

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

“ВАБО” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2025

“ТАСДИҚЛАЙМАН”

ВИДМУОПКИАТМ

директори

В.М.ТАДЖИЕВ

4-сонли протокол,

44-сонли Илмий Кенгаш

қароридан кўчирма

2025-йил 13-июнь



**“ВАБО” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

“ВАБО” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	5
“ВАБО” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	40
“ВАБО” КАСАЛЛИГИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	49

**“ВАБО” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

1. Кириш қисми.

1) Код (лар) КХК-11:

1A00	Вабо
XN8P1	Cholerae биовари, O1 вабо вибриони келтириб чиқарган вабо
1A00&XN62R	Eltor биовари, O1 вабо вибриони келтириб чиқарган вабо
1A00&XN8KD	Vibrio cholerae O139 келтириб чиқарган вабо
QD01.Y	Вабони ташувчилик
QA08.0	Вабо скрининги
QC90.00	Вабо билан зарарланиш эҳтимоли
QC03.0	Вабога қарши ва тифо-паратифоз касалликка қарши иммунизациянинг зарурати
QC00.0	Фақат вабога қарши иммунизациянинг зарурати
NE60	Вабога қарши вакцинанинг зарарли таъсири https://icd.who.int/browse11/l-m/ru [1]

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда масъул ташкилот:

Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази.

Асосий муаллифлар рўйхати:

1. Таджиев Ботир Мирхашимович – Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази директори, т.ф.д., профессор;
2. Мирзажонова Доноҳон Баҳодировна – Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази етакчи илмий ходими, т.ф.д., доцент;
3. Ахмедова Мубораҳон Джалиловна – Тошкент тиббиёт академияси Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси профессори, т.ф.д.;
4. Урунова Дильбар Махмудовна – Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази лабораторияси мудир, т.ф.н., доцент;
5. Имамова Ильмира Абдуллаевна – Тошкент тиббиёт академияси Юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.;

Қисқартмалар рўйхати:

АҚХ	Айланма қон ҳажми
ДИД	Далилларнинг ишончлилик даражалари
ДПМ	Даволаш-профилактика муассасалари
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ИФТ	Иммунофермент таҳлили
КИХ	Кислота-ишқорий ҳолат
КХК-11	Касалликларнинг халқаро классификацияси, 11-қайта кўриб чиқилган
ОТИ	Овқат токсикоинфекциялари
ПЗР	Полимераза занжирли реакция
РКТ	Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар
ТИД	Тавсияномаларнинг ишончлилик даражалари
УТТ	Ультратовушли текширув
ЮКХ	Юқумли касалликлар хонаси
ЎИИ	Ўткир ичак инфекциялари

Протоколдан фойдаланувчилар:

Умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, тез тиббий ёрдам шифокор / фельдшерлари, инфекционистлар, анестезиолог-реаниматологлар, педиатрлар, неврологлар, тиббиёт ОТМнинг клиник ординаторлари, магистрантлари, докторантлари.

Ушбу протокол барча жойларда соғлиқни сақлаш амалиётида вабони ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий қилиш учун асос бўлиб ҳисобланади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:

Вабо билан касалланган беморлар.

Далилларга асосланган тиббиётга таянган ҳолда, исботланганлик даражасининг шкаласи

Ташхисот усуллари (ташхисот аралашувлари) учун далилларнинг ишончлилик даражалари (ДИД)ни баҳолаш шкаласи

ДИД	Расшифровка
1	Референс усулидаги назорат билан бажарилган тадқиқотларни тизимли шарҳлаш ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлар (РКТ)ни тизимли шарҳлаш
2	Референс усулидаги назорат билан бажарилган яқка тадқиқотлар ёки алоҳида РКТ ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РКТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли шарҳлаш
3	Референс усулида кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки ўрганилаётган

	усулдан мустақил бўлмаган референс усулида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққосланилмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақатгина таъсир механизмининг асосланиши ёки экспертлар фикрлари мавжуд

Профилактик, даволаш ва реабилитацион аралашувлар учун ДИДни баҳолаш шкаласи

ДИД	Расшифровка
1	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РКТни тизимли шарҳлаш
2	Алоҳида РКТ ва мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РКТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли шарҳлаш
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Таққосланилмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқотлари
5	Аралашувнинг фақатгина таъсир механизмининг асосланиши (клиникагача бўлган тадқиқотлар) ёки экспертлар фикрлари мавжуд

Профилактик, таъхисот, даволаш ва реабилитацион аралашувлар учун тавсияномаларнинг ишонччилик даражалари (ТИД)ни баҳолаш шкаласи

ТИД	Расшифровка
А	Кучли тавсиянома (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (оқибатлари) муҳим, барча тадқиқотлар юксак ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг ўрганиладиган оқибатлари бўйича хулосалари изчил ҳисобланади)
В	Шартли тавсиянома (кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (оқибатлари) нинг барчаси ҳам муҳим эмас, барча тадқиқотлар юксак ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг ўрганиладиган оқибатлари бўйича хулосалари изчил эмас)
С	Кучсиз тавсиянома (тегишли сифат даражасидаги далиллар йўқ, барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (оқибатлар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг ўрганиладиган оқибатлари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш.

https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cholera?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI7sH9_IyzhwMVEw-iAx2FbQX_EAAYASAAEgJZlFD_BwE

2017 йилда вабодан ўлим ҳолатларини 90 фоизга камайтиришга қаратилган “Вобони тугатиш: 2030 йилгача йўл харитаси” глобал стратегияси қабул қилинди [2].

2021 йилдан бошлаб вабо билан касалланишнинг кўпайиши ва унинг бутун дунё бўйлаб географик тарқалишининг кенгайиши кузатилмоқда. 2021 йилда вабо эпидемияси 23 та

мамлакатда, асосан ЖССТнинг Африка ва Шарқий Ўрта Ер денгизи минтақаларида қайд этилган. Ушбу тенденция 2022 йилда ҳам давом этди, бу даврда 29 тадан ортиқ мамлакатларда вабо ҳолатлари ёки эпидемик чақнашлар қайд этилган. 2022 йилнинг 30 ноябр ҳолатига кўра, ушбу мамлакатлардан 16 тасида узоқ давом этган эпидемиялар қайд этилган. Уларнинг кўпчилигида ўтган йилларга нисбатан касалланиш ва ўлим ҳолатларининг юқори кўрсаткичлари қайд этилган. 2021 йилда бутун дунё бўйлаб вабо билан касалланганлар орасида ўлим коэффициентининг ўртача қиймати 1,9% (Африкада – 2,9%)ни ташкил этди, бу қабул қилинадиган даражадан (<1%) сезиларли даражада юқори ва сўнгги 10 йилдаги энг юқори кўрсаткичдир [3].

Тадқиқотчиларнинг ҳисоб-китобларига кўра, ҳар йили дунё бўйлаб 1,3-4,0 миллионгача вабо касаллиги ҳолатлари рўй беради ва 21-143 минг киши вабодан вафот этади [4].

2.2. Таърифи:

Вабо – бу ўткир юқумли антропоноз диарея касаллиги бўлиб, эпидемик тарқалиши билан тавсифланади, фекал-орал (нажас-оғиз) механизми орқали юқади, *Vibrio cholerae* O1 ва O139 серогуруҳлари томонидан чақирилади, агар даволанмаса, бир неча соат ичида ўлимга олиб келиши мумкин [2].

Оммавий тарқалиш эҳтимоли туфайли у карантин, ўта хавфли инфекциялар гуруҳига киради. Бу Халқаро соғлиқни сақлаш қоидаларига (International Health Regulation) мувофиқ мажбурий огоҳлантиришни талаб қиладиган касалликлардан биридир [2, 3, 5].

2.3. Таснифи:

URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/holera> (мурожаатнома санаси: 22.07.2025);

<https://jasulib.org.kg/wp-content/uploads/2022/04/1.Uyshuka-N.D-Infeksya-bol.pdf>

<https://cyberleninka.ru/article/n/holera-1.pdf>

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/holera-1>

Клиник шакллари:

1. Типик (меъда-ичак) шакли.
2. Атипик шакли (ҳомиладорлик, иммунитет танқислиги, алкоголизм, антибиотиклардан профилактик фойдаланиш, вабога қарши эмлаш, дистрофия ва бошқа ҳолатлар фониди юзага келиши мумкин):

- билинар-билинемас / субклиник шакли;
- белгиларсиз шакли;
- геморрагик шакли;
- қуруқ вабо шакли;

- вибрион ташувчилик – вабо вибрионларини ташиш реконвалесцент (вабо ўтказгандан кейин), транзитор (юқумли диарея ўчоқларидаги соғлом одамларда аниқланади) ва сурункали (3 ойдан ортиқ) бўлиши мумкин.

Оғирлиги (сувсизланиш даражалари) бўйича:

- енгил;
- ўрта оғир;
- оғир;
- ўта оғир / яшин тезлигида.

Давомийлиги бўйича:

- ўткир – 1 ойгача;
- чўзилган – 3 ойгача;
- сурункали – 3 ойдан ортиқ давом этади [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

3. Ташхис усуллари, ёндашувлар ва амалиётлар.

3.1. Ташхисот мезонлари [15, 16].

<https://docs.cntd.ru/document/1200059377>

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246188/9789244580493-rus.pdf>

3.1.1. Шикоятлари ва анамнези, шу жумладан, эпидемиологик анамнези:

Шикоятлари	Вабонинг клиник белгилари тўсатдан пайдо бўлади, диарея кузатилади. Тана ҳарорати ҳақида (асосан у кўтарилмайди ёки қисқа муддатли паст даражали бўлади); интоксикация ҳақида (умумий ҳолсизлик, лоҳаслик, дармонсизлик, иштаҳа пасайиши, уйқучанлик, бош оғриши, бош айланиши, енгил қалтираш, чанқаш); қорин оғриши, ич келишининг бузилиши ҳақида (қунлик миқдори, консистенцияси, ранги, чақириқлар / ахлат нажас хусусиятини йўқотади, нажас ҳидсиз ва рангсиз сувсимон бўлади, “гуруч қайнатмаси”га ўхшайди, қорин оғриши хос эмас) маълумотларни аниқлаштириш керак. Кейин қайт қилиш пайдо бўлади (аҳволининг енгиллашиши билан ёки енгиллашмасдан), кўнгил айниши борми, диурезнинг тезлиги ва ҳажмини батафсил кўрсатиш керак.
Объектив кўрик маълумотлари	Ташқи кўрик ва объектив текширув (перкуссия, тизимлар ва аъзоларнинг аускультацияси), унинг давомида беморнинг умумий ҳолати аниқланади ва соғлиғининг ҳолати баҳоланади, сувсизланиш синдроми мавжудлиги ёки йўқлиги аниқланади. Улар беморнинг трофик ҳолатини баҳолайди (тана вазни, бўйи, кўкрак қафаси айланаси, тери бурмаларининг қалинлиги ва бошқалар, керакли индексларни ҳисоблаш). Ташқи кўрик вақтида тери ва шиллиқ

пардаларнинг ҳолати баҳоланади, тўқималарнинг турғори ва терининг эластиклиги баҳоланади, кўз олмаларининг ҳолатига, кўз ёшларининг борлигига эътибор берилади, эрта ёшдаги болаларда лиқилдоқ ҳолати баҳоланади (ўлчами, пульсацияси, суяк қирралари билан ўзаро боғланиши).

Оғиз бўшлиғини текширганда тиш қаторларининг ҳолати, оғиз бўшлиғининг шиллиқ пардаси, унинг ранги, намлиги, тилнинг ҳолати (ранги, намлиги, караша), тилда патологик ўзгаришлар мавжудлиги, бодомсимон безлар ва бошқалар баҳоланади.

Юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг ҳолати ўрганилади (юрак уриши, нафас олиш тезлиги, артериал қон босими, периферик артериялардаги пульс, зарур бўлганда – сатурация). Қорин бўшлиғи аъзолари синчковлик билан кўриқдан ўтказилади: қорин ўлчами, унинг шакли, нафас актидаги иштироки баҳоланади, жигар ва талок пайпасланади ва чегаралари аниқланади, мезентериал лимфа тугунлари пайпасланади, йўғон ичак, айниқса сигмасимон ичак пайпасланади, перкуссия ёрдамида қорин бўшлиғида назла (суюқлик) мавжудлиги ёки йўқлиги аниқлланади, қорин парда симптомлари текширилади ва перистальтика баҳоланади.

Вабонинг типик кечишига тез-тез ич кетиши (диарея – вабонинг биринчи белгиси), қорин бўшлиғида дискомфорт (қулдураш, суюқлик “қуйилиши”) билан ўткир бошланиши хос. Сувсимон диарея тўсатдан бошланади, одатда эрталаб ёки кечаси. Аксарият ҳолларда нажас бошиданок сувсимон бўлади ёки 1-2 марта дефекациядан кейин шундай кўринишга эга бўлади. Аввалига нажас нажосат кўринишида бўлиб, ҳазм бўлмаган озиқ-овқат қолдиқларидан иборат бўлиши мумкин, кейин у бўтқасимон суюқ, сувсимон, сарғиш ёки оқиб рангда, юзасида сузиб юрвчи парчалари бўлади, патологик аралашмалар аниқланмайди; ташқи кўринишидан “гуруч қайнатмаси”га ўхшайди, ҳидсиз ёки балиқ ҳидли ёки “майдаланган” хом картошка ҳидига ўхшайди. Вабода, ҳатто сувсимон нажас ҳар доим ҳам рангсиз эмас. Баъзида нажас яшимтир, сарғиш ёки ҳатто жигарранг рангга эга бўлиши мумкин. Турли беморларда нажаснинг частотаси сезиларли даражада фарқ қилади. Патологик аралашмалар вабо бошқа ўткир ичак инфекциялари (ЎИИ) ва паразитар ичак касалликлари билан қўшилиб кечганда кузатилади. Дефекациялар орасидаги интерваллар қисқаради, нажаснинг ҳажми эса ҳар сафар кўпайиб, мўл-кўл (0,5-1,0 л гача) бўлади. Дефекация, қоида бўйича, оғриқсиз, тенезмлар йўқ, фақат вақти-вақти билан биров оғриқлар ва қулдурашлар билан кузатилиши мумкин, аммо кўпинча киндик атрофида дискомфорт, тўлиб кетиш ва ичакларда суюқлик қуйилиши ҳисси қайд этилади. Қорин, одатда, ичига тортилади, камроқ – шишади (метеоризм ва ичак парезларида). Одатда, қорин оғриғи синдроми характерли эмас. Қориннинг ўртача мустақил оғриғи ва қоринни пайпаслагандаги оғриқлар тахминан 38-40% ҳолларда, кўпинча тарқалган характерга

эга ёки эпигастрал соҳада кузатилади. Улар қорин олд девори мушакларининг тиришиб қискариши, метеоризм ва ичак парезлари туфайли юзага келиши мумкин. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил / 37,1-38°С гача. Кам ҳолларда – вегетатив-қон томир бузилишлари: терлаш, юрак уриши ва қўл-оёқларнинг совиб кетиши, ортостатик коллапс туфайли ҳушдан кетиш кузатилади. Кўпгина ҳолларда, диарея ривожланишидан сўнг, тўсатдан, кўп, такрорий “фавворасимон” қусиш, қайсики, кўнгил айнишсиз (камдан-кам ҳолларда кўнгил айниши мумкин) ва эпигастрал оғриқларсиз пайдо бўлади. Тез орада қусиш доимий бўлиб қолади. Дастлаб, қусуқ таркибида озик-овқат қолдиқлари ва сафро аралашмаси бўлиши мумкин, лекин тез орада у сувсимон бўлиб, нажас каби ташқи кўринишидан гуруч қайнатмасига ўхшайди. Бирок, кўплаб муаллифлар бутун касаллик давомида қусишсиз вабо ҳолатларини қайд этганлар, шунингдек, қусиш ич кетишларисиз ва камдан-кам ҳолларда диареядан олдин содир бўлиши мумкин. Тўхтовсиз қусиш ва яққол ифодаланган диарея тезда тананинг сувсизланишига олиб келади, аста-секин йўқотишларнинг интенсивлиги пасаяди ва эксикоз белгилари ва айланма қон ҳажмининг (АҚХ) камайиши биринчи ўринга чиқади, бу касалликнинг оғирлигини изоҳлайди. Шиллиқ пардалар ва тери қуриydi, кейин тери пайпасланганда совуқ ва ёпишқоқ бўлади, тўқималарнинг тургори пасаяди, овоз бўғилиши (афониягача), болдир мушакларида тоник таранглик пайдо бўлади. Сувсизланишнинг янада ривожланиши билан вабога хос махсус белгилар пайдо бўлади: “Типпократ юзи” (юз қирраларининг ўткирлиги, кўзларнинг ботиб кетиши, кўз атрофининг кўкариб қолиши (“қора кўзойнак”), склералари хиралашган, лаблар, кулоқлар ва буруннинг цианози); “акушер қўли” ва “от оёғи” (қўл-оёқларнинг тоник таранглиги ва тиришишлар); “ботаётган Қуёш” симптоми (кўз олмалари чуқур ботади, юқорига ўгирилади); “қир юувчи қўли”, вабо бурмаси (тери ўзининг эластиклигини бутунлай йўқотади, тери бурмаси узоқ вақт давомида текисланмайди), олигоанурия. Тўғри даволанмаса, сувсизланиш кучаяди, гиповолемик шок ва метаболик ацидоз, ичак парезлари, анурия ривожланади ва касалликнинг бошланишидан бир неча соат ўтгач ўлим содир бўлиши мумкин.

