

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
МИКРОБИОЛОГИЯ, ЮҚУМЛИ ВА ПАРАЗИТАР КАСАЛЛИКЛАР
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШИЛГАН»

Республика ихтисослаштирилган
эпидемиология, микробиология,
юқумли ва паразитар касалликлар
илмий-амалий тиббиёт маркази
директори Б.М. Таджиев



” 2025 йил

**«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

**«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш

Қутуриш *Rhabdoviridae* оиласи, *Lyssavirus* туркумига мансуб РНК сақловчи вируслар келтириб чиқарадиган зооноз касаллиқдир (16-19). Вирус, одатда, клиник жиҳатдан касалланган сут эмизувчиларнинг сўлагида бўлади ва тишлаш орқали юқади. Қутуриш касаллигига чалинган ҳайвонларнинг сўлаги тишланиш, тирналиш ва сўлак тегиши орқали юқиши мумкин. Вирус одамнинг марказий асаб тизимига киргандан сўнг, организмда ўткир, зўрайиб борувчи энцефаломиелит касаллигини келтириб чиқаради. Бу касаллик ҳар доим ўлим билан якунланади. Қутуришнинг инкубацион даври бир ҳафтадан бир неча ойгача давом этади, бу тишлашнинг локализациясига, кирган вирус миқдорига ва беморнинг иммунитет тизими ҳолатига боғлиқ. Касалликнинг клиник кечиши бир неча босқичларга бўлинади: продромал, энцефалитик (гидрофобия), паралитик ва терминал. Ўлимнинг асосий сабаби марказий асаб тизимининг шикастланиши фонида полиорган етишмовчилигидир (MSD Manuals, 2023).

Ушбу (Қутуриш) миллий клиник протоколлари ХКТ-11 А82, А82.0, А82.1, А82.9 бўйича қутуриш ташхиси қўйилган беморлар учун ишлаб чиқилган бўлиб, ДПМ (турли даражадаги юқумли касалликлар шифохоналари) да фойдаланиш учун мўлжалланган.

Касалликларнинг халқаро таснифи - ХКТ-10/11 код (лар):

ХКТ -10		ХКТ -11	
Код	Номи	Код	Номи
A82	Қутуриш	1C82	Қутуриш
A82.0	Ўрмон қутуриши	QC90.3	Бемор билан алоқа ва қутуриш касаллигини юқтириш эҳтимоли
A82.1	Шахар қутуриши	QC01.2	Қутуриш касаллигига қарши иммунизация зарурати
A82.9	Аниқланмаган қутуриш		
Z20.3	Бемор билан алоқа ва қутуриш касаллигини юқтириш эҳтимоли		
Z24.2	Қутуриш касаллигига қарши иммунизация зарурати		
	https://mkb-11.com/index.php?pid=531		https://mkb-11.com/index.php?pid=531

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:

- 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 янги муҳим далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

- Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт марказ.

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДАГИ ИШТИРОКЧИЛАР:

1	Таджиева Нигора Убайдуллаевна	Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д.	РИЕМЮПКИАТМ
2	Урунова Дилбар Махмудовна	Бўлим мудири т.ф.н.	РИЕМЮПКИАТМ
3	Курбанова Гулноза Шукуровна	1-сонли шаҳар клиник юқумли касалликлар шифохонасининг бош шифокори	Тошкент шаҳридаги 1- сонли юқумли касалликлар клиник шифохонаси
4	Усманова Элмира Мамарафиковна	Юқумли касалликлар кафедраси т.ф.н., доцент	Андижон давлат тиббиёт институти
5	Мирзакаримова Дилдора Баходировна	юқумли касалликлар кафедраси мудири, т.ф.н.	Андижон давлат тиббиёт институти
6	Искандарова Гулноза Тулкиновна	Эпидемиология кафедраси мудири	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази
7	Ибадова Гулнара Алиевна	Юқумли касалликлар кафедраси профессори, т.ф.д.	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази
8	Холматова Камола Шавкатовна	Даволаш ишлари бўйича бош шифокор ўринбосари	РИЕМЮПКИАТМ
9	Бутабаев Якубжон Туклибаевич	Юқумли касалликлар кафедраси ассистенти, гигиенист, эпидемиолог	Андижон давлат тиббиёт институти
10	Каршиева Назира Зайнитдиновна	Бош мутахассис	Санитария- эпидемиологик

			осойишталик ва жамоат саломатлиги кўмитаси
1	Мирзаев Умир Хамрокулович	Бош мутахассис	Санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги кўмитаси

Асосий муаллифлар рўйхати:

- 1. Таджиева Нигора Убайдуллаевна** - РИЕМЮПКИАТМ, илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д., доцент
- 2. Урунова Дилбар Махмудовна** – РИЕМЮПКИАТМ, лаборатория бўлими мудир, т.ф.н.
- 3. Усманова Элмира Мамарафиковна** - Андижон давлат тиббиёт институти, Юқумли касалликлар кафедраси т.ф.н., доцент.
- 4. Холматова Камола Шавкатовна**- РИЕМЮПКИАТМ, Даволаш ишлари бўйича бош шифокор ўринбосари

Рецензенты:	
Хасанова Гузаль Миргасимовна	Бошқирдистон Давлат тиббиёт университети юқумли касалликлар кафедраси т.ф.д., профессор
Неъматов Аминжон Сабдарович	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази Эпидемиология кафедраси т.ф.д. профессор

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИЕМЮПКИАТМ филиалларининг директорлари ва ўринбосарлари), юқумли касалликлар хизмати тизимининг минтақавий муассасалари шифокорлари иштирокида ўтказилган ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий келишувга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлашга тавсия этилди. Мазкур йиғилиш 2025 йил 24 апрелда онлайн шаклда бўлиб ўтди, 2-сонли баённома.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида,

клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Мувофиқлаштирувчи кенгаш мажлиси баённомасидан кўчирма (сана: _____, рақам: _____)

ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Синф	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИНИ
I	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашув усуллари фойдали ва самарали эканлиги исботланган ёки умумий қабул қилинган ВА потенциал фойда потенциал хавфдан аниқ ва сезиларли даражада устундир.	Тавсия этилган
II	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашувнинг фойда / самарадорлигига зид маълумотлар ва/ёки фикрлаш тафовути ЁКИ фойда/хавф мувозанатига оид ноаниқлик.	Мақсадга мувофиқ
IIa	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлигини кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлиги ҳақида унча аниқ ишонарли эмас.	Ўта эҳтиёткорлик билан

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар ҳулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-тахлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар церийаси тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

Мундарижа

"ҚУТУРИШ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	4
«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	26
«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	31

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР

УАШ	Умумий амалиёт шифокори
ИФТ	Иммунофермент таҳлили
ЎСВ	Ўпканинг сунъий вентилляцияси
ПЗР	Полимераза занжирли реакцияси
ПЭП	Постэкспозицион профилактика
НР	Нейтрализация реакцияси
ЭГАР	Эгри гемаглютинация реакцияси
РГАР	Пассив гемаглютинация реакцияси
КБР	Комплемент бириктириш реакцияси
ГАТР	Гемаглютинацияни тормозлаш реакцияси
ЭКГ	Электрокардиография
ДИД	Далилларни исботий даражаси

2. Асосий қисм

Қутуриш муаммосининг долзарблиги инфекциянинг кенг тарқалиши ва 100% ўлим билан боғлиқ. Ҳозирги босқичда бутун дунёда бўлгани каби қутуриш инфекциясининг глобал даражада ўсиши кузатилмоқда.

Қутуриш - *Rhabdoviridae* оиласига мансуб вирус келтириб чиқарадиган ўткир вирусли касаллик бўлиб, ўз вақтида даволаш-профилактика чоралари кўрилмаса, муқаррар равишда ўлимга олиб келади. Касаллик одамга зарарланган ёввойи ҳайвонлар, шунингдек, итлар, мушуклар, кўршапалаклар ва ёввойи сутемизувчиларнинг тишлаши, тирнаши ва сўлаги орқали юқади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, дунёда ҳар йили қутуришдан 59 000 га яқин ўлим ҳолати қайд этилади, уларнинг аксарияти ривожланаётган мамлакатларда содир бўлади ([WHO, 2023](#)).

