфекцией». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.375-376.
9. Байжанов А.К., Кучкарова Н.М. «Частота регистрации цирроза печени среди больных ВИЧ-инфекцией». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.376-377.
10. Байжанов А.К. «ВИЧ-инфекция и туберкулез». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.378-381.
11. Бакирова Ф. и др. «Особенности течения ВИЧ-инфекции у детей». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.384-385.

12. Бакирова Ф. и др. «Сложности диагностики ВИЧ-инфекции у детей». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ-СПИДа». 2011, с.382-384.

13. Vaisov A. Sh. Teri va tanosil kasalliklari. – T.: 2005y.

14. Венерические болезни (О. К. Shaposhnikov taxriri ostida) – М.: 1991. 486–506 betlar.

15. ВИЧ-инфекция. Учебно-методическое пособие для студентов и врачей общей практики. Под общей редакцией акад. Даминова Т.А. – Т.: 2010г.

16. Дорсиса Легессе Гобена. Т.Н. Гузей «Заболевания кожи и слизистых оболочек у больных с ВИЧ-инфекцией». Журнал «Клиническая дерматология и венерология». 2011, №3, с.19-23.

17. Ибадова Г.А. и др. «Клиника и исходы ВИЧ-инфекции у детей с различными путями инфицирования». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ-СПИДа». 2011, с.393-394.

18. Иванов С.В., Сологуб Л.В. «Некоторые аспекты добровольного консультирования и тестирования пациентов с ИППП при разработке программных мероприятий противодействия ВИЧ/СПИДу в Украине». Журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». 2011, №1-2, с.99-100.

19. Исмаилова Г.А. и др. «Вторичный рецидивирующий сифилис на фоне ВИЧ-инфекции». Журнал «Новости дерматовенерология и репродуктивного здоровья». 2010, №4, с.13-16.

20. Любан Б.Л., Капкаев Р.А., Алявий С.Ф. и др. «Диссеминированная Саркома Капоши как проявление ВИЧ – инфекции». Клиническая дерматология и венерология. 2005, №3, 28-33

21. Matkarimov B. D. va b. «Respublikada OIV infeksiyasi bo'yicha epidemiologik vaziyat haqida». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.418-419.

22. Matkarimov B. D. va b. «OIV infeksiyasining aholining turli guruhlariga oid epidemiologik xususiyatlari haqida». В кн. «Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы инфекционных болезней и ВИЧ СПИДа». 2011, с.421-422.

23. Рахманова А.Г. и др. «ВИЧ-инфекция». Санк-Петербург. 2004г.

24. Рытик П. Г. и др. «СПИД». Минск. 1988г.

25. Сабиров У. Ю. и др. «Случай опоясывающего лишая у ВИЧ-инфицированного ребенка». Журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина», 2009, №4, с. 101-103.