Ташхис қўйиш учун симптомларни аниқлаш

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

Белги	Тавсифи	Кучи*
Иситма реакцияси	Ўргача, давомийлиги қисқа	С
Эндоген интоксикация синдроми	Ланжлик, ҳолсизлик, адинамия, овқатни рад қилиш	С
Меъда-ичак трактининг зарарланиш синдроми	Сувсимон кўринишдаги диарея	В

Дегидратация синдроми	Тери ва шиллик пардалар қуруқлиги, диурез камайиши ва ҳ.к.	В
-----------------------	--	---

Изоҳ: * – Рейтинг схемасига мувофиқ тавсиялар кучини баҳолаш.

3.1.2. Касаллик анамнези:

- касалликнинг ўткир / тўсатдан бошланиши, дастлаб диарея, ҳолсизлик, кейин қайт қилиш (кўпинча кўнгил айнишсиз, қорин оғриғисиз, иситмасиз) қўшилади.

3.1.3. Вабо ташхисининг эпидемиологик мезонлари.

Касаллик бошланишидан 48-120 соат олдин вабо вибрионлари билан инфицирланган (ёки потенциал инфицирланган) сув ёки озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш, вабо билан касалланган одамлар билан мулоқотда бўлганлиги. Яширин даври 1-6 сутка, кўпинча 2-3 сутка. Мутахассислар беморнинг касалликни нима билан боғлашини (аниқ озиқ-овқат маҳсулотлари, ичимлик суви ва овқат пишириш учун сув, сув ҳавзаларида сузиш ва бошқалар), оилада ёки жамоада шунга ўхшаш касалликлар ҳолатларини батафсил таҳлил қиладилар [6, 7, 8, 9, 10, 11].

Юқиш йўли	Тавсифи	Кучи*
Сув	Касаллик бошланишидан 48-72 соат олдин инфицирланган (ёки потенциал инфицирланган) сувни ичиш	В
Озиқ-овқат (алиментар)	Касаллик бошланишидан 48-120 соат олдин вабо вибриони билан инфицирланган (ёки потенциал инфицирланган) озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш	В
Маиший-мулоқот	Юқумли диарея (вабо) билан оғриган бемор билан маиший мулоқотда бўлиш	В

Изоҳ: * – Рейтинг схемасига мувофиқ тавсиялар кучини баҳолаш.

Салбий оқибатларнинг кечиш оғирлиги ва эҳтимоллиги бўйича хавф гуруҳи

Кўкрак сути билан озиқланмаган чақалоқлар ва болалар
50 ёшдан ошган катталар
Яқинда қизамиқ билан касалланган болалар
Озиб-тўзиб кетган болалар ва катталар
Ҳамроҳ юқумли ва протозой касалликлар
Меъда ширасининг паст кислоталилиги, анацид гастрит
Анемиянинг айрим шакллари
Гижжа инвазиялари
Онкологик касалликлар
Сувсизланишнинг оғир белгилари (тиришишлар, хушидан кетиш ва бошқалар), гипо- ва гипертермияси бор бўлган ҳар қандай бемор

3.2. Физикал текширув [14].

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0/14916>

- тери ва шиллиқ пардалар куруклиги;
- тери тургорининг пасайиши.

Оғир ҳолатларда:

- қўл ва оёқлар териси бурушган (“кир ювувчи қўли”);
- бемор қиёфасининг ўзгариши: юз қирралари ўткирлашган, кўзлар ботган, лаблар, қулоқлар, қулоқлар солинчаклари ва бурун цианози;
- гемодинамик бузилишлар: тахикардия дақиқада 120 тагача, пульс “ипга ўхшаш” кучсиз тўлаликда, юрак тонлари бўғиқлашган, қон босими прогрессив равишда 90 мм сим.уст. дан пастга тушади;
- цианоз;
- афониягача овоз бўғилиши;
- тиришишлар;
- гипотермия;
- ҳансираш;
- альгид;
- олигоанурия.

3.2.1. Ташхисни асослаш ва шакллантириш [5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

Бемор шифохонага ётқизилганида дастлабки ташхис “Ўткир диарея, гастроэнтероколитик вариант (клиник белгиларига қараб), ўртача / оғир шакли” деб қўйилади. Лаборатор тасдиқдан сўнг ташхис қўйилади (эпидемия бўлмаса).

Нозология (лаборатор тасдиқнинг тури ва санаси / эпидемияларда клиник ва эпидемиологик ташхис қўйиш мумкин), кечиш давомийлиги ва / ёки табиати (ўткир / чўзилган / сурункали), клиник шакли (*типик*: энтеритик (фақат диарея мавжуд) / гастроэнтеритик (диарея ва қусиш мавжуд) вариант ёки *атипик шакли*), оғирлик даражаси (касалликнинг енгил / ўрта / оғир / ўта оғир шакли, сувсизланиш даражасини кўрсатган ҳолда).

Асоратлари

Ҳамроҳ касалликлар

Юқорида санаб ўтилган тўғридан-тўғри усулларнинг ҳар қандайдан фойдаланган ҳолда вабо ўчоғида ЎИИнинг белгилари бўлган бемордан олинган клиник материалда вабо вибрионини аниқлаш вабонинг лаборатор тасдиқланиши сифатида талқин қилиниши керак.

ЎИИнинг клиник белгилари мавжуд бўлмаганида вабо вибрионининг аниқланиши вабонинг клиник реконвалесценция босқичи (агар анамнезида симптомлар мавжуд бўлса) ёки симптомсиз вабо (агар анамнезида симптомлар бўлмаса) сифатида талқин қилиниши керак.

Давомийлиги бўйича:

Ўткир	1 ойгача кечади
Чўзилган	3 ойгача кечади
Сурункали	3 ойдан узоқ кечади

В.И. Покровский ва В.В. Малеевлар қуйидаги сувсизланиш / оғирлик даражаларини ажратишган: [5, 6, 7, 8, 9].

<p>Вабонинг энгил шакли – Дегидратациянинг I (компенсирланган) даражаси: тана вазнининг 1-3% гача қисми йўқотилади. Беморларнинг 50-60% ида учрайди.</p>	<p>Дефекация сони суткасига 2-5, баъзан 10 мартага, 3-5 кунгача давом этади ва ўртача ривожланган оғиз қуриши, чанқаш билан кузатилади. Қусиш суткасига 1-3 мартагача. Умумий аҳволи қониқарли, бироз ҳолсизлик ҳисси.</p>
<p>Вабонинг ўрта оғир шакли – Дегидратациянинг II (компенсирланган) даражаси: тана вазнининг 4-6% гача қисми йўқотилади. Беморларнинг 20-25% ида учрайди. Касалликнинг давомийлиги камида 5-7 кун.</p>	<p>Ўртача интоксикация, диарея суткасига 10-15 (баъзан 20) мартагача, давом этиши 3-5 кундан кам эмас, кўриниши “гуруч қайнатмаси” шаклида. Диареяга нажасга ўхшаш “гуруч қайнатмаси” кўринишидаги такрорий қусишлар кўшилади. Қусиш ҳеч қандай зўриқиш ёки кўнгил айланиши билан бирга келмайди. Қусиш кўшилиши билан сувсизланиш – эксикоз – тез ривожланади, асоратлар пайдо бўлиши мумкин. Бош айланиши, азоб берувчи чанқаш, тил қуриши, тери қуриши, қўз ва оғиз-ҳалқум шиллик пардалари, териси рангпар, тери тургорининг пасайиши, олигоанурия кузатилади. Болдир, қўл-оёқлар панжалари ва чайнов мушакларининг ягона тиришишлари, лаблар ва бармоқларнинг беқарор цианози, овоз хириллаши / бўғилиши пайдо бўлади. Ўртача тахикардия, гипотензия, гипокалиемия.</p>
<p>Вабонинг оғир шакли – Дегидратациянинг III (ўзгарувчан компенсация) даражаси: тана вазнининг 7-9% гача қисми йўқотилади. Беморларнинг 8-10% ида учрайди. Касалликнинг</p>	<p>Инкубацион даври қисқа, кўп миқдорда (ҳар бир дефекацияда 1-1,5 литргача) сувсимон, такрорий, касалликнинг бошидан бошлаб суткасига 20 мартадан ортиқ (баъзан 35 марта) “гуруч қайнатмаси” типидagi нажасли диарея, 3 кундан ортиқ давом этади. Такрорий, кўп миқдорда, тўхтовсиз “фавворасимон” қусиш. Бостириб бўлмас чанқаш. Яққол ифодаланган интоксикация, кучли ҳолсизлик. Бош айланиши, тери ва шиллик пардалари қуруқ, тери тургори пасаяди, тери бурмаси узоқ вақт давомида текисланмайди. Қўл ва оёқ панжалари териси ажинлашади – “қир ювувчи қўли”. Беморларни қўл-оёқларининг мушаклари ва қорин мушакларининг оғриқли спазмлари безовта</p>

<p>давомийлиги 1 хафтадан кўп.</p>	<p>қилади, касаллик зўрайиб бориши билан камроқ клоник тиришишлардан тез-тез кузатилувчи ва ҳатто тоник тиришишларга ўтади. Овози заиф, ингичка, кўпинча зўрға эшитилади, тили куруқ. Юз қирралари ўткирлашган, кўзлари ботиб кетган, лаблар, кулоқлар, кулоқлар солинчаклари ва бурун цианози. Қорин бўшлиғини пайпаслаганда кулдурашнинг кучайиши, суюқлик шовуллаши овози билан ичаклар бўйлаб суюқлик қуйилиши аниқланади. Жигар ва талоқ катталашмаган. Тахипноэ, тахикардия 110-120 зарба/мин.гача кўтарилади. Пульс заиф тўлаликда (“ипсимон”), юрак тонлари бўғиқ, қон босими – олдинига максимал, кейин минимал ва пульс босими прогрессив равишда 90 мм сим.уст.дан пастга тушади. Кўпинча коллаптоид ҳолат кузатилади. Тана ҳарорати нормал, олигоанурия. Қоннинг қуюшқоқлиги ўртача ифодаланган.</p>
<p>Вабонинг ўта оғир шакли – Дегидратациянинг IV (декомпенсирланган) даражаси: тана вазнининг 10% ва ундан кўп қисми йўқотилади. Беморларнинг 8-10% ида учрайди.</p>	<p>Илгари алгид шакли (лат.: Algus – совук) деб номланган. Инкубацион даври қисқа. Касаллик тез, тўсатдан ривожланади, массив, узлуксиз дефекациялар, кўп қусиш, дегидратацион карахтлиқ типдаги гемодинамик бузилишлар касалликнинг дастлабки 3-12 соатларида, тана вазнининг 12% гача йўқолиши билан (ўта сувсизланиш). Оғир алгид (тана ҳароратининг 34-35,5°С гача пасайиши), ҳансираш, анурия. Беморлар меъда ва ичак мушакларининг парезлари билан шифохонага ётқизилади, бунда беморларда қусиш (тутқаноқсимон ҳикичоқ билан алмашинади) ва диарея тўхтайтиди (анус очилиб қолади, қорин олд девори енгил босилганда анусдан “ичак суви”нинг эркин оқиши кузатилади). Регидратация фонида ёки ундан кейин диарея ва қусиш яна пайдо бўлади. Умумий ҳолати – руҳий тушкунлик ҳолатида, уйқучанлик сопорга, кейин эса комага ўтади. Онгнинг бузилиши вақт бўйича нафас олиш бузилиши билан тўғри келади – тез-тез юзаки нафас олишдан патологик нафас олиш турларига (Чейн-Стокс, Биот). Тери кул рангга эга бўлади (тотал цианоз), кўз атрофида “қора кўзойнак”, ботиб кетган кўзлар, склералар хиралашган, илтижоли нигоҳ, овози йўқ. Тери совук ва ёпишқоқ, танаси тиришган (умумий тоник тиришишлар натижасида “курашчи” ёки “гладиатор” позаси). Қорин ичига тортилган, пайпасланганда қорин тўғри мушакларининг тиришишсимон қисқариши аниқланади. Қоринни енгил пайпаслаганда ҳам тиришишлар оғриқли тарзда кучаяди, бу эса беморларни ташвишга солади. Қон босими ва пульс аниқланмайди.</p> <p>Оғир шакллари эпидемиянинг бошланишида ва авжида кўпроқ кузатилади. Эпидемия охирида ва эпидемиялараро даврда бошқа этиологияли диареялардан кам фарқли енгил ва билинар-билинемас шакллари устунлик қилади.</p>

Катталар ва болаларда дегидратация оғирлигини баҳолаш [5].