Қутуриш касаллигининг яширин даври бир ҳафтадан бир неча ойгача, ҳатто бир йилгача чўзилиши мумкин. Бу давр чақиш жойига, организмга кирган вирус миқдорига ва беморнинг иммунитет тизими ҳолатига боғлиқ. Касалликнинг клиник кечиши бир неча босқичга бўлинади: продромал, энсефалитик (гидрофобия), фалажлик ва якуний босқич. Ўлимнинг асосий сабаби марказий асаб тизимининг зарарланиши натижасида келиб чиқадиган кўп аъзолар етишмовчилигидир ([MSD Manuals, 2023](#)).
https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1

Замонавий ташхис усуллари вирусни лабораторияда аниқлашда иммунофлуоресцент таҳлил (ИФТ), молекуляр усуллар (RT-PCR) ва тезкор тестлардан фойдаланишни ўз ичига олади. Касалликнинг олдини олишда вирус манбаи билан алоқадан сўнг дастлабки соатларда иммуноглобулин билан эмлаш ва иммунизация қилиш ҳал қилувчи аҳамиятга эга ([CDC, 2023](#)).

Ушбу протоколнинг мақсади тиббий ёрдамнинг барча босқичларида қутуриш касаллигини ўз вақтида аниқлаш, ташхислаш, олдини олиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича тавсияларни тақдим этишдан иборат.

Таърифи:

Қутуриш (гидрофобия, лат. - *rabies*, греч. - *lyssa*) - зарарланган гўштхўр ҳайвонларнинг сўлаги шикастланган тери ва шиллиқ қаватларга тушиши натижасида юзага келадиган ўткир вирусли зооноз инфекция. Касаллик бош ва орқа мия нейронларининг дегенерацияси билан кечиб, ўзига хос энцефалит ривожланишига олиб келади.

Табиатдаги инфекция манбасининг асосий хўжайинлари ёввойи ҳайвонлар (асосан кўршапалаклар) бўлиб, улар вируснинг узок муддат айланишини таъминлайди. Синантроп ҳайвонлар (одам ёнида, унинг уйида ёки бевосита яқинида яшовчи) ёввойи ҳайвонлардан касалликни юқтириб, антропургик ўчоқларни ҳосил қилади ва касалликнинг одамга юқиш хавфини оширади.

Касалликнинг иккита асосий эпидемик шакли мавжуд: шаҳар қутуриши ва ўрмон қутуриши.

Касалликнинг эпидемиологияси:

Қутуриш зооноз инфекция ҳисобланади. Қутуришнинг асосий резервуарлари кўршапалаклар бўлиб, улар касалланмасдан вируснинг узок муддат айланишини таъминлайди. Табиатда қутуриш касаллигининг асосий тарқатувчилари ёввойи ҳайвонлар (чиябўрилар, бўрилар, тулкилар) ҳисобланади. Синантроп ҳайвонлар касалликни ёввойи ҳайвонлардан юқтириб, антропургик ўчоқлар ҳосил қилади ва касалликнинг одамга ўтиш хавфини оширади. Касалликнинг иккита асосий эпидемик шакли мавжуд: шаҳар қутуриши ва ўрмон қутуриши.

Қутуришнинг асосий резервуарлари ёввойи итсимонлар, асосан тулкилар, енотсимон итлар, оқ тулкилар, бўрилар, чиябўрилар ва корсақлар ҳисобланади. Сўнгги йилларда бўрсиқлар, сассиккўзанлар, сувсарлар, қундузлар, буғулар, силовсинлар, ёввойи мушуклар, кулранг каламушлар ва уй сичқонларида қутуриш ҳолатлари қайд этилган. Олмаҳонлар, дала сичқонлари, ондатралар, нутриялар ва айиқларда ҳам касалланиш ҳолатлари аниқланган. Инфекция манбаи сифатида уй ва қишлоқ хўжалик

хайвонларининг улуши анча паст бўлиб, бу асосан итлар ва мушукларда (33% гача), камроқ даражада (12,7% гача) йирик ва майда шохли хайвонлар ҳамда отларда кузатилади. Уйсиз хайвонлар энг катта хавф туғдиради, чунки уларда кутуриш вируси билан касалланиш хавфи сезиларли даражада юқори ҳисобланади [11, 12, 13].

Таъсирчанлик. Одам учун инфекция манбаи касалликнинг яширин даврида бўлган ёки кутуриш касаллигининг клиник белгилари намоён бўлган хайвонлар ҳисобланади. Одамга юқишнинг асосий йўли - бевосита алоқа. Вирус зарарланган хайвон сўлаги орқали ташқи муҳитга чиқарилади. Одам касал хайвон тишлаганда, тирнаганда ёки тери ва шиллик қаватларига сўлак текканда (жумладан, шикастланмаган терига ҳам) касаллик юктириши мумкин. Сўлакда вируснинг пайдо бўлиши хайвонларда касалликнинг клиник белгилари ривожланишидан олдин ҳам аниқланиши мумкин..

Таснифи:

https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1

I. Халқаро касалликлар таснифининг 10-чи қайта кўриб чиқилиши (ХКТ-ХI):

- A82 Қутуриш
- A82.0 Ўрмон кутуриши
- A82.1 Шаҳар кутуриши
- A82.9 Аниқланмаган кутуриш

II. Қутуришнинг клиник таснифи:

Тури бўйича:

1. Шаҳар типдаги кутуриш эпизоотияси;
2. Табiiй турдаги кутуриш эпизоотияси.

Клиник шакли бўйича:

1. Булбар;
2. Менингоэнсефалитик;
3. Мияча;
4. Фалажловчи.

Касаллик даврлари:

1. Дарак белгилари даври;
2. Қўзғалиш даври;
3. Фалажланиш даври.

3. Текширув усуллари, услублари, даволаш ёндашувлари ва диагностика жараёнлари.

Қутуриш ташхиси мураккаб жараён бўлиб, касалликнинг клиник кўринишини эпидемиологик анамнез маълумотлари билан биргаликда баҳолашни талаб этади. Лаборатория текширувлари натижалари бемор ҳаётлик пайтида аҳамиятга эга эмас. Ташхис қўйишда эпидемиологик анамнезни тўплаш муҳим ўрин тутаяди.

Эпидемиологик анамнез. Потенциал юқумли ҳайвонлар билан алоқа: юқумли ҳайвонларнинг (итлар, мушуклар, кўршапалаклар, тулкилар, чиябўрилар) тишлаши, тирнаши ёки уларнинг сўлаги шикастланган тери ёхуд шиллик қаватларига тушиши. Эндемик ҳудудларда қутуриш касаллигининг одамга юқиш ҳолатларининг 99% кўпроғи дайди ва уй итлари орқали содир бўлади ([WHO, 2023](#)).

Инкубацион даври

Инкубацион даври 7 суткадан 1 йилгача ва ундан ортиқ (кўпинча 30 - 90 сутка).

Бошланғич давр

Касаллик даракчилар давридан (продромал давр) 1-3 кун ичида аста-секин бошланади: иситма, кўпинча субфебрил, эшитиш ва кўриш кўзгатувчиларига юқори сезувчанлик, тери гиперестезияси бўлиши мумкин. Чандиқланган жароҳат соҳасида баъзан яна маҳаллий яллиғланиш ҳодисалари пайдо бўлади, чандиқ қизаради ва шишади. Бир неча соатдан бир неча кунгача давом этадиган ҳиссий фаолликнинг ошиши ҳам кузатилади. Юзни тишлаганда ҳид билиш ва кўриш галлюцинациялари пайдо бўлади. Бемор одамови, лоқайд, овқатдан бош тортади, ёмон ухлайди, уйқуси кўркинчли тушлар билан бирга келади.

