

SKARLATINADA EPIDEMIK JARAYONNING RIVOJLANISH SHAKLLARI.

Faxriddinova Shaxnoza Faxriddinovna

faxriddinova.shaxnoza@bsmi.uz

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

Rezyume: Streptokokk infeksiyasi barcha mamlakatlarda eng dolzarb sog'liqni saqlash muammolaridan biri bo'lib qolmoqda, bu A guruhi streptokokklarining keng tarqalganligi va ushbu patologiyaning katta ijtimoiy-iqtisodiy zarari bilan belgilanadi.

Streptokokk kasalliklari dunyoda eng ko'p qayd etilgan kasalliklardan biridir. JSST ma'lumotlariga ko'ra, 18,1 million kishi A guruhidagi streptokokklar keltirib chiqaradigan og'ir kasalliklardan aziyat chekmoqda. Har yili 1,8 millionga yaqin yangi holatlar qayd etiladi, 500 mingdan ortiq odam vafot etadi, bunga 11 milliondan ortiq streptoderma va 616 million faringit holatlarini qo'shish kerak. Streptokokk tozillit o'tkir respirator kasalliklar tarkibida grippdan keyin ikkinchi o'rinni egallaydi.

Kalit so'zlar: tana harorati ko'tarilishi, tonzillit.

Стрептококкли инфекциялар - бу юқори нафас йўллари, тери қопламаларининг зарарланиши, касалликдан кейин аутоммун (ревматизм, гломерулонефрит) ва токсико- септик (некротик фасциит, миозит, токсик шок синдроми, метатонзилляр ва перитонзилляр абсцесслар ва б.) асоратлар ривожланиши билан кечадиган, стафилококкларнинг ҳар хил серогуруҳлари чақирадиган антропоноз касалликлардир.

Россияда 2,8 миллионга яқин (2008 йил) стрептококк етиологияси касалликлари қайд етилган. Россия Федерациясида сўнгги йилларда 14 ёшгача бўлган болаларда скарлатина билан касалланиш 100 минг болага 200-250 ни ташкил қилади.

Замонавий шароитда болаларда стрептококк инфекциясининг клиник хусусиятлари келтирилган. Касалхонага ётқизилган беморларда касалликнинг ўртача шакллари устунлик қилади (скарлатина билан - 85,8%, стрептококкли ангина - 72,3%). Скарлатинанинг асоратланиш даражаси 11,1% ни ташкил этади. Асоратларда қуйидагиларни кўриш мумкин: ўрта отит (50,0%), касалликнинг кейинги босқичларида тонзиллит (33,3%), паратонсиллар инфилтрат (5,6%), паратонсиллар хўппоз (11,1%). Аллергик асоратлар қайд етилмаган.

Бирламчи стрептококк инфекциялари ичида скарлатина асосий ўринни эгаллайди. Унинг тарқалиш хусусияти ва клиник-эпидемиологик кўринишлари бўйича умуман стрептококк инфекциялари, айниқса, А

гуруҳидаги стрептококк инфекциялари билан касалланиш ҳолати ва эпидемик жараённинг ривожланиш қонуниятлари тўғрисида хулоса чиқариш мумкин.

Скарлатинада қўзғатувчи манбалари ўткир стрептококкли касалликларнинг ҳар хил клиник шакллари билан оғриган беморлар ва патоген стрептококкларни ташувчилар ҳисобланади. Скарлатина стрептококкли импетигодан кейин ёки тери жароҳатларининг стрептококклар билан иккиламчи зарарланишидан кейин ривожланиши мумкин (экстрабуқкал шакл).