Белги	Сувсизланиш даражаси, тана вазнини йўқотиш, %			
	Енгил шакли, I даражали компенсирланган дегидратация	Ўрта оғир шакли, II даражали компенсирланган дегидратация	Оғир шакли, III даражали дегидратация / ўзгарувчан компенсация	Ўта оғир шакли, IV даражали декомпенсирланган дегидратация
	1-3	4-6	7-9	10 ва кўпроқ
Ич келиши	10 мартагача	20 мартагача	20 мартадан кўп	Саноксиз
Қусиш	5 мартагача	10 мартагача	20 мартагача	Кўп сонли (тўхтовсиз)
Чанқаш	Суст	Ўртача	Кучли ифодаланган	Бостириб бўлмас (ёки ича олмайди)
Диурез	Нормал	Камайган	Олигурия	Анурия
Тиришиш	Йўқ	Болдир мушакларида, қисқа муддатли	Давомли ва оғрикли	Тарқалган клоник
Аҳволи	Қониқарли	Ўрта оғир	Оғир	Жуда оғир
Кўз олмалари	Нормал	Нормал	Ботган	Кескин ботган
Оғиз шиллик пардалари, тил	Нам	Қуруқлашган	Қуруқ	Қуруқ, кескин гиперемияланган
Нафас	Нормал	Нормал	Ўртача тахипноэ	Тахипноэ
Цианоз	Йўқ	Бурун-лаб учбурчагида	Акроцианоз	Кескин ифодаланган, диффуз
Тери тургори	Нормал	Нормал	Пасайган (тери бурмаси текисланади >1 сония)	Кескин пасайган (тери бурмаси текисланади >2 сония)
Пульс	Нормал	Дақиқада 100 гача	Дақиқада 120 гача	Дақиқада 120 дан ортик, ипсимон
АҚБ, систолик, мм сим.уст.	Нормал	100 гача	60-100	60 дан паст
Қондаги рН	7,36-7,40	7,36-7,40	7,30-7,36	7,3 дан кам
Овози	Сақланган	Сақланган	Бўғиқ	Афония
Плазма нисбий зичлиги	Нормал (1025 гача)	1026-1029	1030-1035	1036 ва кўпроқ
Гематокрит, %	Нормал (40-46)	46-50	50-55	55 дан юқори

Вабо кечишининг атипик вариантлари одатдагидан кўра камроқ тарқалган. Бу кўп жиҳатдан макроорганизмнинг ҳолатига боғлиқ (алиментар дистрофия, алкоголизм, ҳомиладорлик ва бошқалар). Касалликнинг атипик кечишига антибактериал препаратларни, хусусан, тетрациклинни профилактика мақсадида қўллаш, шунингдек, холероген-анатоксин билан эмлаш (Малеев В.В., 2002) сабаб бўлиши мумкин, бу ўз вақтида ташхисни сезиларли даражада мураккаблаштиради. Ҳозирги вақтда вабонинг субклиник ва билинар-билинемас шакллари кўпроқ кузатилади.

Вабонинг атипик шаклларининг кечиши

Билинар-билинемас / субклиник шакли	Секин-аста бошланади, иситмасиз. Умумий аҳволи, қоидага биноан, бузилмайди. Нажас характеридаги ўзгаришлар бироз ифодаланади, нажас бўтқасимон, кунига 3 мартадан кўп эмас. Вабонинг субклиник шакли ичакларда ўзгаришларнинг умуман бўлмаслиги билан юзага келиши мумкин, дармонсизлик ва енгил диспептик ўзгаришлар билан тавсифланади. Умумий аҳволи ўртача даражада азобланади, ташхис фақат лаборатор текширувлар орқали аниқланади ва асосан эпидемик ўчоқларда ташхисланади.
Белгиларсиз шакли	Вабонинг клиник аломатлари йўқ, у кўпинча инфекция ўчоқларида аниқланади, ташхис кўзғатувчининг нажасдан ажратилиши ва касалликнинг динамикасида махсус антитаначалар титрининг ошиши асосида тасдиқланади.
Яшин тезлигида кечувчи шакли	Тўхтовсиз кўп миқдорда ич келиши ва такрорий қусиш билан тез бошланади, бу касаллик бошланишидан 3-5 соатдан кейин декомпенсирланган сувсизланиш (алгид фазаси)га олиб келади.
Геморрагик шакли (С.И. Златорогов, 1932 й.; А.Г. Подварко, 1946 й.; В.И. Покровский, 1988 й.)	Қусиш, нажас ранги гўшт ювиндиси рангида, ичакдан қон кетиши.
Қурук вабо	Шиддат билан бошланади, диарея ривожлангунча кучли ифодаланган токсикоз ва кома юзга келади, ичак бўшлиғида суюқлик тўпланади. Ўлим кўнгил айнашсиз ва қайт қилишсиз содир бўлиши мумкин. “Қурук” вабо: ўлим диарея бўлмаганда 3 соат ичида содир бўлади (С.И. Златогоров, 1932), бундай ҳолатлар Қорақалпоғистонда 1965-1966 йилларда кузатилган – 6% (Н.Н. Жуков-Вережников) ва 1970 йилда Астраханда – 3,3% (В.И. Покровский) [6].
Вибрион ташувчилик / вабо	- реконвалесцент (вабо билан касаллангандан кейин);

вибрионларини ташувчилик	- транзитор/вакцинчалик (юқумли диарея ўчоқларидаги соғлом одамларда аниқланади); - сурункали (3 ойдан ортиқ).
--------------------------	---

3.2.2. Вабонинг асоратлари.

Гиповодемик карахтлиқ (Альговер индекси 0,5 дан катта, систолик АҚБ / пульс, норма = 0,5 гача)
Томирлар тромбози
Тиришишлар
Бош мия қон айланишининг бузилиши
Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги (оғир кечганда)
Миокардда ўзгариш – миокард инфаркти, шунингдек, яққол ифодаланган гипотония
Сув, азот, электролитлар ва танадаги бошқа метаболизмнинг бузилишига олиб келадиган ўткир буйрак етишмовчилиги, аммо ушбу бузилишлар кўпинча даволанишга тобе бўлади.
Кислород танқислиги, пневмония, йирингли жараёнлар бўлиши мумкин

Бенгал штамми (O139) келтириб чиқарадиган вабо кечишининг хусусиятлари – классик вабодан фарқли ўлароқ, тана ҳарорати субфебрил ва фебрил даражаларга кўтарилади, нажас – касалликнинг дастлабки 8 соатида 10 литргача, беморларнинг 92% ида – қусиш, кўпчилигида сувсизланиш (85%), деярли ярмида қорин бўшлиғида тўлғоқсимон оғриқ, тиришишлар бўлиши мумкин ва гемограммада лейкоцитоз қайд этилади.

3.2.3. Болаларда вабо касаллигининг хусусиятлари.

Классик биоварнинг вабо токсинининг stxВ-гени мавжудлиги касалликнинг клиник жиҳатдан оғир кечишига ва ҳалокатли оқибатларга олиб келади [6].

3 ёшгача бўлган болаларда вабо жуда оғир кечади. Болалар сувсизланишни оғирроқ ўтказади. Бундан ташқари, улар марказий асаб тизимида иккиламчи зарарланишни бошидан кечиришади: адинамия, клоник тиришишлар, талвасалар, кома ривожланишига қадар онгнинг бузилиши кузатилади. Болаларда сувсизланишнинг дастлабки даражасини аниқлаш қийин. Уларда хужайрадан ташқари суюқликнинг нисбатан катта ҳажми туфайли плазманинг нисбий зичлигига таяниб бўлмайди. Шунинг учун, уларнинг сувсизланиш даражасини энг ишончли аниқлаш учун қабул вақтида болаларнинг вазнини ўлчаш тавсия этилади.

Болалардаги вабонинг клиник манзараси баъзи хусусиятларга эга: тана ҳароратининг тез-тез кўтарилиши, яққолроқ ифодаланган апатия, адинамия ва гипокалиемиянинг тез ривожланиши туфайли эпилептиформ тутқаноқларга мойиллик. Касаллик 3 кундан 10 кунгача давом этади, унинг кейинги намоён бўлиши электролитлар билан ўрин босувчи давонинг етарлигига боғлиқ.

3.2.4. Вабо касаллигининг кечиши ва оқибатларини олдиндан билиш.

Суюқлик ва электролитлар йўқотилишини фавқулдда тиклаш билан физиологик фаолиятларнинг нормаллашиши жуда тез содир бўлади ва ўлим ҳолатлари кам учрайди. Беморларни нотўғри даволашда ўлимнинг асосий сабаблари – гиповолемик карахтлик, метаболик ацидоз ва каналчаларнинг ўткир некрози натижасидаги уремия ҳисобланади.

3.2.5. Касалликнинг оқибатлари.

Даволаш курсидан сўнг соғайиш, фаолиятлар тикланиши – 90% ҳолларда.
Даволаш курсидан сўнг бевосита барқарорлашув, рецидив ва асоратларнинг йўқлиги – 9% ҳолларда.
Ятроген асоратларнинг ривожланиши, янги шикастланишларнинг пайдо бўлиши ёки терапия натижасида келиб чиқадиган асоратлар (масалан, аллергик реакциялар) – 1%.
Динамик кузатув бўлмаганда, даволаниш тугаганидан бир неча кун / ҳафта ўтгач, асосий касаллик (малабсорбция синдроми, кардиомиопатия) билан боғлиқ янги касалликнинг ривожланиши – 0,1-1%.

Клиник мутахассислар учун муҳим маълумотлар.

Бир неча соат ичида ҳалокатли бўлиши мумкин бўлган енгил сувсизланишдан гиповолемик карахтликкача ва атипик вариантлар (геморрагик, қуруқ вабо) ривожланишигача бўлган вабо белгилари ва аломатлари спектрдан хабардор бўлинг.

Ёдда тутингки, бу инфекция ўта хавфли, карантин инфекция бўлиб, вабога шубҳа қилинган барча беморлар юқумли касалликлар шифохоналарига ётқизилади.

Тавсиялар

Агар маълум бир ҳудудда бир нечта вабо ҳолатлари мавжуд бўлса, ЎИИ билан касалланган беморларни оммавий тарзда провизор (вақтинчалик) бўлимларга, оғир шаклдаги сувсизланиши бўлган беморларни вабо бўлимларига ётқизилади.

3.3. Лаборатор текширувлар.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

Усул	Кўрсатма	Кучи*
Гематологик	Аҳволининг оғирлик даражасини аниқлаш учун вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморлар	D
Биокимёвий таҳлил (электролитлар, креатинин, мочевино, аминотрансферазалар)	Оғирлик даражаси ва асоратларни аниқлаш учун вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморлар	D
Кислота-ишқорий ҳолат (КИХ)ни	Оғирлик даражаси ва асоратларни аниқлаш учун вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган	B

текшириш	беморлар	
Ўткир фазали оқсиллар (С-реактив оқсил, альбумин) даражаси	Оғирлик даражаси ва асоратларни аниқлаш учун вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморлар	С
Копроцитологик	Оғирлик даражаси ва асоратларни аниқлаш учун вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморлар	С
Нажаснинг ПЗР-таҳлили	Ташхисга ишонч ҳосил қилиш учун вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморлар	В

Изоҳ: * – Рейтинг семасига мувофиқ тавсиялар кучини баҳолаш.

Лаборатор текширувларнинг минимал рўйхати:

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

<https://cyberleninka.ru/article/n/immunodiagnostika-holery-sovremennoe-sostoyanie-problemy>

<https://jasulib.org/kg/wp-content/uploads/2022/04/1.Uyshuka-N.D-Infeksya-bol.pdf>

Қоннинг умумий таҳлили	Лейкоформулани ўрганиш билан батафсил таҳлил қилиш керак. Вабода гемограммадаги ўзгаришлар ўзига хос хусусиятларга эга эмас, улар ўрта оғир шакллари билан оғриган беморларнинг 40-60%ида эритроцитлар гемоглобин билан тўйинганлигининг ошиши, эритроцитлар ва лейкоцитлар, шу жумладан, нейтрофиллар даражасининг ўртача кўтарилиши билан тавсифланади, баъзи беморларда касалликнинг дастлабки 48 соатида бир вақтнинг ўзида лейкоцитоз билан лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, ЭЧТнинг ошиши қайд этилади. Шу билан бирга, моноцитлар даражаси пасайиши мумкин.
Нажаснинг умумий таҳлили	Консистенциясига (суyoқ / бўтқасимон нажас), рангига, қон, шиллик, ҳазм бўлмаган озиқ-овқат қолдиқлари ва бошқалар мавжудлигига эътибор бериш керак. Копроцитограммада детрит миқдори камаяди, ферментатив ўзгаришлар қайд этилади (стеаторея I ёки II, креаторея), яллиғланиш ўзгаришлари хос эмас.
Пешобнинг умумий таҳлили	Пешоб чўкмасининг органолептик хусусиятларини, физик-кимёвий ва биокимёвий сифатларини, сифатини ўрганиш. Вабода ажралаётган пешоб ҳажмининг умумий камайиши билан бир қаторда, сувсизланиш кучайиши билан патологик цилиндрлар ва оқсил даражаси ошиши мумкин.
Қоннинг биокимёвий таҳлили	Қонда мочевина, креатинин, амилаза даражасини, ўрта оғир ва оғир шаклларида қоннинг электролитлар таркибини ўрганиш керак. Амилаза ва мочевина даражасининг ошиши, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия ва албумин даражасининг пасайиши кузатилади.
Нажасни патоген флорага бактериологик экиш	Яқуний ташхис қўйиш учун зарур. Нажасни бактериологик текшириш вабо вибриони (<i>Vibrio spp.</i>), шигелла (<i>Shigella spp.</i>), сальмонелла (<i>Salmonella spp.</i>), кампилобактерия (<i>Campylobacter spp.</i>), тиф-паратиф микроорганизмлари (<i>Salmonella typhi</i>), аэроб ва

	<p>факультатив анаэроб микроорганизмлар; кўрсатмаларга кўра – ташхисни тасдиқлаш учун иерсиния (<i>Yersinia spp.</i>), клостридия (<i>Clostridium spp.</i>) ва бошқалар учун, шунингдек, антибиотикограмма.</p> <p>Вабо учун катъий белгиланган ҳажмдаги диагностик текширувларни ўтказиши мумкин: давлат санитария-эпидемиология назоратининг бактериологик лабораториялари, патогенлиги бўйича III гуруҳ микроорганизмлари билан ишлашга рухсат берилган даволаш-профилактика муассасалари (ДПМ)нинг бактериологик лабораториялари; ўта хавfli инфекциялар лабораториялари, вабога диагностика текширувларини ўтказишга рухсати бўлган идоравий муассасалар лабораториялари; вабо кўзгатувчиси билан ишлаш учун рухсатга эга бўлган ўлатга қарши муассасаларнинг лабораториялари.</p> <p>Лабораторияларда вабо учун диагностика тестларини ташкил этиш ва ўтказиш қуйидаги тартибга солувчи талабларга мувофиқ амалга оширилиши керак: III-IV патогенлик гуруҳидаги микроорганизмлар билан ишлаш хавфсизлиги – давлат санитария-эпидемиология назорати марказларининг, ДПМнинг ва идоравий хизматларнинг бактериологик лабораториялари учун; патогенлиги I-II гуруҳ микроорганизмлари билан ишлаш хавфсизлиги – идоравий ва ўлатга қарши муассасаларнинг давлат санитария-эпидемиология назорати марказларининг ўта хавfli инфекциялар лабораториялари учун; I-IV патогенлик гуруҳидаги микроорганизмларни ҳисобга олиш, сақлаш, ўтказиш ва ташиш тартиби.</p> <p>Мураккаб эпидемиологик вазият шароитида эпидемия ўчоғи лаборатория хизмати таркибига киритилган давлат санитария-эпидемиология назорати марказларининг бактериологик лабораторияларига, уларнинг функционал вазифалари кенгайтирилган тақдирда, вабога диагностика текширувларини ўтказишга вақтинчалик рухсатнома ўчоқнинг тиббий штаби қарори билан берилади.</p> <p>Лаборатория тадқиқотлари учун биологик материал (нажас, қон, қусуқ массалари, меъда ювинди суви) йиғиш ўтқир ичак юқумли касаллигининг бирламчи ташхисини қўйган (ёки унга шубҳа бўлса) тиббиёт ходими томонидан этиотроп даволаш бошланишидан олдин; касаллик гуруҳли ва бирданига тарқалганда амалга оширилади.</p> <p>Лаборатория тадқиқотлари учун ҳар қандай натив материал стерил пластик ёки шиша идишларда йиғилади. Материални лабораторияга етказиб бериш йиғилгандан кейин 2 соатдан кечиктирмасдан ва йўлланма билан бирга бўлиши керак. Агар материални лабораторияга ўз вақтида етказиб беришнинг иложи бўлмаса, консервант ёки транспорт муҳитдан фойдаланиш керак. Материаллар музлаткичга жойлаштирилади ва йиғилгандан кейин</p>
--	---