Ўткир энцефалитнинг бошланиши психомотор кўзгалиш хуружлари билан намён бўлади. Тез орада онгнинг ўзгариши, галлюцинациялар, тажовузкорлик, ғазаб, васваса ғоялари, мушак спазмлари, тутқаноқлар кўшилади. Бемор қочишга ҳаракат қилади, тишлайди, муштлари билан хужум қилади. Касаллик хуружи ("қутуриш пароксизми") ҳалқум, ҳиқилдоқ, диафрагма мушакларининг тортишиши билан кечади, нафас олиш ва ютиш бузилиши мумкин. Психомотор кўзгалиш, гиперсаливация, қусиш характерли бўлиб, бу сувсизланишга олиб келади. Хуружлар бир неча сония ёки дақиқа давом этади, кейинчалик уларнинг частотаси ортиб боради, уларни ичишга уриниш (гидрофобия), ҳаво пуфлаш (аэрофобия), ёрқин ёруғлик (фотофобия) ёки баланд товуш (акустикобия) кўзгатади. Бу ҳодисалар шунчалик кучайиб кетадики, сувнинг эсга тушиши ёки оқиб турган суюқликнинг товуши ҳалқум ва ҳиқилдоқ мушакларининг спазмини келтириб чиқаради. Нафас олиш қисқа тутқаноқли нафас олиш кўринишида шовқинли бўлади, хуруж баландлигида нафас олиш тўхташи мумкин. Хуружлар орасида, одатда, онг тиниқлашади. Тез орада энцефалит белгиларига ўзак функцияларининг бузилиш белгилари кўшилади. Бош мия нервларининг зарарланиши диплопия, юз мушаклари парези, кўрув нерви неврити, ютишнинг бузилишига олиб келади. Сўлак оқиши дисфагия билан биргаликда оғиздан кўпик чиқишига олиб келади, бу қутурган беморлар учун жуда хосдир. Тахикардия, гипертермия кузатилади.

Касалликнинг кейинги босқичи паралитикдир. 2-3 кундан кейин талваса ва кўзғалиш тўхтайди, эс-хуш тиниклашади. Аҳволнинг сохта яхшиланиши фонидида оёқ-қўллар, тил, юз мушакларининг фалажлари ривожланади. Ўлим нафас олиш ёки қон томирларини ҳаракатлантирувчи марказнинг фалажланишидан содир бўлади. Касалликнинг турли хил вариантлари бўлиши мумкин: продромал даврнинг йўқлиги ёки "сокин" қутуришнинг ривожланиши - Гиен-Барре синдромини эслатувчи юқорига кўтарилувчи фалажларнинг ривожланиши билан тавсифланади. Россия Федерациясида сўнгги йигирма йил ичида қутуришнинг клиник кўринишида айнан "сокин қутуриш" устунлик қилмоқда. Касалликнинг оқибати - беморнинг ўлими. Интенсив терапия (ЎСВ) бўлмаганда, биринчи аломатлар пайдо бўлганидан 4 кун ўтгач, беморларнинг ярми вафот этади, 20 кундан кейин - барча беморлар. Агар ЎСВ ўтказилса, кечки асоратлар ривожланиши мумкин: антидиуретик гормон гиперсекрецияси синдроми, қандсиз диабет, гемодинамиканинг беқарорлиги, аритмиялар, катталардаги РДС, ошқозон-ичакдан қон кетиши, тромботситопения ва бошқалар.

Диагностик мезонлар

[https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/;](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/)

<http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf?ysclid=lyim0uaylg564505270>

Қутуриш ташхисининг клиник мезонлари

Белги	Тавсифи	ДИД
Тана ҳароратининг кўтарилиши	Касалликнинг бошланишида субфебрил иситма, авж олиш даврида эса фебрил иситма характерлидир	В
Марказий асаб тизимининг шикастланиши	Гидрофобия, аэрофобия, кўзғалиш, тутқаноқ, галлюцинация хуружлари Энцефалопатия	В
Бош мия нервларининг шикастланиши	Диплопия, юз мушаклари парези, кўрув нерви неврити, ютишнинг бузилиши	В

Касалликнинг клиник кечиши, беморларнинг объектив ва физик текширувлари:

- тана ҳароратининг субфебрил даражадан 40°C ва ундан юқори гиперпиретик даражагача кўтарилиши;
- экзофтальм, қорачиқларнинг кенгайиши;
- галлюцинациялар билан ҳаракат кўзғалиши, кўп терлаш;
- гидрофобия, аэрофобия, акустикобия, фотофобия;

- "кутуриш пароксизми" (бирор кўзгатувчи таъсирида бемор сесканади; кўллари олдинга чўзилиб титрашни бошлайди; боши ва танаси орқага ташланади; нафас олиш қийинлашади);
- кўп сўлак ажралиши: сўлак суюқ, мўл, бемор уни туфлайди ёки у ияги бўйлаб оқади;
- сувсизланиш белгилари: юз чизиқларининг ўткирлашуви, тана вазни ва сийдик миқдорининг камайиши;
- беморнинг юзида даҳшат ва азоб акс этади, нигоҳи бир нуқтага қадалган;
- тахикардия;
- руҳий бузилишлар;
- оёқ-кўллар фалажининг ривожланиши (юқорига кўтарилувчи фалаж);
- бош мия нервлари зарарланиши (диплопия, юз нерви фалажи, кўрув нерви неврити);
- чаноқ аъзолари функциясининг бузилиши (приапизм, ўз-ўзидан эякуляция);
- вақти-вақти билан барча мушакларнинг оғриқли спазмлари (талвасалар) хуружлари;
- психомотор кўзгалиш ва тажовузкорликнинг даврий хуружлари;
- эшитиш ва кўриш галлюцинациялари, алахсираш, кўркув ҳисси,
- безовталиқ тажовузкор хусусиятга эга бўлиб, қутуриш ҳолатига ўтиши мумкин;
- онгнинг бузилмаслиги.

3. Тадқиқот усуллари, тиббий даволаш ва диагностика усуллари жараёнлари

Клиник белгилар бўйича касаллик даврларини баҳолаш мезонлари

Белги	Белгининг хусусияти
Анамнез ва шикоятлар	Касалликдан олдинги сўнгги ойда анамнезда ёввойи, дайди ёки уй ҳайвонлари томонидан тишланиш ёки сўлак тегиши, шунингдек, ёввойи ёки уй ҳайвонлари билан алоқада бўлиш ҳолатлари. Эътиборга олиш лозимки, қутуриш касаллигининг яширин даври етказилган жароҳатларнинг жойлашуви ва оғирлигига боғлиқ бўлиб, бир неча кундан 6 ойгача ва ундан ҳам кўпроқ вақтни ўз ичига олади. Энг қисқа яширин давр юз, бош, бўйин тишланганда кузатилади, ундан кейин юқори кўл-оёқлар, энг узоқ яширин давр эса пастки кўл-оёқлар тишланганда намоён бўлади

Продромал давр	Касаллик 1-3 кун давомида аста-секин бошланиб, дастлаб қуйидаги белгилар пайдо бўлади: уйқусизлик, асабийлашиш, тана ҳароратининг кўтарилиши ва нафас олишда қийинчилик ҳисси.
Авж даври	Касаллик авж олишининг патогномоник белгилари: сув ича олмаслик (гидрофобия), аэрофобия, психомотор кўзғалиш хуружларининг ривожланиши, сўлак оқиши, алахсираш ва галлюцинациялар.
Паралитик босқич	Кўзғалиш давридан 2-3 кун ўтгач, касалликнинг фалажлик босқичи ривожланади.

Ташхисни лаборатор тасдиқлаш мезонлари:

https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr_beshenstvo_1_.pdf?ysclid=lshqb0y2u0240689941

Тириклик пайтидаги ташхис усуллари:

Усул	Кўрсатма	ДИД
Умумий қон таҳлили	Диагностика ва дифференциал диагностика мақсадида	С
Сўлак, кўз ёши ёки орқа мия суюқлигининг вирусологик текшируви	Сичқон болаларини интратцеребрал зарарлаш орқали сўлак, кўз ёши ёки орқа мия суюқлигидан вирусни ажратиб олиш)	А
ПЗР (ОМС, тўқима, сўлак)	Қутуриш вируси РНКсини аниқлаш	А
Иммунохроматографик усул (тўқима, зардоб, ОМС)	Қон зардоби, қон ва ОМС, мия тўқималари, тўқималарда қутуриш вирусига қарши антиген ва антитаналарни аниқлаш	А
РИФ (кўз шох пардадан олинган излар ёки тери биоптатлари).	Шох парда излари ёки тери биоптатлари, мия тўқимасидан қутуриш вирусига қарши антиген ва антитаналарни аниқлаш	В
Тери биоптати иммунофлуоресцент таҳлили (ИФТ)	(терининг нерв охирларида вирус антигенини аниқлаш) Материал: бўйиннинг орқа юзаси соҳасидан соч фолликулалари мавжуд тери биопсияси Қон зардоби, қон ва орқа мия суюқлиги, мия тўқимаси, тўқималарда қутуриш вирусига	С