Юқори нафас йўлларида стрептококклар бўлган беморлар (скарлатина, ангина, стрептококкли ЎРК) инфекция манбаи сифатида катта эпидемиологик аҳамиятга эга. Бундай беморлар ўта юқтирувчи бўладилар, улар ажратиб чиқарадиган стрептококклар эса асосий вирулентлик омилларини, яъни капсула ва М-оқсилни сақлайди. Шунинг учун кўрсатиб ўтилган беморлардан мойил кишиларга касаллик юқиши кўпинча уларда яққол белгилар билан касаллик ривожланиши кузатилади. Стрептококкли касалликларнинг нафас йўлларида ташқари шакллари билан оғриган беморлар (стрептококкли пиодермитлар, отитлар, мастоидитлар, остеомиелитлар ва ҳ.к.) организмдан қўзғатувчининг ажралиши унчалик фаол бўлмаганлиги сабабли инфекция манбаи сифатида камроқ эпидемиологик аҳамиятга эга. Стрептококкнинг бошқа кўринишлари бўлган беморларни инфекция манбаи сифатида эпидемиологик жиҳатдан энг хавфли, деб ҳисоблаш мумкин. Бу биринчи галда стрептококклар жойлашган жойда микроб ўчоғининг бирмунча катталиги ва стрептококклар вирулентлигининг юқорилиги билан изоҳланади. Касал одам атрофидагилар учун касалликнинг биринчи кунлари хавфли, беморнинг юқумлилиқ даври касаллик бошланишидан сўнг уч ҳафта ўтгач тўхтайди.

Скарлатина яширин даври бир неча соатдан етти кунгача давом қилади. Шу вақт ичида организмда скарлатина қўзғатувчисининг кўпайиши рўй беради, шундан сўнг у кўп миқдорда атроф-муҳитга ажралади.

Скарлатина ва ангинадан тузалаётган беморлар ва тузалагандан кейин ҳам қўзғатувчини ташувчилар манбалари бўлиб хизмат қилишлари мумкин. Касалликдан кейинги бактерия ташувчанлик беморларни нотўғри даволаш натижасида шаклланади. Реконвалесцент бактерия ташувчилар, беморлар сингари, юқори юқтирувчанликка эга, улар организмдаги стрептококклар эса вирулентлигини бир ойгача сақлаб қолишга қодир бўлади. Стрептококкнинг бирмунча давомли бактерия ташувчанлиги юқори нафас йўлларидаги сурункали касалликлар (тонзиллитлар, ринофарингитлар) билан касалланиб тузалганларда кузатилади.

Инфекция манбаларининг энг катта гуруҳини соғлом бактерия ташувчилар ташкил қиладилар. Шаклланиш механизми бўйича бундай соғлом

бактерия ташувчилик имунитети бор бўлган кишиларда кузатилади. Скарлатина билан касалланиш бўйича эпидемиологик хотиржам бўлган даврларда соғлом бактерия ташувчиларнинг улуши, соғлом аҳолининг 5-15% ни ташкил қилиши мумкин. Уларнинг кўпчилиги қўзғатувчини узоқ вақт давомида (ойлар, йиллар) ажратиб юрадилар. Соғлом бактерия ташувчилардан ажраладиган стрептококклар паст вирулентлиги билан ҳарактерланади, бу хусусиятлари атрофдагиларга юктириш қобилятининг юқори эмаслигини белгилайди. Аҳоли популяциясида имунитетсизлар сони ошиши билан соғлом бактерия ташувчилик аста-секин фаоллашади, ажралаётган қўзғатувчининг вирулентлиги ошади. Бактерия ташувчилик табиати ўзгариши билан бирга аҳоли ўртасида бактерия ташувчилар улушининг кўпайиши рўй беради, натижада вирулентлиги юқори бўлган стрептококкнинг битта ёки иккита серологик турлари шаклланади. Йилнинг турли мавсумларида соғлом бактерия ташувчилардан ажратилган стрептококклар штаммларининг хоссалари бир хил эмас. Касалланиш даражаси энг юқори бўлган даврда (январь, февраль) қўзғатувчиларнинг вирулентлиги юқори бўлади.