	<p>12 соатдан кечиктирмай текширув учун юборилади.</p> <p>Бактериологик тадқиқотлар билан бир қаторда, ЎИИ қўзғатувчилари учун диагностик тўпламлар ёрдамида нажаснинг ПЗР текширувидан фойдаланиш мумкин.</p>
<p>Нажаснинг ПЗР-таҳлили</p>	<p>ЎИИ билан гуруҳли касалланиш ўчоқларида молекуляр-генетик текширув усуллари қуйидаги муаммоларни ҳал қилиш учун қўлланилади:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Адекват давони ўз вақтида бошлаш ва тегишли санитария ва эпидемияга қарши (профилактик) чора-тадбирларни амалга ошириш мақсадида касалликларнинг этиологиясини имкон қадар тезроқ аниқлаш. 2. Юқтириш омиллари ва инфицирланиш манбаларида гумон қилинган қўзғатувчиларнинг ДНК/РНКсини аниқлаш. 3. Инфицирланиш манбалари ва инфекцияни юқтириш омилларини аниқлаш мақсадида турли материаллардан ажратилган қўзғатувчилар изолятларининг бирдайлигини баҳолаш. <p>Молекуляр-генетик текширув усулларида фойдаланиш қуйидаги ҳолларда ЎИИ билан гуруҳли касалланиш ўчоқларидаги материалларни текширишда мажбурийдир:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЎИИ билан гуруҳли касалланиш ўчоқларидаги ушбу касалликлардан ўлимни, шу жумладан, аниқланган этиологияни қайд этиш учун; - амалдаги меъёрий-услубий ҳужжатлар билан тартибга солинган муддатларда беморлардан аниқ патогенлар (текширилганларнинг >30%) ажратилишининг йўқлигида; - қўзғатувчини юқтирувчи омил аниқланганлиги ишончли бўлмаган яқка ҳолларда беморлардан фақат шартли-патоген флора ажратиб олинганда; - инфекциянинг шубҳали манбалари – атроф-муҳит, озиқ-овқат ёки одамлардан олинган материалларда вирусли агентларни аниқлашни амалга оширишда; - турли манбалардан аниқланган микроорганизмлар изолятларининг бир хиллигини баҳолаш ва классик микробиологик, серологик усуллар, ... мажмуаси натижасиз қўлланганда”.
<p>Иммунохромато график усул (экспресс тест)</p>	<p>Вабо вибрионини тез аниқлаш (экспресс) усуллари эпидемиологик ва ижтимоий аҳамиятга эга. <i>V. cholerae</i> O1-серогуруҳига моноклонал антитаначалар билан коагглютинация реакциясидан фойдаланиб, қўзғатувчи юқори ўзига хослик ва сезувчанлик билан нажас намуналарида аниқланади, реакция натижаси 5 дақиқа ичида олинади. Экспресс усуллар, шунингдек, кўп сонли “метеорлар” каби ҳаракатланадиган вибрионларни аниқлайдиган нажаснинг фазали контрастли ёки қоронғу майдон микроскопиясини ҳам ўз ичига олади.</p> <p>Қўзғатувчининг серогуруҳи (O1 ёки O139) иммобилизация реакциясида махсус антизардоблар ёрдамида аниқланиши мумкин,</p>

	<p>бунда вибрионлар ўзига хос “кулаётган юлдуз” типиди ҳаракатчанлигини йўқотади. <i>V. cholerae</i> O1 ёки O139 ни тез аниқлаш учун бир босқичли чизиқли тест (dipstick) ишлаб чиқилган. Эритроцитар вабо энтеротоксик диагностикуми билан БГАР (шунингдек, тезлаштирилган ва экспресс усул)дан фойдаланиш вабо токсинини зарарсизлантирадиган холероген-анатоксин антитаначаларини аниқлаш учун мўлжалланган. Токсинни зарарсизлантирадиган антитаначалар касалликнинг 5-6-кунида пайдо бўлади ва уларнинг миқдори касалликнинг бошланишидан 19-21-кунларда максимал даражага етади. Ташхис титри 1:160 ни ташкил қилади.</p> <p>Эпидемиологик ташхисот учун серологик текширувларда агглютинация қилувчи, антитоксик антитаначаларни аниқлаш қўлланилади: агглютинация реакцияси, вабо эритроцитар диагностикуми ёрдамида билвосита гемагглютинация реакциялари, иммуноглобулинли эритроцитар диагностикум ёрдамида антигенни нейтраллаш реакцияси. Персистирловчи диареяларда динамикада махсус антитаначалар титрининг 4 ёки ундан кўп марта ортиши диагностик аҳамиятга эга [5, 8, 10, 11, 18, 14, 18].</p>
--	---

Касалликнинг оғир шаклининг ривожланиши қуйидагилар билан кўрсатилади:

[11]

- сувсизланиш синдромининг лаборатор белгилари;
- метаболик ацидознинг лаборатор белгилари;
- қондаги электролитлар бузилишининг белгилари;
- эндоген интоксикация синдромининг лаборатор белгилари.

Лаборатор ташхисот натижаларига кўра касалликнинг оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/holera> [7].

<p>Вабонинг енгил шакли – Дегидратациянинг I (компенсирланган) даражаси: тана вазнининг 1-3% гача қисми йўқотилади. Беморларнинг 50-60% ида учрайди.</p>	<p>Плазма зичлиги – 1,023-1,025. Ht = 40-45%. pH = 7,36-7,40. Лейкоцитлар миқдори – нормал ёки 10×10^9/л гача ортган. Креатинин ва мочевино миқдори – нормал, альбумин миқдори – нормал. С-реактив оқсил миқдори – нормал ёки ўртача даражада ортган.</p>
<p>Вабонинг ўрта оғир шакли – Дегидратациянинг II (компенсирланган) даражаси: тана вазнининг 4-6% гача</p>	<p>Плазма зичлиги – 1,023-1,025. Ht = 45-55%. pH = 7,33-7,36. Лейкоцитлар миқдори – нормал ёки $10-15 \times 10^9$/л гача</p>

қисми йўқотилади. Беморларнинг 20-25% ида учрайди. Касалликнинг давомийлиги камида 5-7 кун.	ортган. Айрим беморларда гипокалиемия ва гипохлоремия аниқланади. Креатинин ва мочевино миқдори – нормал ёки ортган. Альбумин концентрацияси – нормал ёки камайган. С-реактив оксил миқдори – нормал ёки ўртача даражада ортган.
Вабонинг оғир шакли – Дегидратациянинг III (ўзгарувчан компенсация) даражаси: тана вазнининг 7-9% гача қисми йўқотилади. Беморларнинг 8-10% ида учрайди. Касалликнинг давомийлиги 1 ҳафтадан кўп.	Плазма зичлиги – 1,030-1,036. Ht = 55-65%. pH = 7,3. Лейкоцитлар миқдори – нормал ёки 10-15x10 ⁹ /л гача ортган, лейкоформуланинг таёкча ядроли чапга силжиши. Гипокалиемия, гипохлоремия, креатинин ва мочевино миқдори – кўпинча ортган, азотемия. Альбумин концентрацияси – нормал ёки камайган. С-реактив оксил миқдори – ўртача даражада ортган.
Вабонинг ўта оғир шакли – Дегидратациянинг IV (декомпенсирланган) даражаси: тана вазнининг 10% ва ундан кўп қисми йўқотилади. Беморларнинг 8-10% ида учрайди.	Плазма зичлиги – 1,038-1,050. Ht = 65-70%. pH = 7,2. BE = 10-18. Эритроцитоз. Лейкоцитлар миқдори – 15x10 ⁹ /л дан кўпроқ ортган, таёкча ядроли нейтрофилёз. Альбумин концентрацияси – камайган. Декомпенсирланган метаболик ацидоз, гипокалиемия, гипохлоремия, қоннинг қовушқоқлиги – 20 бирлик. Креатинин ва мочевино миқдори – ортган, азотемия. АҚҲ – 20 мл/кг. С-реактив оксил миқдори – ортган.

Ташхисни лаборатор тасдиқлаш мезонлари [11].

1. Вабо вибрионларининг ДНКсини аниқлаш билан молекуляр-генетик ташхисот (ПЗР). Бу асосий бўлмаган усул бўлиб, экспресс ташхисот зарур бўлганда қўлланилади.
2. Нажасда вабо вибрионларини аниқлашнинг микробиологик усули. Бу асосий ташхисот усулидир [11].

Белги	Мезонлар	Кучи*
Қўзғатувчининг нуклеин кислоталарини аниқлаш	Нажасда V. cholerae нуклеин кислоталарини аниқлаш	В
Нажасдан кўзғатувчи культурасини ажратиб олиш	Нажасдан V. cholerae культурасини ажратиб олиш	А

Изоҳ: * – Рейтинг схемасига мувофиқ тавсиялар кучини баҳолаш.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари [6, 11].

Ташхис қўйиш босқичи		
-----------------------------	--	--

Шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб 30 дақиқадан кечиктирмай юқумли касаллик бўйича шифокор-инфекционист томонидан кўрик ўтказилди	1	A
Шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб 2 соат ичида жарроҳ томонидан кўрик ўтказилди (кўрсатма бўлганда)	1	A
Қоннинг батафсил умумий (клиник) таҳлили ўтказилди	1	A
Сувсизланиш даражаси баҳоланди	1	A
Ўрта оғир ва оғир шаклларида қоннинг биокимёвий таҳлили (аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, мочевино, α-амилаза, электролитлар) ўтказилди	2	B
Ўрта оғир ва оғир шаклларида қоннинг КИХ текширилди	2	B
Шифохонага ётқизилган пайтдан бошлаб 6 соат ичида антибактериал даво бошланишидан олдин нажаснинг бактериологик текшируви ўтказилди	1	A

3.4. Ускунали ташхисот [11].

Ускунали ташхис усуллари – аъзолар ва тизимларда юзага келиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш учун аъзолар ва тизимларнинг шикастланишига шубҳа қилинганида қўлланади:

- электрокардиографик текширув;
- қорин бўшлиғи аъзолари ва лимфа тугунлари, мия, буйраклар ва буйрак усти безларининг ультратовушли текшируви (УТТ);
- доплерографик текшируви билан юракнинг ультратовушли текшируви;
- эзофагогастродуоденоскопия;
- кўкрак қафаси аъзолари ва ҳ.к.нинг рентгенографияси;
- қорин бўшлиғи ва кичик тос аъзоларининг умумий кўринишдаги сурати.

Мунтазам текшириш учун ускунали текшириш усуллари ёрдамида ташхис мезонлари қўлланилмайди.

Ускунали ташхисот натижаларига кўра касалликнинг оғирлигини баҳолаш мезонлари фақат вабонинг асоратлари мавжудлигида ҳисобга олинади.

Усул	Кўрсатма	Кучи*
Қорин бўшлиғи аъзоларининг (мажмуавий) УТТ	Ўткир даврда вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморларда паренхиматоз аъзоларнинг патологик жараёнда иштирок этишини аниқлаш	D
Буйраклар ва пешоб айириш йўллариининг УТТ	Олигурия, олигоанурия, пешоб чўкмасининг ўзгариши билан оғирган беморларда пешоб тизими аъзоларининг патологик жараёнда иштирок этишини аниқлаш учун	D
Электрокардиография	Ўткир даврда вабонинг клиник белгилари мавжуд	D

(ЭКГ)	бўлган беморларда аускультатив ўзгаришлар аниқланганда кардиомиопатияни истисно қилиш учун	
Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси	Вабонинг ўткир даврида катарал белгилари мавжуд бўлган беморлар ёки даволанаётган пайтда уларнинг пайдо бўлиши, ўпкада аускультатив ўзгаришлар бўлса, пневмонияга шубҳа бўлса	С
Юракнинг УТТ (эхокардиография)	Ўткир даврда вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморларда аускультатив ўзгаришлар аниқланганда кардиомиопатияни истисно қилиш учун	С
Электроэнцефалография (ЭЭГ)	Вабонинг клиник белгилари мавжуд бўлган беморларда ўчоқли неврологик симптомлар, тиришишлар пайдо бўлганда	С

Изоҳ: * – Рейтинг схемасига мувофиқ тавсиялар кучини баҳолаш.

Махсус ташхисот усуллари мунтазам ташхис қўйиш учун қўлланилмайди. Махсус ташхисот натижаларига кўра касалликнинг оғирлик даражасини баҳолаш мезонлари фақат вабонинг асоратлари мавжуд бўлганда ҳисобга олинади ва қуйидагилардан иборат:

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf> [11]

- **гемостаз тизимини текшириш** (коагулограмма; қоннинг бекарор ивиш вақти ёки плазманинг рекальцификацияси; қон кетиш вақти; қон ёки плазмадаги протромбин (тромбопластин) вақти; қондаги тромбин вақти – оғир шаклларида тарқалган томир ичидаги қон ивиши синдромини истисно қилиш учун);

- пешоб йўллари инфекцияси белгилари мавжуд бўлганда, **пешобни аэроб ва факультатив-анаэроб шартли-патоген микроорганизмларга микробиологик текшириш;**

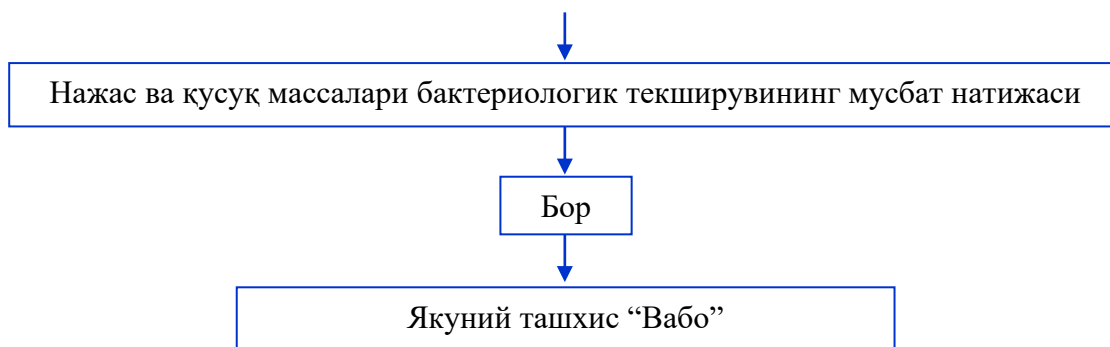
- миокард шикастланишига шубҳа қилинган ҳолларда **лактатдегидрогеназининг қондаги креатинкиназа изоферментлари даражасини текшириш;**

- **компьютер томографияси**, қорин бўшлиғи аъзоларининг ҳамда мезаденитда ретроперитонеал бўшлиқнинг **магнит-резонанс томографияси.**

3.5. Ташхис алгоритми [14].