	қарши антиген ва антитаналарни аниқлаш (чекланган ташхис қийматига эга, чунки антитаналар касалликнинг кечки босқичларида пайдо бўлади)	
Изотермик амплификация (RPA)	Материал: сўлак, тери биопсияси Вирусли РНК мавжудлигини тезкор тасдиқлаш учун Иммунохроматографик таҳлил (ICA) (ҳайвонларнинг бош мия намуналарида кутуриш вируси антигенларини тез аниқлаш учун)	В

Ўлимдан кейинги диагностика усуллари:

Усул	Кўрсатма	ДИД
Гистологстологик усул	Бабеш-Негри таначаларини суртмаларда, кесмаларда, аммон шохининг хужайраларида, гиппокампа, катта мия пўстлоғининг пирамидал хужайраларида ёки миячанинг Пуркине хужайраларида аниқлаш.	А
Биологик намуна	(Янги туғилган сичқонлар ёки сурия олмахонларига вируснинг беморлар сўлагидан, мия тўқимаси суспензиясидан ёки жағ ости безларидан интратцеребрал йўл билан юқиши): инфекциядан 6-7 кун ўтгач, ҳайвонларнинг ўлими кутуриш вируси мавжудлигини тахмин қилиш имконини беради.	А
Тўғри иммунофлуоресценция (DFA)	Материал: мия тўқимаси намуналари (мия пояси, мияча, гиппокамп) ЖССТ тавсиясига кўра ўлимдан кейинги ташхислашнинг "олтин стандарти"	А

Мия тўқимасининг RT-PCR текшируви	Материал: мия тўқимаси намуналари	В
-----------------------------------	--------------------------------------	---

- қоннинг клиник таҳлили ташхис қўйиш ва қиёсий ташхис ўтказиш мақсадида бажарилади. Унга хос белгилар: лейкопения ёки лимфотитар лейкоцитоз, анэозинофилия, касалликнинг сўнгги босқичларида эса гематокрит кўрсаткичининг ошиши ва тромботцитопения кузатилади:

- текширилаётган материалда қутуриш вируси антигенини РИФ ёки РНИФ ёрдамида флюорохром билан нишонланган антителалардан фойдаланиб аниқлаш тавсия этилади. Тириклик пайтидаги тест учун шох парда излари ва энса териси биоптати; ўлимдан кейинги тест учун эса бош миянинг чап ва ўнг томонидаги турли қисмларидан (аммон шохи, ярим шарлар пўстлоғи, мияча ва узунчоқ мия) олинган суртма-излар ишлатилади. Бундан ташқари, орқа мия ва жағ ости сўлак безларини ҳам текшириш мумкин. Ушбу усул қўшимча ҳисобланиб, ташхис қўйиш қийин бўлган ҳолатларда қўлланилади. [8].

- постмортал диагностика учун гистологик усулни қўллаш тавсия этилади. Бу усул яллиғланиш ўчоғидаги хужайраларнинг цитологик манзараси ва морфологиясини баҳолашда Бабеш-Негри таначаларини микроскоп орқали аниқлашга асосланган. Бунда бош мия тўқимасидан олинган суртмалар Целлерсу, Муромцев, Манну, Ленц ва бошқа усуллар ёрдамида бўялади. Бу асосий усул ҳисобланади. Нейронлар цитоплазмасида ёки хужайра атрофидаги бўшлиқда жойлашган, ички тузилиши базофиллик хусусиятига эга бўлган, аниқ чегараланган овал ёки чўзинчоқ шаклда, донатор тузилишга эга ёқут-қизил рангли Бабеш-Негри таначаларининг мавжудлиги ижобий натижа саналади. Текшириш учун РИФ усулида қўлланиладиган намуналар олинади. Бу тезкор усуллар қаторига киради, натижа намуна олингандан сўнг 1-2 соат ичида олиниши мумкин. Усул қутуриш касаллигига хос бўлиб, РИФ ва РНИФ усулларига нисбатан камроқ сезгир ҳисобланади. Итларнинг мия тўқимасида 90-95% ҳолларда, қутуришдан вафот этган одамларда эса 70% ҳолларда таначалар аниқланади. Бабеш-Негри таначаларининг топилмаслиги қутуриш ташхисини рад этмайди.

- серологик текшириш усуллари ёрдамида қутуриш вирусига қарши махсус антителоларни қон зардоби ва орқа мия суюқлигида аниқлаш тавсия этилади. Бу усуллар қуйидагиларни ўз ичига олади: нейтраллаштириш реакцияси, комплемент боғлаш реакцияси ва иммунофлуоресценция реакцияси, шунингдек радиоиммун ва иммунофермент таҳлил. Ушбу усул қўшимча ҳисобланади ва клиник белгилар бошланишидан олдин вакцинопрофилактика ўтказилмаган ҳолларда қўлланилади.

- текширилаётган материалда (мия биоптатида) Neurocytes rabid РНКсини аниқлаш билан қўзғатувчини тўпламасдан молекуляр генетик тадқиқотлар ўтказиш тавсия этилади (сифат тести). Усул қўшимча бўлиб,

диагностик жиҳатдан мураккаб ҳолларда қўлланилади. Диагностика мақсадида постмортал ўтказилади [8, 12].

- биологик ва културологик усуллардан фойдаланиш тавсия этилади - текшириладиган материални (касал одамлар ва ҳайвонларнинг сўлаги, мия тўқимаси, мурдалардаги сўлак безлари) лаборатория ҳайвонларига (оқ сичқон болалари, сурия оғмахонлари) ёки индикатор ҳужайраларга юктириш орқали. Бу усул қўшимча ҳисобланади ва олдинги усуллар билан салбий натижалар олинган ҳамда шубҳали ҳолатларда қўлланилади [8, 9, 11].

Физикал текширув

https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39122286&pos=6;-108#pos=6;-108

Инструментал диагностика усуллари

Усул	Кўрсатма	ДИД
Электрокардиография		D
Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси	Пневмония аломатлари кузатилган беморларга (нафас олиш аъзолари шикастланганда)	D

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

ДИД	Мутахассис	Маслаҳати учун кўрсатмалар	маслаҳати ўрни	Ҳавола
A	Невролог	Неврологик симптомларнинг ривожланиши (гидрофобия, талвасалар, фалажликлар, эс-хушнинг бузилиши)	Неврологик касалликларни қиёсий ташхислаш, МНТ зарарланишини тасдиқлаш	MSD Manuals
A	Жарроҳ	Жарроҳлик ишловини талаб қиладиган тишлашдан кейинги яранинг мавжудлиги	Жароҳатга бирламчи ишлов бериш, иккиламчи инфекциянинг олдини олиш	MSD Manuals

Диагностик алгоритм

1. Касалликдан олдинги сўнгги ойда анамнезда дайди, ёввойи ёки уй ҳайвони томонидан тишланиш, тирналаниш ёки сўлак тегиши, шунингдек, ёввойи ёки уй ҳайвони билан алоқада бўлганлик ҳолати.
2. Касалликнинг 2-3 кун давомида аста-секин ривожланиши.