26. Сабиров У. Ю. «Поражение кожи и слизистых при ВИЧ-инфекции». Журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина», 2009, №2, с.67-71.
27. «ТБ и ВИЧ СПИД». Образовательный модуль. – Т., 2007г.
28. Шевелев А.С. «СПИД. Загадка века». – Москва: 1991г.
29. Ширококов В.П. «СПИД- синдром приобретенного иммунодефицита». Киев, 1988г.
30. Shodiyev X. K. «Teri va tanosil kasalliklari». – Т.: 1993.
31. «Кожные и венерические болезни». Руководство под редакцией Ю.К.Скрипкина. Москва. 1999.
32. Хаитов Р.М. «Синдром приобретенного иммунодефицита». Ташкент, 1995г.
33. Хаитов Р.М. «СПИД», Москва, 1992г.
34. Фитспатрик Т. и др. «Дерматология». Атлас. Санкт-Петербург. 1999.
35. ТБ и ВИЧ СПИД. Образовательный модуль. – Т.: 2007г.
36. OIV/OITSga taalluqli bo'lgan me'yoriy hujjatlar.
37. Ankrah E. M. The impact of AIDS on social, economic, health and welfare system / Science Challenging AIDS, Basel, Karger, 1992, 175–187.
38. Aranda-Anzaldo A. A role for CD8 – T lymphocytes in the pathogenesis of AIDS // Res. Immunol., 1991, v. 142, 7, 541–550.
39. Binley J. M., Klasse P. J., Cao Y. et. al. Differential regulation of the antibody perponsestogag and env proteins of HIV type 1 // J. Virology, 1997, Vol. 71, p. 2799–2809.
40. Broder S. AIDS: Progress and challenges in therapy/ Science Challenging AIDS. Basel, Karger, 1992, 15–23.
41. Cheng-Mayer C., Shioda T., Levy J. A. Small regions of the env and tat genes control cellular tropism, cytopathology and replicative properties of HIV-1 // Science Challenging AIDS. Basel, Karger, 1992, 188–195.
42. Chin J. Present and Future dimentions of the HIV/AIDS Pandemic/ Science Challenging AIDS, Basel, Karger, 1992, 33–50.
43. Domarchi F. D., Adda Di., Fagagna F., Talaschi B. et. al. Activation of transcription factor NF (kappa) B by the Fat protein in HIV type 1 // J. Virology, 1996, Vol. 70, 7, P. 4220–4237.
44. Fleury S., de Boer B. J., Rizzardi P. et. al. Limited CD4 + T cells renewal in early HIV-1 infection: effect of highly active antiretroviral therapy // Nature Med., 2998, Vol. 4, 4, P. 794–801.
45. Fauci A. S. Immunopatogenic mechanisms of HIV infection: an update / Retrov. Hum. AIDS and related anim. dis., Paris, 1990, 19–24.

46. Gallo R. C., Montagnier L. AIDS in 1988 // *Sci. American*, 1988,259,41–48.
47. Gallo R. C., Wong-Staal F., Montagnier L., Haseltine W. A., Yoshida M. HIV/HTLV gene nomenclature. // *Nature*. 1988. 333, 504.
48. Gallo R. C. Mechanism of disease induction by HIV // *J. AIDS*. 1990.3.380–389.
49. Graddon J. D., Timpone J. G., Schnittman S. M. Emergence of unusual opportunistic pathogens in AIDS: A Review. *Clin Infect. Dis.*, 1992, v. 15, p. 134–157.
50. Groopman J. E. Pathogenesis of HIV mediated blood cell abnormalities / *Retroviruses of human AIDS and related animal dis.* Paris, 1990, 5–8.
51. Groopman J. E. Antiretroviral therapy and immunomodulators in patients with AIDS // *Amer. J. Med.*, 1991, 90, suppl. 4A. 4A–18s. 4A–21s.
52. Gandhi R., Chen B., Straus S. et. al. HIV-1 directly kills CD4 T Cell by a Fas-independent mechanism // *J. Exp. Med.*, 1998, Vol. 187, 7. P. 1113–1122.
53. Guzzanti E. Summary report: social and behavioral science / *Science Challenging AIDS*, Basel, Karger, 1992. 265–280.
54. Haseltine W. A. New insights into AIDS virus infection and pathogenesis / *Biomed. Res. Strategy on AIDS*, Crans-Montana (SW), October 2–6, 1991.
55. Haseltine W. A. New insights into AIDS virus infection and pathogenesis / *Biomed. Res. Strategy on AIDS*, Crans-Montana (SW), October 2–6, 1991.
56. Haseltine W. A. Molecular biology of the AIDS virus: ten years of discovery – hope for the future / *Science Challenging AIDS*, Basel, Karger, 1992, 71–106.
57. Hofman Bo. AIDS immunology. HIV induced cellular immune deficiency // *Dan. Med. Bull.*, 1991, 38, 1. 53–67.
58. Itin P. N., Lautenschlager S., Fluckiger R., Ruffi T. Oral manifestations in HIV-infected patients: Diagnosis and management. // *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1993, v. 29, p. 749–760.
59. Leibovitz E., Rigaud M., Chandwani et. al. Disseminated fungal infections in children infected with the human immunodeficiency virus. *Pediatric Infections disease Journal*, 1994, v. 10, 12, p. 888–894.
60. Murrey S. F., Mills J. Pulmonary infections complication on human immunodeficiency virus infection. // *Am. Respir. Dis.*, 1990, 141, pp. 1356–1372.
61. Mhloyi M. M. The psychosocial aspects of AIDS / *Science Challenging AIDS*, Basel, Karger, 1992. 159–174.
62. Montagnier L. A possible role of mycoplasmas as co-factors in AIDS / *Retroviruses of Human AIDS and related animal dis.* Paris, 1990, 9–17/
63. Montagnier L., Gougeon M. L., Olivier R. et. al. Factors and mechanisms of AIDS pathogenesis / *Science Challenging AIDS*, Basel, Karger, 1992, 51–70.