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0/14916>





4. Вабонинг қиёсий ташхисоти.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0/14916>

Касаллик	Фарқли белгилар
Сальмонеллёз (гастроинтестинал шакли)	<ul style="list-style-type: none"> - умумий интоксикация белгилари билан бошланади, кейин қусиш ва диарея; - такрорий кўп миқдорда қусиш, сувсимон яшил рангдаги кўп миқдорда ич келиши, қон аралашмасисиз (гастроэнтерик вариант) ёки қон аралашмаси билан (гастроэнтероколитик вариант), кучли бадбўй ҳидли; - нажаснинг энтеритик табиати касалликнинг бутун даври давомида сақланиб қолади, ҳажми сезиларли даражада камаймайди, патологик белгилар пайдо бўлиши мумкин; - нажас ва қусуқ массасидан салмонеллалар ажратиб олинади.
Кампилобактериоз	<ul style="list-style-type: none"> - тана ҳароратининг 38-39°C ва ундан юқори кўтарилиши; - нажас кўп миқдорда, сувсимон, бадбўй ҳидли, суткасига 10 мартагача; - қориннинг пастки қисмида кучли, тўлғоқсимон оғриқ, кўпроқ ўнгда, аппендицит белгилари бўлиши мумкин; - жигарнинг катталашиши; - нейтрофилли лейкоцитоз; - нажасдан кампилобактерлар ажратиб олинади.
Ротавирусли гастроэнтерит	<ul style="list-style-type: none"> - мавсумийлиги – қиш; - эпигастрал ва киндик соҳаларида оғриқ; - сигмасимон ичакда спазм ва оғриқ йўқ;

	<ul style="list-style-type: none"> - нажас кўп миқдорда, сувсимон, сариқ рангли, кўпикли, ўткир ҳидли, патологик аралашмаларсиз; - юмшоқ танглай шиллиқ пардасининг гиперемияси ва донадорлиги; - склера томирлари инъекцияси; - лейкопения (ёки нормал), лимфоцитоз.
Иерсиниоз (гастроинтестинал шакли)	<ul style="list-style-type: none"> - катарал белгилар; - артралгия, миалгия; - “малинасимон” тил; - тошма, кўл ва оёқ кафт терисининг қипиқланиши; - полиаденопатия; - гепатомегалия.
Шигеллёз	<ul style="list-style-type: none"> - нажас кам миқдорда, қон ва шиллиқ аралашмаси билан; - тенезмлар, ёлғон чакириқлар; - яққол ифодаланган интоксикация, қалтираш, юқори ҳарорат; - сезиларли сувсизланиш йўқ; - қон босими ўртача даражада пасайган; - қориннинг пастки қисмида кучли спастик оғриқ, кўпроқ чап ёнбош соҳада; - оғир кечганда қусиш; - қорин қулдураши хос эмас; - пайпаслаганда сигма спазмланган, таранглашган; - ич келиши тез-тез, кичик ҳажмларда, кам миқдорда, баъзида нажассиз, шиллиқ билан аралашган ва қон билан қопланган, эҳтимол йирингли; - копрограмма: кўп миқдорда лейкоцитлар, эритроцитлар.
Лямблиоз	<ul style="list-style-type: none"> - асосан ингичка ичак шикастланади; - ўткир ҳидли, кўп миқдорли, суюқ, кўпикли яшил нажас билан энтерит, кейинчалик жараёнга йўғон ичак қўшилади; - оғриқ кучсиз, қориннинг юқори қисмида жойлашган; - кечиши тўлқинсимон, қайталанишга мойил; - ўн икки бармоқли ичак моддаси таркибида лямблиянинг вегетатив шакллари аниқланади.
Амёбиаз	<ul style="list-style-type: none"> - аста-секин бошланади; - тўлқинсимон, чўзилган ва сурункали кечишга мойил; - иситма йўқ, қоринда енгил оғриқ, ўнг томонда кўпроқ; - кўричак ва кўтарилувчи чамбар ичакнинг йўғонлашиши ва оғриқлилиги; - қон ва шиллиқ нажас билан аралашган (“малинали желе” кўринишидаги нажас); - жигар катталашиши; - озиб кетиш, астеник синдром; - анемия;

	<ul style="list-style-type: none"> - эозинофилия; - тропик ва субтропик мамлакатларда, Марказий Осиё минтақасида бўлганлиги.
Овқат токсико-инфекциялари (ОТИ)	<ul style="list-style-type: none"> - касалликнинг озуқавий омил билан боғлиқлиги; - бирданига тез тарқаш хусусияти (бир гуруҳ одамларнинг бир вақтнинг ўзида касалланиши); - инкубацион даври қисқа; - касалликнинг продромал даврсиз ўткир бошланиши; - ўткир гастроэнтерит типига меъда-ичак трактининг шикастланиш белгиларининг бир вақтнинг ўзида ривожланиши; - такрорий кўп қусишлар, ёмон ҳидли яшил рангдаги нажас билан профуз диарея.

5. Вабони даволаш.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

<https://cyberleninka.ru/article/n/holera-1>

Даволаш тактикасини танлаш қуйидаги омилларга боғлиқ:

- касалликнинг оғирлик даражаси;
- беморнинг ёши;
- преморбид фон;
- санитария-эпидемиология режимига риоя қилиш имкони;
- даволашни бажаришнинг мавжудлиги ва имконияти.

Ёрдам бериш учун фақат белгиланган тартибда фойдаланиш учун тасдиқланган усуллар, тиббий анжомлар, материаллар ва дори воситаларидан фойдаланиш мумкин.

Вабони комплекс даволашнинг асосий йўналишлари:

- реанимация чораси сифатида қараладиган сувсизланиш синдромини бартараф этиш ёки олдини олиш;
- кислота-ишқор мувозанатини тиклаш, адекват марказий ва периферик гемодинамика (микроциркуляция)ни тиклаш;
- гемостазнинг коагуляцион бўғинидаги силжишларни бартараф қилиш;
- ацидозни бартараф қилиш;
- қўзғатувчига таъсир қилиш;
- тананинг турли аъзо ва тизимларидаги дисфункцияларнинг олдини олиш ва бартараф қилиш.

5.1. Вабонинг патогенетик давоси [6, 11].

<p>Диетотерапия (А)</p>	<p>№4а-парҳез – яққол ифодаланган умуминфекцион ва маҳаллий белгилари бўлган вабонинг ўткир даврида (2-4 кун), сўнгра бутун ўткир давр ва реконвалесценция даврида (1-4 ҳафта) №4б-парҳезга ўтказиш тайинланади.</p> <p>Озиқ-овқатлар ҳар 3-4 соатда қабул қилиниши керак, у кўп миқдорда бўлмаслиги керак, майдаланган, суткасига 4-6 марта бўлиши керак.</p> <p>Ҳимояловчи-аёвчи парҳез: меъда-ичак трактини механик, кимёвий таъсирловчи маҳсулотлар ва таомларни (сут, консерва, дудламалар, ўткир ва аччиқ таомлар, хом сабзавот ва мевалар) бутунлай ман этилади. Шилимшиқ шўрвалар, тўғралган ёки қиймаланган гўштдан тайёрланган таомлар, қайнатилган ёғсиз балиқ, қуймоқ (омлет), бўтқа, творог тавсия этилади.</p>
<p>Регидратация (А)</p>	<p>Айнан ўз вақтида бошланган адекват регидратация, ҳатто қўшимча даволаш усулларисиз ҳам вабода ўлим даражасини деярли нолга тушириши мумкин.</p> <p>Инфузион терапия имкон қадар эрта амалга оширилиши керак, III-IV даражали сувсизланишда эса суюқликни томир ичига ёки оғиз орқали юборишни беморни ташиш пайтида аллақачон бошланади.</p> <p>Катталардаги регидратация йўқотилган суюқлик ҳажмида 1-2 соат ичида амалга оширилиши керак.</p> <p>Регидратация 2 босқичда амалга оширилади (ҳам оғиз орқали, ҳам томир ичига): I босқич – регидратация бошланишидан олдин юзага келган суюқлик йўқотилишини тиклашга қаратилган (дастлабки ёки бирламчи регидратация). Шошилиш даволанишга муҳтож бўлган вабонинг оғир шакли билан оғриган беморлар реанимация бўлимига юборилади, бу ерда бир неча дақиқа ичида юрак уриши ва нафас олиш тезлиги, қон босими, тана вазни ва плазманинг нисбий зичлиги, қон, гематокрит, электролитлар таркиби ва ацидоз даражаси аниқланади; тузли эритмалар томир орқали оқим билан юборилади.</p> <p>Бирламчи орал регидратация. Кўпчилик беморларда (тахминан 80-90% ҳолларда) вабонинг енгил ва ўрта оғир шаклларида (уларда мос равишда сувсизланишнинг I ва II даражалари ривожланади) орал регидратация ўтказилади, бу даволашнинг юқори самарали усули ҳисобланади. Уни амалга оширишнинг ҳажми ва ритми сувсизланиш даражасига ва беморнинг ёшига боғлиқ – дастлабки 4 соат давомида орал регидратацион туз билан амалга оширилади.</p> <p>Орал регидратация тамойиллари: суюқликни кам-камдан, бўлиб-бўлиб бериш, оптимал таркибга эга бўлган эритмалардан фойдаланиш.</p> <p>ЖССТ стандарт орал тузли эритмани тавсия қилди (WHO/UNICEF Oral Rehydration Salt – ORS) – Оралит. Оралит таркиби (г): 1 литр қайнатилган сувда, натрий хлорид 3,5; натрий гидрокарбонат 2,5; калий хлорид 1,5; сувсиз глюкоза 20.</p> <p>I даражали сувсизланиш аниқланган беморларда перорал эритмалар соатига 30-40 мл/кг ҳажмда қўлланади. Энг катта клиник самара катталарда 1,0-1,5 л/соат тезлигида юборилганда кузатилади. Қўллаш</p>

тезлигини камайтириш касалликнинг узок давом этишига ва суюқликни томир ичига юборишга ўтиш заруратига олиб келади. Тезликдан ошириш кетиш қусишнинг кучайишига ва терапия самарадорлигининг пасайишига олиб келади. Оғиз орқали қабул қилинган суюқлик миқдори 1-1,5 л/соат оптимал ҳажмли оқим тезлигидан келиб чиққан ҳолда, пешоб ва нажас ҳажмидан 1,5 баробар кўп бўлиши керак.

Такрорий қусиш бўлса, регидратацион терапия назогастрал найча орқали глюкоза-тузли эритмаларни юбориш орқали амалга оширилади. Аммо, агар бемор қусишда давом этса, суюқлик йўқотилиши ортади ва 1 л/соат дан ошади, ва томир ичига инфузион терапияга ўтказилади [5, 6, 11].

Оғир сувсизланиш ҳолатларида ёки тез-тез қайт қилиш туфайли ОРСА-ни қабул қилишнинг иложи бўлмаса, бирламчи регидратация суюқликни томир ичига юбориш билан бошланади. Стандарт тузли эритмалардан фойдаланилади. 1 ёшдан ошган болалар ва катталар учун бирламчи вена ичига регидратация 3 соат давомида ўртача 100 мл/кг ҳажмда (биринчи 30 дақиқада 30 мл/кг ва 2,5 соат давомида 70 мл/кг) амалга оширилади.

II даражали сувсизланиш аниқланган беморларда суюқликни юбориш тезлиги 40-50 мл/дақиқа. Оғир кечган беморларда (III-IV даражали сувсизланиш) эритма 60-120 мл/кг ҳажмда 70-90 мл/дақиқа тезликда юборилади. Шундай қилиб, 70 кг оғирликдаги бемор 1 соат ичида тахминан 4,5 литр суюқлик қабул қилади. Тахминан дастлабки 20-30 дақиқада, оғир ҳолатларда, 2-3 литр, кейинги 30-40 дақиқада – 1,5-2 литр, кейинги 40-60 дақиқада – 1-1,5 литр тузли эритма юборилади. Беморга 3-5 кунлик даволаниш давомида юбориладиган эритмаларнинг умумий ҳажми 15-30 литрга, баъзан эса кўпроққа етади.

Эритмаларни юбориш тезлигини ўз вақтида тузатиш учун пульс (частота, тўлаллиги) ва қон босимининг доимий ярим соатлик мониторинги билан амалга оширилади. Ютиш мумкин бўлганда, инфузион терапия 5 мл/кг/соат ҳажмда орал регидратация билан тўлдирилади.

Гиповолемик қарахтлик ҳолатидаги беморларга тузли эритмалар биринчи соат давомида тана вазнининг 10% игача юборилади, сўнгра суюқликларни худди шу томир ичига 80-100 томчи/дақиқа тезликда юбориш давом эттирилади. Кўпинча, керакли тезликни сақлаб туриш учун эритмалар бир вақтнинг ўзида иккита томирга киритилиши керак. Регидратацион терапиянинг биринчи босқичини гемодинамика тикланганда, қусиш тўхтаганда ва диурез нормаллашганда яқунлаш мумкин бўлади.

Сув-электролитлар балансига таъсир қилувчи эритмалар рўйхати **(B05BB) Ишончлилик 2+**

- 1) Калий хлорид + Кальций хлорид + Магний хлорид + Натрий ацетат + Натрий хлорид.
- 2) Калий хлорид + Натрий ацетат + Натрий хлорид.
- 3) Меглюмин натрий сукцинат.

4) Натрий хлориднинг қўшма эритмаси [Калий хлорид + Кальций хлорид + Натрий хлорид].

5) Трисоль, Квартасоль, Ацесоль.

6) Натрий лактатнинг қўшма эритмаси [Калий хлорид + Кальций хлорид + Натрий хлорид + Натрий лактат].

7) Натрий хлориднинг қўшма эритмаси [Калий хлорид + Кальций хлорид + Натрий хлорид].

8) Натрий хлорид + Калий хлорид + Кальций хлорид дигидрат + Магний хлорид регидратация мақсадида 2+ Гексагидрат + Натрий ацетат тригидрат + Олма кислотаси.

9) Изотоник Стерофундин.

10) Йоностерил, Нормофундин Г-5, Стерофундин Г-5.

Регидратациянинг II босқичи – бу ичак ва меъда бўшлиғидаги суюқликнинг доимий йўқотилишини ҳисобга олган ҳолда амалга ошириладиган компенсатор регидратация.

Бирламчи регидратация охирида беморнинг аҳволи сувсизланиш намоён бўлиш динамикасини, гемодинамик ҳолатни аниқлаш учун назорат қилинади: юрак уриш тезлиги, қон босими ва уларнинг нисбати, марказий веноз босим, АҚХ; қоннинг физик-кимёвий константалари: гематокрит, электролитлар миқдори, КИХ кўрсаткичлари ва бошқалар; соатлик диурезни тиклаш даражаси. Ушбу маълумотларга асосланиб, суюқликни йўқотиш ва метаболик бузилишларни индивидуал тузатиш амалга оширилади.

Бу шуни англатадики, беморга ҳар бир кейинги 4-6 соат давомида олдинги 4-6 соат давомида йўқотган суюқлик миқдорида эритмалар юборилади. Компенсатор регидратация тузли кристаллоид эритмаларни томир ичига ва перорал юбориш орқали амалга оширилади.

II босқичда полиионли эритмалар суюқлик йўқотилишига мос келадиган ҳажмда 5-10 мл/дақиқа тезликда юборилади. Аксарият ҳолларда яққол ижобий самара кузатилади.

Регидратацион терапия пайтида қон зардобидаги калий концентратиясини доимий равишда кузатиб бориш керак; гипокалиемия бўлса коррекция қилинади, гиперкалиемия бўлса, калий даражасини нормал ҳолатга тушириш учун калий бўлмаган эритмани юборишга ўтилади (6 г натрий хлорид, 4 г натрий гидрокарбонат, 50 г глюкоза, 1 литр апироген бидистилланган сув). Натрий тузларини етарли даражада юбормаслик “сув интоксикацияси”га олиб келади, ортиқча юбориш “туз иситмаси”ни келтириб чиқаради.

Регидратацион терапиянинг самарадорлиги клиник маълумотлар билан тасдиқланади. Кунига тана вазнининг 7-9% га ортиши даволашни рационал ўтказилганлигини кўрсатади. Тана вазнининг кичик ёки ҳаддан ташқари кўпайиши инфузион терапияни ҳисоблашдаги хатоларни кўрсатади (В.Н. Никифоров).