Ўтказилиши керак

Физикал текширув:

Бир ёки бир нечта клиник белгилари бўлган ҳар қандай бемор:

- энцефалит
- миелит
- ютишнинг қийинлашиши
- гидрофобия
- ташвиш
- кўзғалган ҳолат
- парестезия

Умумий қон таҳлили (кутуришда):

- Умумий қон таҳлили: лейкоцитоз, нейтрофилез ЭЧТ тезлашиши

Эпиданамнез:

- тахминий ҳолатга мос келади ва қутуришга шубҳа қилинган ҳайвонлар (итлар, мушуклар, тулкилар, МРС, қорамоллар, отлар, кўршапалаклар ва бошқалар) билан алоқада бўлиш (тишлаш, тирнаш, сўлак тегиши)

Дифференциал диагноз:

- Атропин билан заҳарланиш
- Қоқшол
- Лиссофобия

Ташхис тасдиқланди

- клиник намуналарда қутуриш вируси антигенини антитаналарнинг тўғридан-тўғри флюоресценцияси (ўлимдан кейинги мия тўқимаси) ёрдамида аниқлаш;
- бўйин энса қисмидан олинган тери намуналарида (соч фолликулалари атрофидаги нерв хужайралари) антитаначаларнинг тўғридан-тўғри флюоресценцияси ёрдамида клиник намуналарда қутуриш вируси антигенини аниқлаш (тирик тадқиқот);
- билвосита флюоресценция реакциясида ёки ОМС ёки эмланмаган одам зардобидан 1:5 нисбатда суюлтирилган тўлиқ вирус нейтраллаш реакциясида қутуриш вирусига қарши специфик антитаначаларни аниқлаш;

Қутуришнинг дифференциал-диагностик хусусиятлари

ДИ Д	Касаллик	Фарқлаш учун клиник белгилар	Қўшимча туқширувлар	Ҳавола
А	Вирусли энцефалит	Иситма, бош оғриғи, талваса, хушнинг бузилиши	Ликвор таҳлили (оқсил миқдорининг кўтарилиши, плеоцитоз), бошқа вирусларни (масалан, герпес вирусини) аниқлаш учун RT- PCR	MSD Manuals
А	Қоқшол	Чайнов мушакларининг спазмлари (тризм), мушакларнинг ригидлиги, гидрофобиянинг йўқлиги	Жароҳатнинг микробиологик текшируви, <i>Clostridium tetani</i> токсинига қарши	ВОЗ
С	Атропин билан заҳарланиш	Симптомлар токсинга боғлиқ: фалаж, тутқанок, психоз	Қон ва сийдикни токсинларга текшириш, токсикологик скрининг	MSD Manuals
	Лиссофобия	Рухий касалликка чалинишдан кўрқиш	Психиатр маслаҳати	

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

- Амбулатория даражасида кўрсатиладиган дори-дармонсиз даволаш:
ўтказилмайди.

- Амбулатория даражасида кўрсатиладиган дори-дармонлар билан даволаш: ўтказилмайди.

- Жарроҳлик амалиёти: ўтказилмайди.

Кейинги кириш:

- Амбулатория даражасида кўрсатиладиган бошқа даволаш турлари: ўтказилмайди.

5.5. Тиббий ёрдам кўрсатиш турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Кўрсатиладиган ёрдам тури	Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар	Масъул мутахассислар	Ҳавола
Бирламчи тиббий-санитария ёрдами (БТСЁ)	- Қутуришга шубҳа (тишлаш, шубҳали ҳайвон билан алоқа)	Умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, педиатрлар, фелдшерлар	ВОЗ
Тез тиббий ёрдам хизмати (ТТЁ)	- Ўткир клиник кўринишлар: гидрофобия, аэрофобия, талвасалар, эс-хушнинг бузилиши	Тез ёрдам шифокорлари, юқумли касалликлар шифокорлари	CDC
	- Зўрайиб борувчи фалажлик аломатлари ёки нафас етишмовчилиги белгилари	Реаниматологлар	ВОЗ
Ихтисослаштирилган ва юқори технологияли ёрдам	- қутуришнинг клиник кўринишлари (неврологик ва тизимли кўринишлар)	Инфекционистлар, неврологлар, реаниматологлар	MSD Manuals

6. Стационар даражада даволаш тактикаси.

Стационар шароитда қутуриш касаллигини дори-дармонларсиз даволаш тактикаси:

ДИД	Даволаш босқичи	Ҳаракатлар	Ҳавола
С	Тартиб	қўриқлаш режимига риоя қилиш: индивидуал пост; беморни ташқи таъсирлардан максимал даражада ҳимоя қилишга қаратилган парвариш, тинч, иссиқ палата ва бошқалар. палатани қоронғилаштириш, ташқи таъсирларни (ёруғлик, шовқин, сув) бартараф этиш	ВОЗ

С	Зонд орқали овқатлантириш		
С	Трахеостомия	Ларингоспазм сабабли асфиксиянинг олдини олиш, аспирацион асоратлар хавфини пасайтириш ва ўпканинг сунъий вентилляциясини амалга оширишни енгиллаштириш	
С	Марказий вена, сийдик пуфаги катетеризатсияси		<u>ВОЗ</u>

Стационар даражада қутуриш касаллигини даволаш учун асосий дори воситаларининг рўйхати (100% қўлланиш эҳтимоли билан)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро номланмаган номи (ХНН)	Қўллаш усули	Далиллик даражаси
Нейролептиклар:	Аминазин,	м/о, в/и	В
Транквилизаторлар:	Диазепам,	в/и	В
Барбитуратлар	Фенобарбитал,	(м/о, в/и)	В
Дезинтоксикацион воситалар (кристаллоид эритмалар)	натрий хлорид эритмаси 0,9% - 400 мл декстроз эритмаси 5%-400,0	в/и	В
Коллоид эритмалар	меглюмин натрий сукцинат 400,0	в/и	В
Кардиотоник воситалар	Инфузия учун эритма тайёрлашга мўлжалланган 0,5% ли допамин концентрати	в/и	В
Диуретиклар	фуросемид инъекция учун эритма 20 мг/2мл	в/и	В

	Маннитол вена ичига юбориш учун 10% ва 20% ли эритма		
--	--	--	--

Стационар даражада қутуриш касаллигини даволаш учун асосий дори воситаларининг рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100 фоиздан кам бўлган)

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро номланмаган номи (ХНН)	Қўллаш усули	Далиллик даражаси
Антибиотиклар	Цефтриаксон 1,0 ҳар 12 соатда	в/и	С
Булбар бузилишларда (ютиш ва нафас олиш бузилиши билан)	ЎСВ		С

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида ўрнини қоплаш учун асос бўлмайди.

Даволашнинг бошқа турлари

Амбулатория даражасида кўрсатиладиган бошқа даволаш турлари: **ўтказилмайди.**

Стационар даражада кўрсатиладиган бошқа даволаш турлари: **ўтказилмайди.**

Шошилич тез ёрдам босқичида кўрсатиладиган бошқа даволаш турлари: **ўтказилмайди.**

Жарроҳлик амалиёти: **ўтказилмайди.**

**«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш

Қутуриш муаммосининг долзарблиги инфекциянинг кенг тарқалганлиги ва 100% ўлим билан яқунланиши сабаблидир. Ҳозирги босқичда бутун дунёда бўлгани каби, қутуриш инфекциясининг глобал миқёсда ўсиши кузатилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, қутуриш ҳар йили 55 минг кишининг ҳаётига зомин бўлади - яъни ўртача ҳар 10 дақиқада 1 киши вафот этади. Ўзбекистонда одамларда қутуриш касаллиги ҳар йили қайд этилмоқда.

Қутуришда тиббий аралашувлар асосан синдромли даволашга қаратилган: қон ивиш тизими бузилишларини тузатиш, электролит мувозанатини тиклаш, захарланиш аломатларини бартараф этиш, психомотор кўзғалишни камайтириш ва касалликнинг бошқа намоён бўлишларини даволашдан иборат.

1) муолажа ёки аралашувнинг мақсади:

А	- беморга паллиатив ёрдам кўрсатиш
---	------------------------------------

2) муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар: - йўқ;

3) муолажа ёки аралашувга кўрсатмалар:

А	<ul style="list-style-type: none">- жарроҳлик кўрсатмалари (кўплаб йиртилган яралар, юз, бўйин, қўл кафтлари ва бармоқларнинг тишланиши);- оғирлашган терапевтик анамнез;- тишланишдан кейин яралар инфекцияланган беморлар (қўл кафтидан ташқари);- тишланишдан кейин қўл кафти яраси инфекцияланган беморлар;- оғир аллергия анамнезли беморлар;- қутуриш касаллигига қарши препаратларга ноодатий реакциялар ва асоратлар кузатилган ҳамда қайта эмланаётган шахслар;- оғир неврологик анамнезли беморлар;- оғир психоневрологик анамнезли беморлар;- ҳайвонлар тишлаб олган ҳомиладор аёллар;- ҳайвонлар тишлаб олган чақалоқлар;
---	--

- | | |
|--|---|
| | - гидрофобия билан оғриган ва инфекцияланган хайвонлар тишлаб олган беморлар. |
|--|---|

4) муолажа ёки аралашувни амалга оширувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

- олий тиббий маълумотли мутахассис (инфекционист, анестезиолог, реаниматолог);
- биологик материални олиш, сақлаш ва лабораторияга етказиб беришнинг санитария-эпидемиология қоидалари ва нормаларини билиш;

5) муолажага ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати:

- клиник-эпидемиологик маълумотлар
- лаборатория текширувлари.