64. Oksenhendler E. et. al. *Toxoplasma gondii* infection in advanced HIV-infection // AIDS. -1994. -8. -P. 483-487.
65. Pakker N., Notermans D., de Boir R. et. al. Biphasic kinetics of peripheral blood T cell after triple combination therapy of HIV-1 infection: a composite of redistribution and proliferation // Nature Med.. 1998, Vol 4, 2, P. 208-214.
66. Presont C., Scolaro M., Kennedy P. et. al. Liposomal daunorubicin treatment of HIV-associated Kaposi Sarcoma // Lancet. 1993, 341, 124z.
67. Poizot-Martin I. et. al. Study on treatment of Kaposi Sarcoma associated to AIDS by Daunoxome in hospital prescription in France. 40-th Annual Meeting of ASH, Florida. 4-8 December. 1998.
68. Portegies P. Review of antiretroviral therapy in the prevention of HIV-related AIDS dementia complex (ADC). Drugs. 1995; 49 (Suppl 1):25-31.
69. Reddy M. M., Goetz R. R., Gorman J. M. et. al. HIV-1 infection of homosexual men is accompanied by a decrease in circulating B cell // J. AIDS. 1991, 4, 4, 428-434.
70. Romieu I., Marlink R., Kanki P. et. al. HIV-2 link to AIDS in West Africa // J. AIDS. 1990, 3, 3, 220-230.
71. Rodrigues J. C. et. al. Evaluation of different techniques in the diagnosis of *Toxoplasma encephalitis* // J. Med. Microbiol. -1997. -46, 7. -P. 597-601.
72. Saba J. et. al. Pyrimethamin plus azithromycin for treatment of acute toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. -1993. -12. -P. 853-856.
73. Schmidt W., Schneider T., Ullrich R. Immunsystem des Darms bei der HIV-Infektion. // Wasting und AIDS: die Behandlung der HIV-bedingten Kachexie hrsg. von H. Jager. Unter Mitarb von P. H. Althoff...-Stuttgart: N. Y. Thieme. 1997, S. 27-36.
74. Torre D., Casari S., Speranza F. et. al. Randomized trial of trimethoprim-sulfamethoxazol versus pyrimethamine-sulfadiazine for therapy of toxoplasmic encephalitis in patients with AIDS // Antimicrobial agents and chemotherapy. -1998. -42, 6. -P. 1346-1349.
75. Torres R. A. et. al. Randomized trial of dapsone and aerosolized pentamidine for the prophylaxis of *Pneumocystis carinii* pneumonia and toxoplasmic encephalitis // Am. J. Med. -1993. -95. -P. 573-583.
76. Zeifert P., Leary M., Boccellari A. Treatment of cognitive impairment. Focus. 1996, 7, p. 1-7.
77. Yung R. C., Weinacker A. B., Steiger D. J. Upper and middle lobe bronchoalveolar lavage to diagnose *Pneumocystis carinii* pneumonia. // Am. Resp. Dis. 1993, 148, pp. 1563-1566.
78. Veljkovic V., Metlas R. Sequence similarity between HIV-1 envelope protein (gp120) and proteins: a new hypothesis on protective antibody production // Immunol. Letters. 1990, 193-196.