Парентерал регидратацияни бекор қилиш фақат маълум шароитларда амалга оширилиши мумкин: беморнинг умумий ҳолатининг нормаллашганлиги; нажас ҳажмининг сезиларли даражада камайиши;

	<p>қусишнинг йўқлиги; пешоб ҳажмининг охириги 6-12 соат ичида ажралган нажас ҳажмидан устунлиги.</p> <p>Қусиш тўхтагандан ва гемодинамик бузилишларни бартараф этилгандан сўнг, буйрак функцияси нормал бўлганда суюқликнинг керакли ҳажмини оғиз орқали юбориш мумкин – бунинг учун махсус изотоник глюкоза-тузли эритмаси керак: натрий хлорид 3,5 г, натрий гидрокарбонат 2,5 г, калий хлорид 1,5 г, глюкоза 20 г, 1 литргача ичимлик суви. Суюқлик ҳажми нажас билан йўқотилган суюқлик микдорига тенг бўлиши керак [6, 11].</p>
Сорбентлар (В)	<p>Энтеросорбция – терапевтик ва профилактик мақсадларда экзоген ва эндоген токсинлар, патоген микроорганизмлар ва уларнинг метаболик маҳсулотларини меъда-ичак трактида боғлаш ва чиқариб ташлашга асосланган усул.</p> <p>Ҳозирги вақтда кўплаб энтеросорбентлар ишлаб чиқилган ва тиббий мақсадларда фойдаланиш учун тавсия этилган бўлиб, уларни танлаш маълум бир касалликка чалинган беморларни даволаш учун сорбентнинг меъда-ичак трактининг турли бўлимларида турли хилдаги таъсир хусусиятларини аниқ тушунишга қараб, овқат ҳазм қилиш ва сўрилиш жараёнларининг бузилиш табиатини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Энтеросорбентлар – этиотроп ва патогенетик терапия фонида қўлланиладиган дорилар. Вирусли гастроэнтеритнинг юқори даражадаги далиллари битта сорбент – диосмектит (В) учун мавжуд.</p>
Пробиотиклар (А)	<p>Юқумли этиологияли диареяни даволашда ишлатиладиган пробиотикни танлаш штаммининг ўзига хослигига асосланади. Маълумки, турли пробиотик штаммлар клиник самараси билан бир-биридан фарқ қилади, пробиотик штаммларнинг ҳаммаси ҳам клиник амалиётда ўзларининг самарадорлигини ишонарли кўрсата олмади.</p> <p>ESPGHAN ишчи гуруҳининг 2014 йилдаги меморандуми, эълон қилинган тизимли шарҳлар ва РКТ натижалари, шу жумладан, плацебо-назорат остидагилар таҳлили асосида болаларда ЎИИ учун пробиотиклар турли штаммларининг самарадорлиги тўғрисидаги маълумотларни кўриб чиқди ва замонавий босқичда барча пробиотик штаммларни уч гуруҳга бўлиш мумкин, деган хулосага келди.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ижобий тавсияли пробиотиклар (<i>Lactobacillus GG</i>, <i>Saccharomyces boulardii</i>, <i>Lactobacillus reuteri</i> штамм DSM 17938 (дастлабки штамм ATCC 55730), термик қайта ишланган <i>Lactobacillus acidophilus LB</i>). 2. Салбий тавсияли пробиотиклар <i>Enterococcus faecium SF-68</i>. 3. Самарадорлиги ҳақида далиллари етарли бўлмаган пробиотиклар (<i>E. coli Nissle 1917</i>; <i>L acidophilus</i>, <i>L acidophilus rhamnosus</i>, <i>L paracasei ST11</i>, <i>L acidophilus</i>, <i>L rhamnosus</i>, <i>B longum</i>, <i>L helveticus R0052</i>, <i>L rhamnosus R0011</i> <i>Bacillus mesentericus</i>, <i>Clostridium butyricum</i>, <i>Enterococcus faecalis L delbrueckii var bulgaricus</i>, <i>L acidophilus</i>, <i>Str thermophiles</i>, <i>B bifidum</i> (strains LMG-P17550, LMG-P 17549, LMG-P 17503, and LMG-P 17500) <i>Bifidobacterium lactis Bb12</i>; <i>B lactis Bb12</i> и <i>Str thermophiles TH3</i>; <i>Bacillus clausii</i> (O/C84, N/R84, T84,

	SIN84); <i>L acidophilus</i> , <i>L paracasei</i> , <i>L bulgaricus</i> , <i>L plantarum</i> , <i>B breve</i> , <i>B infantis</i> , <i>B longum</i> , <i>Str thermophiles</i> [11].
Этиотроп даво	<p>Вабонинг ҳар қандай оғирлик даражасида (шу жумладан, субклиник кечишида ҳам), ўткир даврида ҳам, эрта реконвалесценция даврида ҳам кўрсатма ҳисобланади.</p> <p>Этиотроп воситалар сифатида фуразолидон, триметоприм/сульфаметоксазол, эритромицин, хлорамфеникол, интетрикс (18 ёшдан), ципрофлоксацин (18 ёшдан); тетрациклин ва доксисиклин 8 ёшдан ошган шахсларда қўлланилади. Терапия давомийлиги, танланган дори ва сувсизланиш даражасидан қатъи назар, 5 кун. Антимикроб терапия тикланишни тезлаштиради, регидратацияга бўлган эҳтиёжни камайтиради ва қўзғатувчини ажратиш даврини қисқартиради.</p> <p>Болаларда: Доксициклин, катталар: бир марталик дозада 300 мг. Болалар: 2 мг/кг (тавсия этилмайди). Азитромицин. Катталар: бир марталик дозада 1,0 г, фақат бир марта. Болалар: бир марталик дозада 20 мг/кг. Ципрофлоксацин*. Катталар: 500 мг ҳар 12 соатда, 3 кун ёки бир марталик дозада 2,0 грамм. Болалар: 3 кун давомида ҳар 12 соатда 15 мг/кг. Минимал ингибиторли концентрация (МИС) кўпгина давлатларда оширилди – кўп дозали терапия, 3 кундан кўпроқ.</p> <p>https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-russian-2012.pdf</p>

5.2. Перорал регидратация учун электролитлар таркиби.

Перорал регидратация учун электролитлар таркиби (ESPGHAN, 2014)	ОРСА
Натрий – 60 ммоль/л	Натрий – 75 ммоль/л
Хлорид – 65 ммоль/л	Хлорид – 65 ммоль/л
Глюкоза – 75 ммоль/л	Глюкоза – 75 ммоль/л
Калий – 20 ммоль/л	Калий – 20 ммоль/л
Цитрат – 10 ммоль/л	Цитрат – 10 ммоль/л
Жами осмолярлик – 225-245 мОсм/л	Жами осмолярлик – 245 мОсм/л

5.3. GUIDELINES FOR CHOLERA TREATMENT WITH ANTIBIOTICS [11].

Organization	Recommendation	First-line drug choice	Alternate drug choices	Drug choices for special populations
World Health Organization	Antibiotic treatment for cholera patients with severe dehydration only	Doxycycline	Tetracycline	Erythromycin is recommended drug for children
Pan American Health Organization	Antibiotic treatment for cholera patients with moderate or	Doxycycline	Ciprofloxacin Azithromycin	Erythromycin or azithromycin recommended as first-line drugs for pregnant

	severe dehydration			women and children Ciprofloxacin and doxycycline recommended as second-line drugs for children
International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	Antibiotic treatment for cholera patients with some or severe dehydration	Doxycycline	Ciprofloxacin Azithromycin Cotrimoxazole	Erythromycin recommended as first-line drug for children and pregnant women
Medicins Sans Frontieres	Antibiotic treatment for severely dehydrated patients only	Doxycycline	Erythromycin Cotrimoxazole Chloramphenicol Furazolidone	

6. Шифохонадан чиқариш мезонлари:

- бактериологик тасдиқланмаган вабо билан касалланганлар клиник соғайиб, нажаси нормаллашганидан кейин 3 кундан кам бўлмаган муддатдан кейин шифохонадан чиқарилади;

- бактериологик текширувнинг салбий натижалари (уч марта – кетма-кет уч кун нажас экилади);

- бактериологик тасдиқланган вабо билан касалланганлар клиник соғайгандан кейин, нажаси нормаллашгандан кейин ва нажас бактериологик текширувнинг салбий натижасидан сўнг (уч марта), этиотроп даволаш тугаганидан кейин 2 кундан кам бўлмаган муддатдан кейин шифохонадан чиқарилади.

**“ВАБО” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

1. Асосий қисм.

Кириш

Вабо клиник жиҳатдан вибрион ташувчилик ва асимптоматик шакллардан ўлимга олиб келадиган сувсимон ич кетиши ва қусиш билан суяқлик йўқотилиши туфайли оғир сувсизланиш синдромига намоён бўлади. Бу Халқаро соғлиқни сақлаш қоидаларига (International Health Regulation) мувофиқ мажбурий огоҳлантиришни талаб қиладиган касалликлардан биридир.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

Клиник протоколда келтирилган тавсиялар вабо билан оғриган беморларни даволашнинг умумий қабул қилинган стандартларига тааллуқлидир. Ушбу тавсиялар касалликнинг ўткир босқичида клиник бошқарувга қаратилган.

2. Таъриф:

Вабо касаллигидаги тиббий аралашувлар сувсизланиш синдромини бартараф қилишга қаратилган:

- КИХни тиклаш, адекват марказий ва периферик гемодинамика (микроциркуляция)ни тиклаш;
- гемостазнинг коагуляцион бўғинидаги силжишларни бартараф қилиш;
- ацидозни бартараф қилиш;
- қўзғатувчига таъсир қилиш;
- тананинг турли аъзо ва тизимларидаги дисфункцияларнинг олдини олиш ва бартараф қилиш.

3. Даволаш тартиблари, усуллари, ёндашувлар.

1) муолажа ёки аралашувнинг мақсади: сувсизланишни бартараф қилиш ва этиотроп даво ўтказиш

Диетотерапия (А)	№4а-парҳез, кейин №4б-парҳез, кейин №4-парҳез
Регидратация (А)	Сув-тузли терапия: орал ва/ёки вена ичига
Сорбентлар (В), диосмектитлар	Экзоген ва эндоген токсинлар, патоген микроорганизмлар ва уларнинг метаболик маҳсулотларини терапевтик ва профилактик мақсадларда боғлаш ва меъда-ичак трактидан чиқариб ташлашга асосланган
Пробиотиклар (А ва В)	Ичакнинг нормал микрофлорасини тиклаш
Пребиотиклар (С)	Нормал микрофлоранинг ўсишини таъминлаш учун зарур бўлган воситалар
Ферментлар (С), панкреатин препаратлари	Озиқ-овқатларни ҳазм қилишни яхшилаш учун
Этиотроп даво	Вабонинг ҳар қандай оғирлик даражасида (шу жумладан, субклиник кечишида ҳам), ўткир даврида ҳам, эрта реконвалесценция даврида ҳам кўрсатма ҳисобланади. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142691/

2) муолажа ёки аралашувларга қарши кўрсатмалар:

- ЖССТнинг вабони даволаш бўйича жорий протоколи (www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/index.html) антибиотикларни фақат оғир ҳолатларда тавсия қилган бўлса-да, диарея касалликларини ўрганиш халқаро марказининг (Бангладеш (ICDDR, В)) ёндашуви – оғир ва ўрта оғир ҳолатларда антибиотикларни тавсия қилади.

Этиотроп даво – вабонинг ҳар қандай оғирлик даражасида (шу жумладан, субклиник кечишида ҳам), ўткир даврида ҳам, эрта реконвалесценция даврида ҳам кўрсатма ҳисобланади.
<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

3) муолажа ёки аралашувларга кўрсатмалар:

- вабо билан оғриган беморлар.

4) муолажа ёки аралашувни ўтказувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар: агар маълум бир ҳудудда бир нечта вабо ҳолатлари мавжуд бўлса, ЎИИ билан касалланган беморларни оммавий тарзда провизор (вақтинчалик) бўлимларга, оғир шаклдаги сувсизланиши бўлган беморларни вабо бўлимларига ётқизилади.

5) муолажа ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностик тадбирлар рўйхати:

Медикаментоз даволаш фақат шифохона даражасида амалга оширилади:

4. Вабо касаллигини даволаш.

Даволаш тактикасини танлаш қуйидаги омилларга боғлиқ:

- касалликнинг оғирлик даражаси;
- беморнинг ёши;
- преморбид фон;
- санитария-эпидемиология режимига риоя қилиш имкони;
- даволашни бажаришнинг мавжудлиги ва имконияти.

Ёрдам бериш учун фақат белгиланган тартибда фойдаланиш учун тасдиқланган усуллар, тиббий анжомлар, материаллар ва дори воситаларидан фойдаланиш мумкин.

Вабони комплекс даволашнинг асосий йўналишлари:

- реанимация чораси сифатида қараладиган сувсизланиш синдромини бартараф қилиш ёки олдини олиш;
- КИХни тиклаш, адекват марказий ва периферик гемодинамика (микроциркуляция)ни тиклаш;
- гемостазнинг коагуляцион бўғинидаги силжишларни бартараф қилиш;
- ацидозни бартараф қилиш;
- қўзғатувчига таъсир қилиш;
- тананинг турли аъзо ва тизимларидаги дисфункцияларнинг олдини олиш ва бартараф қилиш.

Вабонинг патогенетик давоси

Диетотерапия (А)	№4а-парҳез – яққол ифодаланган умуминфекцион ва маҳаллий белгилари бўлган вабонинг ўткир даврида (2-4 кун), сўнгра бутун ўткир давр ва реконвалесценция даврида (1-4 ҳафта) №4б-парҳезга ўтказиш тайинланади. Озиқ-овқатлар ҳар 3-4 соатда қабул қилиниши керак, у кўп миқдорда бўлмаслиги керак, майдаланган, суткасига 4-6 марта бўлиши керак. Ҳимояловчи-аёвчи парҳез: меъда-ичак трактини механик, кимёвий таъсирловчи маҳсулотлар ва таомларни (сут, консерва, дудламалар, ўткир ва аччиқ таомлар, хом сабзавот ва мевалар) бутунлай ман этилади. Шилимшиқ шўрвалар, тўғралган ёки қиймаланган гўшрдан тайёрланган таомлар, қайнатилган ёғсиз балиқ, қуймоқ (омлет), бўтқа, творог тавсия этилади.
Регидратация (А)	Айнан ўз вақтида бошланган адекват регидратация, ҳатто қўшимча даволаш усулларисиз ҳам вабода ўлим даражасини деярли нолга тушириши мумкин. Инфузион терапия имкон қадар эрта амалга оширилиши керак, III-IV даражали сувсизланишда эса суюқликни томир ичига ёки оғиз орқали

юборишни беморни ташиш пайтида аллақачон бошланади.

Катталардаги регидратация йўқотилган суюқлик ҳажмида 1-2 соат ичида амалга оширилиши керак.

Регидратация 2 босқичда амалга оширилади (ҳам оғиз орқали, ҳам томир ичига): I босқич – регидратация бошланишидан олдин юзага келган суюқлик йўқотилишини тиклашга қаратилган (дастлабки ёки бирламчи регидратация). Шошилиш даволанишга муҳтож бўлган вабонинг оғир шакли билан оғриган беморлар реанимация бўлимига юборилади, бу ерда бир неча дақиқа ичида юрак уриши ва нафас олиш тезлиги, қон босими, тана вазни ва плазманинг нисбий зичлиги, қон, гематокрит, электролитлар таркиби ва ацидоз даражаси аниқланади; тузли эритмалар томир орқали оқим билан юборилади.

Бирламчи орал регидратация. Кўпчилик беморларда (тахминан 80-90% ҳолларда) вабонинг енгил ва ўрта оғир шаклида (уларда мос равишда сувсизланишнинг I ва II даражалари ривожланади) орал регидратация ўтказилади, бу даволашнинг юқори самарали усули ҳисобланади. Уни амалга оширишнинг ҳажми ва ритми сувсизланиш даражасига ва беморнинг ёшига боғлиқ – дастлабки 4 соат давомида орал регидратацион туз билан амалга оширилади.

Орал регидратация тамойиллари: суюқликни кам-камдан, бўлиб-бўлиб бериш, оптимал таркибга эга бўлган эритмалардан фойдаланиш.