А

- | | |
|--|--|
| | - Вирусологик текширув;
- ПЗР
- ИФТ
- РИФ
- Гистологик усул
- Биологик намуна |
|--|--|

Умумий қон таҳлили: <http://niidi.ru/dotAsset/63e50571-ccfb-48ee-bd00-e6b6fed601fa.pdf>

С

- | | |
|--|---|
| | - умумий қон таҳлили: лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашиши |
|--|---|

Умумий қон таҳлили:

С

- | | |
|--|----------------------------|
| | ўзгаришлар характерли эмас |
|--|----------------------------|

Биохимик қон таҳлили:

С

- | | |
|--|--|
| | глюкоза, мочевино, креатинин миқдорининг ошиши, қоннинг электролит таркибининг бузилиши (сувсизланиш ҳисобига) |
|--|--|

Инструментал тадқиқотлар:

Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси:

С

- | | |
|--|------|
| | ЭКГ; |
|--|------|

С

- | | |
|--|---|
| | пневмония белгилари мавжудлиги (нафас олиш аъзолари зарарланганда); |
|--|---|

https://edu.nmrc.ru/wp-content/uploads/2019/12/kr_beshenstvo_1_.pdf?ysclid=lshqb0y2u0240689941

2. Мазкур нозологияни дори-дармон билан даволаш усули

Тутқанокқа қарши ва тинчлантирувчи даво:

Нейролептиклар: аминазин кунига 100 мг;

Транквилизаторлар: диазепам кунига 40-100 мг.

Барбитуратлар: фенобарбитал ҳар 3-6 соатда 50 мг ёки тиопентал натрий кунига 2 г гача, 3-4 марта қабул қилиш орқали.

Дезинтоксикация ва регидратация терапияси: изотоник (0,9% ли натрий хлорид эритмаси 400,0; 5% ли глюкоза эритмаси 400,0) ва коллоид (меглюмин натрий суксинат, 400,0) эритмаларни 3-4:1 нисбатда умумий ҳажми 800-1200 мл миқдорида 1-3 кун давомида парентерал йўл билан юбориш.

Юрак фаолиятини кучайтирувчи воситалар: инфузия учун 0,5% ли допамин концентрати эритмасини тайёрлаш учун.

Дегидратацион терапия:

Диуретиклар: фуросемид инъекция учун эритма 20 мг/2мл; маннитол вена ичига юбориш учун эритма 10% ва 20%.

Сунъий нафас олдириш: булбар бузилишларда (ютиш ва нафас олиш функциялари бузилганда).

Қўшимча дори воситалари рўйхати:

Асоратларда (зотилжам):

Қўзғатувчига қараб антибактериал терапия.

Ташхисни асослаш ва шакллантириш

Қутуриш ташхисини шакллантиришда ташхиснинг ўзи ва унинг асоси ёзиб кўйилади.

Ташхисни асослашда қуйидаги маълумотлар кўрсатилиши керак:

- эпидемиологик (касал ҳайвонлар ёки соғлиғи номаълум ҳайвонлар (итлар, мушуклар, тулкилар, бўрилар, кўршапалаклар, отлар ва бошқалар) томонидан тишланиши ёки сўлак оқиши).

-клиник (иситма, гидрофобия, аэрофобия, акустикобия, фотофобия, "қутуриш пароксизми," кўп сўлак ажралиши, кўп терлаш, сувсизланиш белгилари, галлюцинациялар билан ҳаракат қўзғалиши, руҳий бузилишлар, оёқ-қўллар фалажининг ривожланиши (қўтаришувчи фалаж), бош мия нервларининг шикастланиши, тос аъзолари функциясининг бузилиши, барча мушакларнинг вақти-вақти билан оғриқли спазмлари (тутқаноклари) хуружлари, вақти-вақти билан психомотор қўзғалиш хуружлари, тажовузкорлик, эшитиш ва кўриш галлюцинациялари, алаҳсираш, кўрқув ҳисси, безовталиқ тажовузкор характерга эга, ғазабланиш ҳолатига ўтиши мумкин, онгнинг бузилиши йўқ.).

- клиник намуналарда қутуриш вируси антигенини тўғридан-тўғри флюоресценция ёрдамида лабораторияда аниқлаш (ўлимдан кейин мия тўқимаси);
- бўйин энса қисмидан тери намуналарида (соч фолликулалари атрофидаги нерв хужайралари) антитаналарнинг тўғридан-тўғри флюоресценцияси ёрдамида клиник намуналарда қутуриш вируси антигенини аниқлаш (тирик тадқиқот);
- Қутуриш вирусига қарши махсус антитаначаларни билвосита флюоресценция реакциясида ёки тўлиқ вирусни нейтраллаш реакциясида ОМС ёки эмланмаган одам зардобидан 1:5 нисбатда суюлтирилганда аниқлаш;
- сўлак, ОМС ёки тўқимада тескари транскриптазополимераза реакциясида қутуриш вируси РНКсини аниқлаш;
- беморнинг мия тўқимаси, орқа мия суюқлиги ёки сўлаги юборилгандан сўнг тўқима ёки сичқонлар културасида қутуриш вируси антигенини аниқлаш.

Асоратлар ва ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлганда алоҳида қаторда қайд этилади:

- Асорат:

- Ҳамроҳ касаллик:

Ташхис намуналари:

Қутуриш, булбар шакли, кўзғалиш босқичи.

**«ҚУТУРИШ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Асосий қисм

Кириш:

Қутуриш - сувдан кўрқиш (гидрофобия) - ҳайвонлар ва одамларнинг энг қадимги касалликларидан бири ҳисобланади. Рабиологиянинг назарий ва амалий муаммолари бугунги кунда ҳам ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда, чунки дунёда қутуриш эпизоотиялари кўпайиб бормоқда. Халқаро эпизоотик бюро (ХЭБ) ва ЖССТ маълумотларига кўра, сўнгги ўн йил ичида дунёда ҳайвонларда қутуришнинг тахминан 600 минг ҳолати, яъни йилига 60 мингга яқин ҳолат, одамларда эса 17 мингдан ортиқ, яъни йилига 1700 га яқин касалланиш ҳолати қайд этилган. Ўртача йилига ҳар 1000 та ҳайвон касалланиш ҳолатига одамларда 28 га яқин қутуриш ҳолати тўғри келади. Эпидемиологик анамнезни ҳисобга олмасдан, турли хил клиник шакллар мавжуд бўлганда, касалликни ташхислаш қийинлашади. Қутуришни даволаш ҳозирга қадар деярли натижасиз қолмоқда. Шунинг учун касалликнинг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга, айниқса, қутуришнинг профилактик чоралари ишлаб чиқилган ва етарлича самарали эканлиги инобатга олинса.

2. Профилактика усуллари ва услублари:

Профилактика мақсади:

В	Профилактика (эпидемияга қарши) чора-тадбирлар: <ul style="list-style-type: none">- қутуриш билан касалланган беморларни ўз вақтида аниқлаш;- қутуришни ўз вақтида лаборатория усулида ташхислашни амалга ошириш;- қутуриш билан касалланган беморларга даволаш ёрдами кўрсатишда ва лаборатория текширувларини ўтказишда шифохоналарда санитария қоидаларига риоя этилиши устидан эпидемиологик назоратни кучайтириш;- аҳолида қутуриш касаллигини юқтириш хавфининг олдини олиш мақсадида тўғри хулқ-атвор кўникмаларини шакллантириш.
А	Профилактик чора-тадбирларнинг асосий мажмуаси хавф гуруҳларини (ветеринарлар, ўрмончилар, овчилар, ит овловчилар, қушхона ишчилари, таксидермистлар, кўча қутуриш вируси билан ишлайдиган лаборатория ходимлари) бирламчи эмлашга қаратилган бўлиши керак. Вакцинага илова қилинган йўриқномага мувофиқ антирабик вакцина билан амалга оширилади.
А	Қутурган, қутуришга шубҳали ёки номаълум ҳайвонлар билан алоқада бўлинганда, улар томонидан тишланиш, тирналаниш ва сўлак текканда даволаш-профилактик иммунизация ўтказилади. Бундай даволаш-профилактик иммунизацияга ҳеч қандай қарши кўрсатма йўқ.