79. Veljkovic V., Metlas R. Identification of immunoglobulin recombination elements in HIV-1 a gene // Immunol. Letters.1992,31.1, 11–14.
80. Wain-Hobson S. Hypermutation of the HIV genome // Retroviruses of human AIDS and related animal dis., Paris.1990,91–97.
81. Weiss R. A. Clapham P. R. Cellular pathogenesis of HIV-1 and HIV-2 // Science Challenging AIDS. Basel, Karger. 1992. 107–115.

Internet saytlari:

82. <http://www.hiv-aids.ru/zines/jaids.php>

83. <http://www.medmir.com/>

84. <http://www.eurasiahealth.org/rus/aids>

MUNDARIJA

KIRISH	3
QISQACHA TARIXIY MA'LUMOT	5
I BOB. ETIOLOGIYASI	
OIV morfologiyasi va morfogenezi	12
II BOB. EPIDEMIOLOGIYASI	
O'zbekistonda OIV/OITS	20
III BOB. PATOGENEZI	
OIVning sitopatogen ta'siri	41
Infekcion jarayonning makroorganizmdagi patologiyasi	43
OIV infeksiyasi immunopatogenezi	43
OIV infeksiyasida immun tizimi	44
Asab tizimidagi o'zgarishlar patogenezi	46
Kaposhi sarkomasining patogenezi	46
IV BOB. KLINIKASI	
Klassifikatsiyasi	50
OIV infeksiyasining JSST klassifikatsiyasi	52
V. I. Pokrovskiy klassifikatsiyasi	56
Zamburug'li infeksiyalar	61
Bakterial infeksiyalar	86
Protozoily infeksiyalar	92
Kaposhi sarkomasi (KS)	95
Terining boshqa kasalliklari	98
Terminal bosqich	103
Limfatik va qon hosil qilish tizimlarining zararlanishi	105
Nafas tizimi a'zolarining zararlanishi	110
Og'iz shilliq pardasi va oshqozon-ichak tizimining (OIT) zararlanishi	122
Jigardagi o'zgarishlar	133

OIV infeksiyasining bolalarda kechishi.....	150
OIV infeksiyasining ayollarda kechishining o'ziga xosligi.....	155
Testdan avvalgi va keyingi konsultatsiya	160

V BOB. OIV-INFEKSIYASINI TAHLILIIY (LABORATORIYA) TASHXISLASH USULLARI

Katta yoshdagilarni tahliliiy tashxislash qoidalari.....	168
18 oygacha bo'lgan bolalarda OIV infeksiyaga, gumon qilingan holda tahliliiy tashxislash	169
OIVga tekshirish uchun qon namunalarini olish, laboratoriyaga yo'llanma to'ldirish va laboratoriyaga keltirish qoidalari	170

VI BOB. OIV/OITS NI DAVOLASH

Antiretrovirus terapiyaga ko'rsatmalar	184
Katta yoshdagilarga va o'smirlarga ARVTni o'tkazish	184
Bolalarda ARVTni o'tkazish	186
OIV infeksiyasini yuqtirgan homilador ayollarda ulardan tug'ilgan bolalarda ARV preparatlar bilan profilaktika o'tkazish.....	188
Ikkilamchi va opportunistik infeksiyalarni hamda boshqa OITS assotsiatsiyalangan kasalliklarni davolash	192

VII BOB. OIV/OITS KASALLIGIGA CHALINGANLARGA TIBBIY YORDAMNI TASHKIL QILISH TARTIBI VA AMALGA OSHIRISH (O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING 480- SONLI BUYRUG'IGA ASOSAN)