ЖССТ стандарт орал тузли эритмани тавсия қилди (WHO/UNICEF Oral Rehydration Salt – ORS) – Оралит. Оралит таркиби (г): 1 литр қайнатилган сувда, натрий хлорид 3,5; натрий гидрокарбонат 2,5; калий хлорид 1,5; сувсиз глюкоза 20.

I даражали сувсизланиш аниқланган беморларда перорал эритмалар соатига 30-40 мл/кг ҳажмда қўлланади. Энг катта клиник самара катталарда 1,0-1,5 л/соат тезлигида юборилганда кузатилади. Қўллаш тезлигини камайтириш касалликнинг узоқ давом этишига ва суюқликни томир ичига юборишга ўтиш заруратига олиб келади. Тезликдан ошиб кетиш қусишнинг кучайишига ва терапия самарадорлигининг пасайишига олиб келади. Оғиз орқали қабул қилинган суюқлик миқдори 1-1,5 л/соат оптимал ҳажмли оқим тезлигидан келиб чиққан ҳолда, пешоб ва нажас ҳажмидан 1,5 баробар кўп бўлиши керак.

Такрорий қусиш бўлса, регидратацион терапия назогастрал найча орқали глюкоза-тузли эритмаларни юбориш орқали амалга оширилади. Аммо, агар бемор қусишда давом этса, суюқлик йўқотилиши ортади ва 1 л/соат дан ошади, ва томир ичига инфузион терапияга ўтказилади [24, 25, 26].

Оғир сувсизланиш ҳолатларида ёки тез-тез қайт қилиш туфайли ОРСА-ни қабул қилишнинг иложи бўлмаса, бирламчи регидратация суюқликни томир ичига юбориш билан бошланади.

Стандарт тузли эритмалардан фойдаланилади. 1 ёшдан ошган болалар ва катталар учун бирламчи вена ичига регидратация 3 соат давомида ўртача 100 мл/кг ҳажмда (биринчи 30 дақиқада 30 мл/кг ва 2,5 соат

давомида 70 мл/кг) амалга оширилади.

II даражали сувсизланиш аниқланган беморларда суюқликни юбориш тезлиги 40-50 мл/дақиқа.

Оғир кечган беморларда (III-IV даражали сувсизланиш) эритма 60-120 мл/кг ҳажмда 70-90 мл/дақиқа тезликда юборилади. Шундай қилиб, 70 кг оғирликдаги бемор 1 соат ичида тахминан 4,5 литр суюқлик қабул қилади. Тахминан дастлабки 20-30 дақиқада, оғир ҳолатларда, 2-3 литр, кейинги 30-40 дақиқада – 1,5-2 литр, кейинги 40-60 дақиқада – 1-1,5 литр тузли эритма юборилади. Беморга 3-5 кунлик даволаниш давомида юбориладиган эритмаларнинг умумий ҳажми 15-30 литрга, баъзан эса кўпроққа етади.

Эритмаларни юбориш тезлигини ўз вақтида тузатиш учун пульс (частота, тўлаллиги) ва қон босимининг доимий ярим соатлик мониторинги билан амалга оширилади. Ютиш мумкин бўлганда, инфузион терапия 5 мл/кг/соат ҳажмда орал регидратация билан тўлдирилади.

Гиповолемик қарахтлик ҳолатидаги беморларга тузли эритмалар биринчи соат давомида тана вазнининг 10% игача юборилади, сўнгра суюқликларни худди шу томир ичига 80-100 томчи/дақиқа тезликда юбориш давом эттирилади. Кўпинча, керакли тезликни сақлаб туриш учун эритмалар бир вақтнинг ўзида иккита томирга киритилиши керак. Регидратацион терапиянинг биринчи босқичини гемодинамика тикланганда, қусиш тўхтаганда ва диурез нормаллашганда яқунлаш мумкин бўлади.

Регидратациянинг II босқичи – бу ичак ва меъда бўшлиғидаги суюқликнинг доимий йўқотилишини ҳисобга олган ҳолда амалга ошириладиган компенсатор регидратация.

Бирламчи регидратация охирида беморнинг аҳволи сувсизланиш намоеън бўлиш динамикасини, гемодинамик ҳолатни аниқлаш учун назорат қилинади: юрак уриш тезлиги, қон босими ва уларнинг нисбати, марказий веноз босим, АҚХ; қоннинг физик-кимёвий константалари: гематокрит, электролитлар миқдори, КИХ кўрсаткичлари ва бошқалар; соатлик диурезни тиклаш даражаси. Ушбу маълумотларга асосланиб, суюқликни йўқотиш ва метаболик бузилишларни индивидуал тузатиш амалга оширилади.

Бу шуни англатадики, беморга ҳар бир кейинги 4-6 соат давомида олдинги 4-6 соат давомида йўқотган суюқлик миқдориди эритмалар юборилади. Компенсатор регидратация тузли кристаллоид эритмаларни томир ичига ва перорал юбориш орқали амалга оширилади.

II босқичда полиионли эритмалар суюқлик йўқотилишига мос келадиган ҳажмда 5-10 мл/дақиқа тезликда юборилади. Аксарият ҳолларда яққол ижобий самара кузатилади.

Регидратацион терапия пайтида қон зардобидидаги калий концентрациясини доимий равишда кузатиб бориш керак; гипокалиемиа бўлса коррекция қилинади, гиперкалиемиа бўлса, калий

	<p>даражасини нормал ҳолатга тушириш учун калий бўлмаган эритмани юборишга ўтилади (6 г натрий хлорид, 4 г натрий гидрокарбонат, 50 г глюкоза, 1 литр апироген бидистилланган сув). Натрий тузларини етарли даражада юбормаслик “сув интоксикацияси”га олиб келади, ортиқча юбориш “туз иситмаси”ни келтириб чиқаради.</p> <p>Регидратацион терапиянинг самарадорлиги клиник маълумотлар билан тасдиқланади. Кунига тана вазнининг 7-9% га ортиши даволашни рационал ўтказилганлигини кўрсатади. Тана вазнининг кичик ёки ҳаддан ташқари кўпайиши инфузион терапияни ҳисоблашдаги хатоларни кўрсатади (В.Н. Никифоров).</p> <p>Парентерал регидратацияни бекор қилиш фақат маълум шароитларда амалга оширилиши мумкин: беморнинг умумий ҳолатининг нормаллашганлиги; нажас ҳажмининг сезиларли даражада камайиши; қусишнинг йўқлиги; пешоб ҳажмининг охириги 6-12 соат ичида ажралган нажас ҳажмидан устунлиги.</p> <p>Қусиш тўхтагандан ва гемодинамик бузилишларни бартараф этилгандан сўнг, буйрак функцияси нормал бўлганда суюқликнинг керакли ҳажмини оғиз орқали юбориш мумкин – бунинг учун махсус изотоник глюкоза-туз эритмаси керак: натрий хлорид 3,5 г, натрий гидрокарбонат 2,5 г, калий хлорид 1,5 г, глюкоза 20 г, 1 литргача ичимлик суви. Суюқлик ҳажми нажас билан йўқотилган суюқлик миқдорига тенг бўлиши керак [6].</p>
Сорбентлар (В)	<p>Энтеросорбция – терапевтик ва профилактик мақсадларда экзоген ва эндоген токсинлар, патоген микроорганизмлар ва уларнинг метаболлик маҳсулотларини меъда-ичак трактида боғлаш ва чиқариб ташлашга асосланган усул.</p> <p>Ҳозирги вақтда кўплаб энтеросорбентлар ишлаб чиқилган ва тиббий мақсадларда фойдаланиш учун тавсия этилган бўлиб, уларни танлаш маълум бир касалликка чалинган беморларни даволаш учун сорбентнинг меъда-ичак трактининг турли бўлимларида турли хилдаги таъсир хусусиятларини аниқ тушунишга қараб, овқат ҳазм қилиш ва сўрилиш жараёнларининг бузилиш табиатини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади. Энтеросорбентлар – этиотроп ва патогенетик терапия фонида қўлланиладиган дорилар. Вирусли гастроэнтеритнинг юқори даражадаги далиллари битта сорбент – диосмектит (В) учун мавжуд.</p>
Пробиотиклар (А)	<p>Юқумли этиологияли диареяни даволашда ишлатиладиган пробиотикни танлаш штаммининг ўзига хослигига асосланади. Маълумки, турли пробиотик штаммлар клиник самараси билан бир-биридан фарқ қилади, пробиотик штаммларнинг ҳаммаси ҳам клиник амалиётда ўзларининг самарадорлигини ишонарли кўрсата олмади.</p> <p>ESPGHAN ишчи гуруҳининг 2014 йилдаги меморандуми, эълон қилинган тизимли шарҳлар ва РКТ натижалари, шу жумладан, плацебо-назорат остидагилар таҳлили асосида болаларда ЎИИ учун пробиотикларнинг турли штаммларининг самарадорлиги тўғрисидаги маълумотларни кўриб чиқди ва замонавий босқичда барча пробиотик</p>

	<p>штампларни уч гуруҳга бўлиш мумкин, деган хулосага келди.</p> <p>1. Ижобий тавсияли пробиотиклар (<i>Lactobacillus</i> GG, <i>Saccharomyces boulardii</i>, <i>Lactobacillus reuteri</i> штамм DSM 17938 (дастлабки штамм ATCC 55730), термик қайта ишланган <i>Lactobacillus acidophilus</i> LB).</p> <p>2. Салбий тавсияли пробиотиклар <i>Enterococcus faecium</i> SF-68.</p> <p>3. Самарадорлиги ҳақида далиллари етарли бўлмаган пробиотиклар (<i>E. coli</i> Nissle 1917; <i>L acidophilus</i>, <i>L acidophilus rhamnosus</i>, <i>L paracasei</i> ST11, <i>L acidophilus</i>, <i>L rhamnosus</i>, <i>B longum</i>, <i>L helveticus</i> R0052, <i>L rhamnosus</i> R0011 <i>Bacillus mesentericus</i>, <i>Clostridium butyricum</i>, <i>Enterococcus faecalis</i> <i>L delbrueckii</i> var <i>bulgaricus</i>, <i>L acidophilus</i>, <i>Str thermophiles</i>, <i>B bifidum</i> (strains LMG-P17550, LMG-P 17549, LMG-P 17503, and LMG-P 17500) <i>Bifidobacterium lactis</i> Bb12; <i>B lactis</i> Bb12 и <i>Str thermophiles</i> TH3; <i>Bacillus clausii</i> (O/C84, N/R84, T84, SIN84); <i>L acidophilus</i>, <i>L paracasei</i>, <i>L bulgaricus</i>, <i>L plantarum</i>, <i>B breve</i>, <i>B infantis</i>, <i>B longum</i>, <i>Str thermophiles</i> [11].</p>
Этиотроп даво	<p>Вабонинг ҳар қандай оғирлик даражасида (шу жумладан, субклиник кечишида ҳам), ўткир даврида ҳам, эрта реконвалесценция даврида ҳам кўрсатма ҳисобланади.</p> <p>Этиотроп воситалар сифатида фуразолидон, триметоприм / сульфаметоксазол, эритромицин, хлорамфеникол, интетрикс (18 ёшдан), ципрофлоксацин (18 ёшдан); тетрациклин ва доксисиклин 8 ёшдан ошган шахсларда қўлланилади. Терапия давомийлиги, танланган дори ва сувсизланиш даражасидан қатъи назар, 5 кун. Антимикроб терапия тикланишни тезлаштиради, регидратацияга бўлган эҳтиёжни камайтиради ва қўзғатувчини ажратиш даврини қисқартиради.</p>

Перорал регидратация учун электролитлар таркиби.

Перорал регидратация учун электролитлар таркиби (ESPGHAN, 2014)	ОРСА
Натрий – 60 ммоль/л	Натрий – 75 ммоль/л
Хлорид – 65 ммоль/л	Хлорид – 65 ммоль/л
Глюкоза – 75 ммоль/л	Глюкоза – 75 ммоль/л
Калий – 20 ммоль/л	Калий – 20 ммоль/л
Цитрат – 10 ммоль/л	Цитрат – 10 ммоль/л
Жами осмолярлик – 225-245 мОсм/л	Жами осмолярлик – 245 мОсм/л

GUIDELINES FOR CHOLERA TREATMENT WITH ANTIBIOTICS.

Organization	Recommendation	First-line drug choice	Alternate drug choices	Drug choices for special populations
World Health Organization	Antibiotic treatment for cholera patients with severe dehydration only	Doxycycline	Tetracycline	Erythromycin is recommended drug for children

Pan American Health Organization	Antibiotic treatment for cholera patients with moderate or severe dehydration	Doxycycline	Ciprofloxacin Azithromycin	Erythromycin or azithromycin recommended as first-line drugs for pregnant women and children Ciprofloxacin and doxycycline recommended as second-line drugs for children
International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh	Antibiotic treatment for cholera patients with some or severe dehydration	Doxycycline	Ciprofloxacin Azithromycin Cotrimoxazole	Erythromycin recommended as first-line drug for children and pregnant women
Medicins Sans Frontieres	Antibiotic treatment for severely dehydrated patients only	Doxycycline	Erythromycin Cotrimoxazole Chloramphenicol Furazolidone	

5. Шифохонадан чиқариш мезонлари:

- бактериологик тасдиқланмаган вабо билан касалланганлар клиник соғайиб, нажаси нормаллашганидан кейин 3 кундан кам бўлмаган муддатдан кейин шифохонадан чиқарилади;
- бактериологик текширувнинг салбий натижалари (уч марта – кетма-кет уч кун нажас экилади);
- бактериологик тасдиқланган вабо билан касалланганлар клиник соғайгандан кейин, нажаси нормаллашгандан кейин ва нажас бактериологик текширувнинг салбий натижасидан сўнг (уч марта), этиотроп даволаш тугаганидан кейин 2 кундан кам бўлмаган муддатдан кейин шифохонадан чиқарилади.

**“ВАБО” КАСАЛЛИГИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

Протоколдан фойдаланувчилар:

Эпидемиологлар, умумий амалиёт шифокорлари, инфекционистлар, тез тиббий ёрдам шифокор / фельдшерлари, реаниматологлар, педиатрлар, тиббиёт ОТМнинг клиник ординаторлари, магистрантлари, докторантлари.

Тиббий профилактика учун жалб қилинадиган беморлар тоифаси:

- *Vibrio cholerae* билан инфицирланган озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилиш факти аниқланганда.

Ушбу нозологияни тиббий реабилитация қилиш керак бўлган беморлар тоифаси:

- вабо билан оғриган беморлар.

Асосий қисм

Vibrio cholerae – *Vibrionaceae* оиласига, *Vibrio* авлодига мансуб. Вабо вибрионлари - калта, бироз букилган, ҳаракатчан грамм-манфий таёқчалар бўлиб, ўлчами 0,4-0,6x1,5-3 мкм, поляр жойлашган битта хивчинга эга. Улар спора ва капсулалар ҳосил қилмайди, факультатив анаэроб, таркибида сафро кислоталари бўлган оддий озуқа муҳитларида яхши ўсади, оптимал рН – 8,5-9,0; улар паст ҳарорат ва музлатишга яхши тоқат қиладилар.

Иссиқликка жуда сезгир – 56°C да 30 дақиқадан сўнг ўлади, қайнатилганда – 1 дақиқа ичида, тўғридан-тўғри қуёш нурига, қуритишга ва стандарт дезинфекцияловчи воситаларга сезгир. Вибрионлар ташқи муҳитда анча барқарор – ёруғлик бўлмаганда ва намлик бўлганда нажасда 150 кунгача, тупроқда 60 кунгача, сариёғда 30 кунгача сақланиб қолади.