А	Қутуришнинг постэкспозицион (ПЭП) профилактикаси жароҳатга дарҳол маҳаллий ишлов беришни, қутуришга қарши антирабик вакцинани юборишни ва кўрсатмалар мавжуд бўлганда антирабик иммуноглобулинни юборишни ўз ичига олади.
----------	---

Қутуриш касаллигига чалинган беморлар диспансеризациядан ўтказилмайди, аксинча қутуришга қарши эмлашнинг тўлиқ курсини олган шахслар диспансер назоратига олинади.
<https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>

2.2. Реабилитация усуллари ва тадбирлари ўтказилмайди.
<https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>

Профилактик муолажалар босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари:

Жароҳатга маҳаллий ишлов бериш: жароҳатни кўп миқдорда сув оқими билан ювиш, жароҳат, тирналган, шилинган ва сўлак теккан жойларни дарҳол сув оқими ва 20% ли совунли эритма билан 2-3 дақиқа давомида совун ёки ювиш воситаси ёрдамида яхшилаб тозалаш, кейин 70° ли спирт ва повидон-ёд билан ишлов бериш лозим.

Ҳайвонлар томонидан етказилган жароҳат четлари дастлабки уч кун ичида кесилмайди ва тикилмайди. Фақат ҳаётий кўрсатмаларга кўра махсус жарроҳлик аралашувини талаб қиладиган шикастланишлар бундан мустасно ҳисобланади.

Чок қўйиш фақат қуйидаги ҳолларда кўрсатилади:

- кенг жароҳатларда - жароҳатга дастлабки ишлов берилгандан сўнг бир нечта йўналтирувчи тери чоклари қўйилади;
- косметик кўрсатмаларга кўра (юз жароҳатларига тери чоклари қўйилади);
- ташқи қон кетишини тўхтатиш мақсадида (қонаётган қон томирлар тикилади).

3. Қутуриш касаллигига қарши тавсия этиладиган постэкспозицион профилактика.

Таъсир тоифалари	Қутуришга гумонли ёки касалланган, ёхуд текшириш имкони бўлмаган уй ҳайвони ёки ёввойи ҳайвон билан таъсир кўрсатиш ёки алоқа ўрнатиш тури.	ЖССТ томонидан тавсия этилган, постэкспозицион чоралар
------------------	---	--

I (таъсир йўқ)	Ҳайвонга тегиш ёки уни овқатлантириш, ҳайвоннинг шикастланмаган терисини ялаши. Қутурган ҳайвон ёки одамнинг ажралмалари билан шикастланмаган терининг алоқаси.	Агар бу маълумотлар ишончли ва тасдиқланган бўлса, ўтказилмайди.
II	Терининг очиқ жойларини тишлаб босилиши, қон оқитишсиз кичик тирналишлар ёки шилинишлар пайдо бўлиши	Зудлик билан эмлаш (вакцина билан бирга келган йўриқномага мувофиқ) ва жароҳатга маҳаллий ишлов бериш. Агар ҳайвон кузатув давомида (10 кун) соғлом қолса ёки ўлдирилган ҳайвонда қутуриш бўйича лаборатория тестлари салбий чиқса, профилактика тўхтатилади
III	Битта ёки бир нечта трансдермал (тери орқали) тишланиш** ёки тирналиш, шикастланган терини ялаш; ялаш пайтида шиллик пардаларнинг сўлак билан ифлосланиши. Кўршапалаклар билан алоқада бўлиши	Зудлик билан эмлаш (вакцинага илова қилинган йўриқномага мувофиқ) ва антирабик иммуноглобулин юбориш (0 кун) *, жароҳатга маҳаллий ишлов бериш. Агар ҳайвон кузатув давомида (10 кун) соғлом бўлса ёки ўлдирилган ва қутуришга лаборатория тестлари манфий бўлса, профилактика тўхтатилади.

* Одамларда қутуришнинг пассив профилактикаси таъсир этгандан сўнг иложи борича тезроқ тишланган жойга одам (HRIG) ёки от (ERIG) иммуноглобулинини юбориш орқали таъминланади. Бу вирусни

зарарсизлантириш мақсадида амалга оширилади. Шундан сўнг фаол иммунитетни ҳосил қилиш учун бошқа жойга (елканинг делтасимон мушаги ёки 5 ёшгача бўлган болаларда соннинг олдинги латерал юзаси) вакцина юборилади.

Антирабик иммуноглобулин инфекция манбаи билан алоқада бўлган III тоифадаги барча шахсларга, шунингдек, бундай алоқада бўлган II тоифадаги иммунитет танқислиги мавжуд барча шахсларга юборилади.

HRIG ни бир марталик 20 ХБ/кг дозада ёки ERIG ни бир марталик 40 ХБ/кг дозада қўллаш лозим.

ERIG гетерологик антирабик иммуноглобулинни қўллашдан олдин жабрланувчининг от оқсилга бўлган индивидуал сезувчанлигини аллергик тери синамаси орқали текшириш лозим.

Гомоген антирабик иммуноглобулин юборилганда жабрланувчининг индивидуал сезувчанлигини текширишнинг ҳожати йўқ.

Ҳомиладорлик ва эрта болалик даври пассив постэкспозицион профилактика учун қарши кўрсатма ҳисобланмайди [18].

** Тишланишлар, айниқса бош, бўйин, юз, қўл ва жинсий аъзолар, бу соҳаларнинг бой иннервацияси туфайли таъсирнинг III тоифасига киритилиши керак.

Илгари контактгача эмлашнинг ёки контактдан кейинги профилактиканинг тўлиқ курсини ўтаган шахслар учун вакцинанинг неча марта юборилиши ва дозаси вакцинага илова қилинган йўриқномага мувофиқ белгиланади.

Худди шу қоидалар илгари қутуришга қарши эмланган, ВНА (вирусни нейтраллаштирувчи антитаначалар) титри 0,5 ХБ/мл дан кам бўлмаган шахсларга ҳам тааллуқлидир. [19, 20].

Касалхона ичи инфекциясининг олдини олиш ва назорат қилиш:

- тахмин қилинган, эҳтимолий ёки тасдиқланган ККГЛ ҳолати бўлган беморларни боксда изоляция қилиш ва касалхона ичидаги назорат чораларини кучайтириш [22];

- тасдиқланган норматив-ҳуқуқий ҳужжатларга мувофиқ беморнинг ажратмалари (сўлаги, кўз ёшлари), бемор фойдаланган ўрин-кўрпа, кийим-кечак, анжомлар, бир марталик тиббий асбоб-ускуналарни зарарсизлантириш;

- бемор билан алоқада бўлган ходимларнинг шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиши (халат, ниқоб, қўлқоп, кўзойнак ёки ҳимоя экрани) [21];

- қутуриш билан оғриган беморлар ёки уларга ғамхўрлик қилаётган тиббиёт ходими тишлаган ёки қутуриш билан оғриган беморнинг сўлаги ёки кўз ёшлари очик жароҳатга ёки шиллик қаватга тушган тақдирда, бундай мулоқотда бўлган шахслар постекспозитсион профилактикани олишлари керак. [21].

4. Реабилитация босқичлари ва ҳажми:

Қутуриш билан оғриган беморлар учун махсус реабилитация дастурлари мавжуд эмас.