Dispanser kuzatuv.....	203
OIV infeksiyasiga chalinganlarda teri va tanosil kasalliklari kuzatilgandagi harakat qoidalari	206
Shoshilinch tibbiy yordam muassasalarida OIV infeksiyasi bilan og'rigan shaxslarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil qilish (xirurgiya, terapiya, pediatriya, reanimatsiya bo'limlarida).....	206
OIVga chalingan va OITS mavjud bemorlarga palliativ yordam ko'rsatish, simptomatik davolash hamda parvarish qilish	207

OIV infeksiyasiga chalinganlarni parvarish qilishning umumiy tamoyillari.....	213
---	-----

VIII BOB. PROFILAKTIKASI

Kasalxona ichi infeksiyasi sifatida oldini olish	217
Tibbiyot xodimlarini OIV infeksiyasi yuqishidan saqlash chora-tadbirlari	221

IX BOB. OIV/OITSGA TAALLUQLI BO'LGAN ME'YORIY HUJJATLAR

«Odamning immunitet tanqisligi virusi bilan kasallanishining (OIV kasalligining) oldini olish to'g'risida» O'zbekiston Respublikasining Qonuni (19. 09. 1999- yil)	224
«OIV/OITS (VICH/SPID) kasalligiga tibbiy tekshiruvdan o'tkazish va OIV/OITSLi bemorlarga tibbiy yordamni tashkil qilish» to'g'risidagi O'zbekiston Respublikasi sanitariya qoidalari, me'yorlari va gigiyena normativlari (San K va M №0187–6. 10. 2005- yil)	230
«O'zbekiston Respublikasida donorlar qoni va uning tarkibiy qismlari xavfsizligini ta'minlash to'g'risida»gi Respublika Bosh Davlat Sanitariya vrachining 2004- yil 22- dekabrda 42-sonli Qaroridan ko'chirma	239
«O'zbekiston Respublikasida 2007–2011- yillarda OIV infeksiyasi tarqalishiga qarshi kurashishning Strategik dasturi»	247
«OIV infeksiyasi bilan bog'liq profilaktik chora-tadbirlarni va tibbiy ijtimoiy yordamni tashkil qilishni takomillashtirish to'g'risida»gi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2007- yil 30 oktabrdagi 480-sonli Buyrug'idan ko'chirma.....	260
O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalarida sanitariya-gigiyenik, epidemiyaga qarshi va dezinfekcion rejimlarga rioya qilish to'g'risida»gi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2007- yil 29- dekabrda gi	

600- sonli Buyrug'idan ko'chirma	268
Tibbiy asbob-anjomlarni, shprislarni zararsizlantirish, sterilizatsiyadan oldingi tozalov va sterilizatsiya qilish bo'yicha yo'riqnoma (O'zbekiston Respublikasi SSVning 600-sonli Buyrug'i 8-ilova)	272
O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 4- Buyrug'idan ko'chirma	276
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR	279

A. B. PAQIRDINOV
U. A. VALIXONOV

OIV/OITS

Oliy o'quv yurtlari uchun o'quv qo'llanma

«TAFAKKUR BO'STONI»—TOSHKENT—2013

Muharrir *X. Po'latxo'jayev*

Rassom *B. O'rinova*

Sahifalovchi *A. Qo'nishev*

Musahhah *B. Tuyovov*

Nashriyot litsenziyasi AI № 190. 10. 05. 2011- y.
Bosishga ruxsat etildi 04. 10. 2013. Bichimi 60 × 84^{1/4}.
«Times New Roman» garniturasida. Ofset qog'ozi.
Ofset bosma usulida chop etildi. Shartli b. t. 18.0.
Adadi 500 nusxa. Buyurtma № 59.

«TAFAKKUR BO'STONI» nashriyoti
Toshkent sh., Yunusobod tumani. 9-13.

«TAFAKKUR BO'STONI» MCHJ bosmaxonasida chop etildi
Toshkent sh., Chilonzor ko'chasi, 1- uy.