Касаллик қўзғатувчиларининг манбаи стрептококкнинг давомли ташувчилари (2-6 ой, 1 йил ва бундан ортиқ) ҳисобига сақланади. Скарлатинанинг ҳар хил клиник шакллари ва бошқа стрептококкли инфекциялар билан касалланган беморларнинг инфекция манбаи сифатидаги роли, бактерия ташувчиларга, айниқса, соғлом бактерия ташувчиларга нисбатан юқори бўлсада, соғлом бактерия ташувчиларнинг инфекция манбаи сифатидаги аҳамиятини ҳисобга олишни унутиш мумкин эмас. Бактерия ташувчиликнинг аҳоли орасида кенг тарқалганлиги, бактерия ташувчилар орасида йирик микроб ўчоқлари бўлган шахслар улушининг кўплиги ташқи муҳитга қўзғатувчиларнинг кўп ажралишини таъминлайди, ташқарига ажралаётган штаммлар орасида вирулентлиги юқори бўлган штаммлар улушининг кўплиги А гуруҳидаги соғлом стрептококклар ташувчиларини эпидемиологик жиҳатдан хавфли инфекция манбалари тоифасига киритишни тақозо қилади.

Ҳозирги даврда стрептококкли инфекция устидан эпидемиологик назоратнинг мақсади бирламчи ревматизм ҳолларининг олдини олиш, стрептококкли инфекциялар ва скарлатинанинг гуруҳли касалланишларининг олдини олиш, шунингдек, стрептококкли респиратор инфекция ва ангина билан касалланиш даражасини пасайтириш ҳисобланади.

Скарлатинанинг антитоксик зардоб билан махсус профилактикаси одатда ўтказилмайди. Скарлатинанинг фаол профилактикаси учун анатоксин яратилганлиги тўғрисида ҳеч қандай маълумотлар йўқ. Сўнгги йилларда А-гуруҳидаги стрептококклар чакирадиган касалликларга қарши вакциналарни

ишлаб чиқиш йўлида қисман ютуқларга эришилган. Улардан нечоғлик кенг фойдаланилади деб айтиш ҳозирча қийин. Бироқ икки гуруҳдаги кишилар вакцинадан манфаатдор бўлишлари шубҳасиз: ҳарбийлар ва баъзи бир уюшган жамоалардаги ва организми заифлашган шахслар.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Анохин В.А. Стрептококковая инфекция у детей и подростков // Практическая медицина. Общество с ограниченной ответственностью «Практика». — 2008. — №31. — С.8—14.
2. Афанасьева Н.А. Инфекционно—воспалительные заболевания полости рта и глотки // Российский медицинский журнал = Russian medical journal : Двухмес. науч.—практ. журн. — М. : Медицина, 2007. — № 5. — С.21— 25.
3. Афанасьева Н.Н. Псевдотуберкулез у детей // Медицина в Кузбасе : науч.—практ. журн. / Кемеровская гос. Мед. академия. — Кемерово : НП «ИД Медицина и Просвещение», Кузбас, 2008. — № 1. — С.3—5.
4. Балабанова Р.М., Гришаева Т.П. Инфекция горла — современный взгляд на методы диагностики и принципы терапии А-стрептококковой инфекции глотки // Consilium medicum. — 2004. — Т.6. — № 10. — С. 23—25.
5. Белобородов В.Б. Оптимизация применения защищенных пенициллинов для лечения инфекций дыхательных путей // Российский медицинский журнал = Russian medical journal: Двухмес. науч.-практ. журн. — М. : Медицина, 2007. — № 18. — С. 12—13.
6. Беляков В.Д., Брик Н.И. // Здоровье населения и среда обитания: Информационный бюллетень / Федеральный центр государственного санитарно—эпидемиологического надзора. М. : ВНИСО. Ежемес., 1994 — № 10 (19) — С.4—7.
7. Белякова И.В. OF-типирование при изучении эпидемического процесса стрептококковой инфекции // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунологии / Минздрав РФ. — М. : Медицина, 1993. — № 2. — С.48— 49.