5. Тиббий профилактика ва/ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда диагностика тадбирлари:

В	Қутуриш билан оғриган беморларни аниқлашни даволаш-профилактика муассасалари мутахассисларига аҳоли ҳайвонлар ҳужуми ва тишлаши ёки шикастланган тери қопламалари ёки ташқи шиллиқ пардаларнинг сўлакраниши сабабли тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилганда барча турдаги тиббий ёрдам кўрсатишда амалга ошириш тавсия этилади.
----------	--

В	Касаллик юқтириш хавфи бўлган шахсларни травматолог-ортопед ёки жарроҳ-шифокор маслаҳатига юбориш тавсия этилади, у тиббий ёрдам кўрсатиш ва даволаш, шу жумладан пост-экспозицион профилактика ҳажмини белгилайди.
----------	---

В	Инфекция юқтирганликда гумон қилинган шахсларни аниқлаган тиббиёт ходимларига қутуриш вируси билан зарарланганда, эпидемиологик анамнезни йиғиш, одамга ҳужум қилган ҳайвон тўғрисидаги барча маълумотларни (жойи ва вақтини кўрсатган ҳолда) аниқлаш ва бу маълумотларни зудлик билан давлат санитария-эпидемиология назорати ва ветеринария назоратини амалга оширувчи органларга етказиш тавсия этилади.
----------	---

В	Қутуриш касаллигини юқтириш хавфи остида бўлган барча шахсларга даволаш-профилактик иммунизация ўтказиш тавсия этилади. - Комбинацияланган даволашни ўтказишда аввал АИГ юборилади ва ундан кейин 30 дақиқадан кўп бўлмаган вақт ичида антирабик вакцина киритилади. Гетерологик (от) антирабик иммуноглобулин 1 кг тана вазнига 40 ХБ миқдорида тайинланади. Юбориладиган гетерологик антирабик иммуноглобулин ҳажми 20 мл дан ошмаслиги керак. Гомологик (инсон) антирабик иммуноглобулин 1 кг тана вазнига 40 ХБ миқдорида тайинланади. Тавсия этилган АИГ дозасининг иложи борича кўп қисмини жароҳат атрофидаги ва жароҳат ичидаги тўқималарга сингдириш лозим. Препарат дозасининг ишлатилмаган қисми антирабик вакцина юборилган жойдан бошқа жойга чуқур мушак орасига юборилади. - вакцинани елканинг делтасимон мушагига, 5 ёшгача бўлган болаларга эса соннинг олдинги-ён юзасининг юқори қисмига мушак
----------	--

орасига юбориш тавсия этилади.

Вакцина солинган ампула таркиби 1 мл инъекция учун мўлжалланган сувда 5 дақиқадан кўп бўлмаган вақт давомида эритилади, эритилган вакцинани 5 дақиқадан ортиқ сақлаш мумкин эмас.

6. Тиббий профилактика ёки реабилитация тактикасини даражаси кўрсатилган ҳолда: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

Антирабик вакцина ва антирабик иммуноглобулин билан даволаш-профилактик эмлаш схемаси.

A

Кутуриш касаллигига текширилган ҳайвоннинг лаборатория ташхиси ижобий натижа берса, бошланган махсус антирабик даволаш курсини охиригача давом эттириш тавсия этилади, салбий натижа бўлса - эмлаш курси тўхтатилади.

A

Ҳайвонда кутуришга шубҳали клиник кўринишлар мавжуд бўлганда, лаборатория ташхисотининг салбий натижасига қарамай, антирабик даволаш курсини давом эттириш тавсия этилади.

A

Агар кузатув остидаги ҳайвон одамга шикаст етказган (сўлак теккизган) пайтдан бошлаб 10 кун давомида касалланмаса (нобуд бўлмаса), антирабик даволаш курсини тўхтатиш тавсия этилади.

A

Антирабик эмлаш курсининг турли бузилишлари (эмлаш муддатларига амал қилмаслик, препарат юбориш тартибининг бузилиши ва ҳоказо) ҳолатларда, ўтказилаётган махсус даволашни янада такомиллаштириш мақсадида эмланувчиларнинг иммунитет ҳолатини аниқлаш тавсия этилади.

B

Профилактик иммунизацияни қуйидаги схема бўйича ўтказиш тавсия этилади:

- бирламчи иммунизация - 0, 7 ва 30-кунларда 1 мл дан 3 та инъекция;
- 1 йилдан кейин биринчи ревакцинация - бир марта 1 мл
- кейинги ревакцинациялар ҳар 3 йилда бир марта 1 мл.

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26755048/>

C 5

жарроҳ маслаҳати - шикастланишлар, кўплаб йиртилган яралар мавжуд бўлганда

7. Профилактика ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги

индикаторлари: <https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>

- кутуриш касаллигини рўйхатга олиш ҳолатларини камайтириш;

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Информационный бюллетень ВОЗ №99, Сентябрь 2015 г.
<https://www.who.int/ru/publications/journals/bulletin>.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство/ Под ред. Н.Д.Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1056 с. – (Серия «Национальные руководства»). <https://jasulib.org/kg/wp-content/uploads/2022/04/1.Uyshuka-N.D-Infeksya-bol.pdf>
3. Клинические протоколы МЗ РК - 2015 (Казахстан)
<https://studfile.net/preview/7901396/page:2/>
4. Клинические протокол по диагностике и лечению бешенство у взрослых, 2021 г. РФ
(<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402776263/>)
5. Клинические рекомендации «Бешенство (гидрофобия) у взрослых», 2019 г. РФ <https://disk.yandex.ru/i/LWAnYGsz3CY-AQ>
6. Protocol for Management of Human Rabies and Management of Exposures to Animals to Prevent Human Rabies. 2019 Decembe;
https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/rabies_protocol.pdf
7. National Guidelines on Rabies Prophylaxis. 2015.
<http://clinicaestablishments.gov.in/WriteReadData/238.pdf>
8. Климова Е.А., Ющук Н.Д. Бешенство. В кн.: Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я., ред. Инфекционные болезни: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009: 888-96.
9. Зверев В. В., Медицинская микробиология, вирусология и иммунология, учебник, том 2 / Зверев В. В., Бойченко М. Н. 2016: 316-21.
10. Онищенко Г.Г., Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Демина Ю.В., Пакскина Н.Д., Писцов М.Н., Рубцов В.В., Суровяткин А.В., Петров А.А., Казанцев А.В., Бережной А.М., Зверев А.Ю., Маношкин А.В., Кротков В.Т., Кутаев Д.А., Максимов В.А., Кузнецов С.Л., Вахнов Е.Ю., Тимофеев М.А., Мовсесянц А.А. и др. Эпидемиологическая обстановка и вопросы идентификации вируса бешенства среди людей на территории Российской Федерации в период 2002–2015 гг. Проблемы особо опасных инфекций. 2017; 3: 27-32.
11. Шабейкин А.А., Зайкова О.Н., Гулюкин А.М. Обзор эпизоотической

- ситуации по бешенству в Российской Федерации за период с 1991 по 2015 годы. Ветеринария Кубани. 2016; 4: 4-6.
12. Никифоров В.В., Авдеева М.Г. Бешенство. Актуальные вопросы. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017. 22 (6): 295-305.
 13. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 1 февраля 2012 г. N 13.
 14. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Кареткина Г.Н. Особенности клиники и эпидемиологии бешенства в Москве и Московской области. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2004; 6: 11-5.
 15. Фазылов В.Х., Муртазина Г.Х., Урманчеева Ю.Р., Мингажева Р.И. Диагностика бешенства (клинический случай). Практическая медицина. 2014; 7: 121-3.
 16. Гербенгаген А.В. Бешенство, актуальные аспекты для оториноларинголога. Российская оториноларингология. 2012; 5: 161-3.
 17. Wertheim H.F.L., Nguyen T.Q., Nguyen K.A.T., de Jong M.D., Taylor W.R.J., Le T.V. et al. Furious rabies after an atypical exposure. PLoS Med. 2009; 6(3): e1000044. doi:10.1371/journal.pmed.1000044.
 18. Plotkin S.A. Rabies. Clin. Infect. Dis. 2000; 30(1): 4–12.
 19. Human death associated with bat rabies — California, 2003. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2004; 53: 33-5.
 20. Kan V.L., Joyce P., Benator D., Agnes K., Gill J., Irmeler M. et al. Risk assessment for healthcare workers after a sentinel case of rabies and review of the literature. Clin. Infect. Dis. 2015; 60(3): 341–8.
 21. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/ru> (updated 11/11/2017)
 22. Раичич С.Р., Картавая С.А., Зубарева К.Ю., Симонова Е.Г. Бешенство в Московской области. Инфекционные болезни. 2017. Т. 15. № S1. С. 230.
 23. Инструкция по применению вакцины антирабической культуральной концентрированной очищенной, инактивированной сухой, лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного введения и антирабического иммуноглобулина. Утверждено главным государственным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко 26.03.2009г. № 01-11/34-09

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.