Вабо вибрионлари яққол биокимёвий фаолликка эга (углеводларни ферментлайди, казеинни гидролизлайди, нитратларни тиклайди). Вабо вибрионлари хивчинга оид термолабил Н-антиген (барча вибрионлар учун умумий, турга хос) ва соматик термостабил О-антиген (О-антигенига кўра улар 200 дан ортиқ серогуруҳларга бўлинади); О1-антигени учта – А, В, С компонентдан иборат бўлиб, уларга қараб *Vibrio cholerae* нинг 3 та серотипи ажратилади: А ва С фракцияларини ўз ичига олган Инаба (Inaba), А ва В фракцияларини ўз ичига олган Огава (Ogava) ва Гикошима (Hikojima) – А, В ва С фракцияларини ўз ичига олган.

Вабо фағларига нисбатан *Vibrio cholerae* 8 та, *Vibrio cholerae El Tor* эса 11 та фаготипга эга. О1 серогуруҳ штамларида вабо вибрионининг иккита биотипи мавжуд: классик *Vibrio cholerae Coxa* ва *Vibrio cholerae El Tor*, уларнинг ҳар бири учта серотипга эга (Инаба, Огава, Гикошима). Биринчи марта 1992 йилда ажратилган *Vibrio cholerae*, О1 вабо зардоби билан агглютинацияланмаган (НАГ *Vibrio cholerae*), О139 Bengal серогуруҳи *Vibrio cholerae* штамми, Эл-Тор биотипининг О1 антигенини кодловчи геннинг мутацияси натижасида пайдо бўлган. *Vibrio cholerae* О139 Bengal – 1992 йилдан бери маълум бўлиб, Бангладеш, Ҳиндистон ва бошқа кўшни мамлакатларда катта вабо эпидемиясини келтириб чиқарди [1, 2].

Вабо вибрионлари термолабил экзотоксин – диарея ва сув-электролитлар бузилишининг ривожланиши учун масъул бўлган энтеротоксин (холероген) ишлаб чиқаради; эндотоксин – хужайра деворининг липополисахарид комплекси билан боғлиқ бўлган термостабил токсин бўлиб, сўнгги йилларда бир қатор вабо цитотоксинлари тасвирланган. *Vibrio cholerae* О1 ва О139 серогуруҳлари деярли бир хил энтеротоксин ҳосил қилади.

Поливалент вабога қарши зардоб (О1 бўлмаган, О139 бўлмаган штамлар) билан агглютинацияланмайдиган вибрионлар (200 дан ортиқ серогуруҳлар) мавжуд, улар НАГ-вибрионлари деб аталади. Улар морфологик, культурал хусусиятлари ва ферментатив фаоллиги билан вабо вибрионидан фарқ қилмайди, улар бир хил Н-антигенга эга, фақат О-антигенидан фарқланади ва вабога ўхшаш диареяни келтириб чиқариши мумкин, шунингдек, улар жароҳат инфекциялари билан уюшган.

Вабосиз ҳудудларда ажратиб олинган токсик бўлмаган вабо вибрионларида турли хил фенотипик ўзгаришлар, шунингдек, вабо вибрионларининг эпидемик аҳамиятга эга бўлган фағларга чидамли вариантлари ва кўпгина дори-дармонларга чидамли штамларнинг тарқалиши маълум.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>].

Эпидемиологияси.

Эндемик ва эпидемик вабо мавжуд. Вабо бўйича эндемик ҳудуд – бу сўнгги уч йил ичида тасдиқланган вабо ҳолатлари аниқланган ва касалликнинг маҳаллий юқиши далиллари мавжуд бўлган ҳудуд (яъни, ҳолатлар четдан кириб келмаган). Вабо тарқалиши/эпидемияси

эндемик мамлакатларда ҳам, вабо билан касалланиш мунтазам кузатилмайдиган мамлакатларда ҳам содир бўлиши мумкин.

https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cholera?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMImJHipouzhwMVuGiRBR3P7AE-EAAYASAAEgIqufD_BwE

Инфекция манбаи одам: вабо билан касалланган бемор ёки вабо вибрионини ташувчи шахс. Эпидемиологик нуқтаи назардан, бемор касалликнинг дастлабки 4-5 кунда энг хавфли ҳисобланади, у атроф-муҳитга 10-20 литргача нажасни чиқаради, унинг 1 мл таркибида 10⁶-10⁹ тагача вибрион мавжуд.

Вибрион ташувчилар, вабонинг енгил (билинар-билинемас) шакли билан оғриган беморлар инфицирланган одамларнинг асосий гуруҳини ташкил қилади, улар камдан-кам ҳолларда тиббий ёрдамга муурожаат қилишади ва соғлом одамлар билан яқин алоқада бўлишлари билан уларнинг инфицирланиши борасида катта хавф туғдиради, айниқса, енгил шаклда кечганда кўзгатувчилар узок вақт давомида инсон танасида, оғир шаклига қараганда 2 баравар кўпроқ сақланиб қолади.

Вабонинг типик шакллари бўлган беморларнинг вибрион ташувчиларга нисбати 1:4-1:25 ни ташкил қилади. Баъзи эпидемик чақнашларда вибрион ташувчилар сони инфекциянинг манифест шакллари билан касалланган беморлар сонидан 4-25 баравар ортади. Аммо тўлиқ текширувда уларнинг деярли барчасида касалликнинг субклиник шакли аниқланади.

Vibrio cholerae турли минтақалардаги (шу жумладан, вабо учун эндемик бўлмаган) сув омборларидан экилади, вибрионларнинг кўпайишига илиқ, шўрроқ, кўлмак сув ёрдам беради, бундан ташқари, вибрионлар моллюскаларнинг хитин қопламида, зоопланктонда кўпайиш қобилиятига эга, яъни бу турдаги ҳайвонот олами вакиллари ҳам инфекцияни юктирувчи омил бўлиб хизмат қилиши мумкин (атроф-муҳитдаги резервуар) [3].

Юқиш механизми нажас-оғиз бўлиб, сув, алиментар (озиқ-овқат), маиший-мулоқот йўллари орқали тарқалади.

1) инфекция асосан сув йўли орқали – сув қувурлари, қудуқлар, булоқлар, очиқ сув хавзалари (дарёлар, кўллар, сув омборлари, суғориш ариқлари) нинг ифлосланган сувлари орқали тарқалади;

2) алиментар йўл – етарлича термик ишлов берилмаган озиқ-овқат маҳсулотлари (сабзавот, нон, мева, сут, пиширилган гўшт, устрица/моллюскалар, креветкалар, қисқичбақалар ва ифлосланган сувлардан тутилган бошқа гидробионтлар ва бошқалар) орқали тарқалади;

3) маиший-мулоқот йўли – санитария-гигиена қоидалари бузилган ва аҳолининг санитария маданияти паст бўлган тақдирда, ифлос кўллар ва уй-рўзғор буюмлари (идишлар, чойшаблар, кийим-кечаклар, ўйинчоқлар, сув жўмраклари, эшик туткичлари ва бошқалар) орқали содир бўладиган маиший-мулоқотлар инфицирланганлар улушини 60-70% гача ошириши мумкин.

Вабо эпидемияси сув ва озиқ-овқат йўллари билан бирга, аралаш келиб чиқиши ҳам мумкин. Аралаш эпидемия энг кенг тарқалган: сув эпидемияси сифатида бошланган, кейин аралаш характерга эга бўлади.

Мойиллик. Барча ёшдаги одамлар вабога жуда мойил. Вабо чакнаши мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар ўртасида пайдо бўлиши мумкин. Кўпинча одамлар овқат ҳазм қилиш тизимининг сурункали касалликлари, секрециясининг пасайиши билан сурункали гастрит, алкоголизм, анемиянинг баъзи шакллари ва гижжа инвазияларидан азият чекаётганлар касалланади. Вабо билан оғриган беморларда кўпинча юқумли ва протозой касалликлар аниқланади, бу касалликнинг янада оғир кечишига ёрдам беради.

Касалланиш юқори бўлган ҳудудларда болалар кўпроқ касалланади: энг кўп касалланиш 2-4 ёшда содир бўлади. Эркаклар аёлларга қараганда тез-тез, шаҳар аҳолиси қишлоқ аҳолисига қараганда тез-тез касалланади. Касалликнинг энг юқори даражаси ёз ойларида ва ёмғирли мавсумда (тропик ҳудудларда) содир бўлади.

Вабо карантин инфекция сифатида Халқаро тиббий-санитар қоидаларга бўйсунди. Вабо – бу Халқаро соғлиқни сақлаш қоидаларига (International Health Regulation) мувофиқ мажбурий огоҳлантиришни талаб қиладиган касалликлардан биридир.

Эндемик ва эпидемик вабо мавжуд. Вабо бўйича эндемик ҳудуд – бу сўнгги уч йил ичида тасдиқланган вабо ҳолатлари аниқланган ва касалликнинг маҳаллий юқиши далиллари мавжуд бўлган ҳудуд (яъни, ҳолатлар четдан кириб келмаган). Вабо тарқалиши ёки эпидемияси эндемик мамлакатларда ҳам, вабо билан касалланиш мунтазам кузатилмайдиган мамлакатларда ҳам содир бўлиши мумкин.

Вабо бўйича эндемик мамлакатларда касаллик чакнаши мавсумий ёки спорадик бўлиши мумкин ва бу касалланиш ҳолатларининг кутилган сонидан кўпроқ аниқланади. Вабо мунтазам равишда рўй бермайдиган мамлакатда касаллик чакнаши одатда вабо йўқ бўлган ҳудудда маҳаллий юқишнинг ҳақиқий далиллари билан тасдиқланган камида битта вабо ҳолатининг пайдо бўлиши сифатида аниқланади.

Ушбу қўзғатувчининг бутун дунё бўйлаб тарқалиши ва саккизинчи вабо пандемиясининг ривожланиш хавфи долзарблигича қолмоқда. Вабонинг кириб келиши ва ҳар йили вабо вибрионининг атроф-муҳит объектларидан ажратилиши ҳақидаги маълумотларни ҳисобга олган ҳолда, бутун дунё бўйлаб вабо касаллиги бўйича вазият салбийлигича қолмоқда.

Мавсумийлик. Касаллик асосан иссиқ (одатда ёз-куз) мавсумда қайд этилади.

Иммунитет: нисбатан турғун, турга хос, антитоксик.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>].

Патогенези.

Қўзғатувчи инсон организмига кириб, меъдадаги кислотали тўсикни енгиб ўтади, бу эса паст кислоталилик билан кечадиган меъда касалликлари мавжуд инсонларда осонлашади.

Спиртли ичимликларни суиистеъмол қиладиган ёки меъда резекцияси ўтказилган инсонларда вабо оғирроқ кечади.

Вабонинг патогенетик бўғинлари:

1. Ингичка ичакка қўзғатувчининг кириб бориши ва қўпайиши (эпителиал хужайралар хошиясида), бу ерда ишқорий реакция ва пептон миқдори юқори бўлади. Вибрионлар шиллик пардаларнинг юзаки қатламларига жойлашади. Вабо вибриони ўз тузилмаларини синтез қилишда зарур энергияни ҳосил қилиш учун энтероцитларнинг фермент тизимларидан фойдаланади.

2. Энтероцитларда аденилатциклаза тизимининг фаоллашишига, циклик нуклеотидларнинг (цАМФ ва цГМФ) ҳосил бўлишига ва простагландинлар синтезининг кучайишига ёрдам берувчи вабо вибрионларининг заҳарли моддалари (эндотоксин (липополисахарид); экзотоксин (холероген); ўтказувчанлик омили ва бошқалар) чиқарилиши.

3. Ингичка ичакда сув ва электролитларнинг гиперсекрецияси, уларнинг йўғон ичакда реабсорбциясининг камайиши, натижада сувсимон диарея ва қусиш пайдо бўлади. Йўқотилган сув ҳажми 30 л/сутка ва йўқотишлар тўлдирилганда ундан ҳам кўп бўлиши мумкин.

4. Патогенезининг етакчи бўғини – ўткир изотоник сувсизланиш, нажас ва қусиш орқали сув ва калий, натрий, хлор, гидракарбонат ионларини йўқотишдир. Айниқса, калийнинг йўқотилиши яққол ифодаланади, баъзида организмда мавжуд миқдорининг учдан бир қисмигача йўқотилади, бу эса, мушакларнинг кескин кучсизлигига, миокард фаолиятининг бузилишига, ичак парезига ва буйрак каналчаларининг шикастланишига олиб келади.

5. АҚҲнинг камайиши, гемоконцентрация, қон қовушқоқлигининг ортиши, периферик қон айланишининг, микроциркуляциянинг, кислород билан таъминланиши ва тўқималар метаболизмининг бузилиши, гипоксия, метаболик ацидоз, гиповолемия ривожланиши. Касаллик зўрайганда дегидратацион қарахтлик пайдо бўлади. “Қуруқ вабо” патогенезининг асосида ичак парези ва сув-электролитлар бузилиши билан эндотоксинли ва экзотоксинли қарахтлик ётади.

Касаллик ижобий кечганда бузилган гомеостаз тикланади ва иммунитет шаклланади.

Вабо патогенезини тушунишга айнан шундай ёндашув – сувсизланиш ва электролитлар мувозанати бузилишининг устуворлигини тан олиш – бу патологиянинг асосий сабабини бартараф қилишга қаратилган патогенетик регидратацион терапияни ишлаб чиқишга имкон беради.

<http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>

Патоморфологияси.

Касалликдан вафот этганларда кўпинча “Гиппократ юзи” аниқланади: кўзлари ботган, юз қирралари ўткирлашган, тери ранги кўкариб-бўзарган. Кўпинча “курашчи ёки боксчи позаси” ва “кир ювувчи кўли” кузатилади. Мурда доғлари тўқ қизил-бинафша рангда. Қон смородина желесини эслатувчи қорамойсимон консистенцияга эга. Қоннинг қайта тақсимланиши ва унинг катта веналарда тўпланиб қолганлиги, капилляр тармоқнинг бўшаб қолганлиги аниқланади. Буйраклар ҳажми камайган, коптокчалари қон билан тўлган, чамбараксимон ва проксимал каналчаларнинг дистрофияси қайд этилади.

Ичаклар суyoқлик билан тўлган. Овқат ҳазм қилиш тракти бўйлаб экссудатив жараён кузатилади, аммо яллиғланиш белгилари кузатилмайди.

Жигар ва миокардда дистрофик ўзгаришлар кузатилади.

Оптик ва электрон микроскопия усулида юрак, буйраклар, буйрак усти безлари, гипоталамус ядролари ва гипофизнинг тузилмаларида функционал ўзгаришлар аниқланади. Бирок, бу ўзгаришларнинг барчаси иккиламчи, тартибга солувчи, химоя қилувчи ва сув-туз гомеостазини тиклашга қаратилган. Вабодаги ушбу бузилишлар ички аъзоларнинг тузилмаларига тўғридан-тўғри токсик таъсир билан боғлиқ эмас, балки сувсизланиш туфайли юзага келган.

Реабилитацияси.

Меҳнат, дам олиш, даволаниш ёки реабилитация режимига қўйиладиган талаблар – чеклаш шартлари касалликнинг шакли ва оғирлиги аниқлангандан кейин белгиланади.

Вабо касаллигини ёки вибрион ташувчиликни ўтказган шахслар шифохоналардан чиқарилгандан кейин ҳудудий СЭОМ ва ЖС бўлими ва яшаш жойидаги поликлиникаларнинг юқумли касалликлар хоналари (ЮКХ)да ҳисобга олинади ва уч ой муддатга диспансер кузатуви белгиланади.

Диспансер кузатуви ЮКХда шифокор томонидан амалга оширилади; бундай хона йўқ бўлганда, кузатуви участка шифокори (терапевт, педиатр) томонидан амалга оширилади.

Вабо касаллигини ўтказган шахслар бактериологик текширувдан ўтказилади. Биринчи ойда нажасни текшириш ҳар 10 кунда бир марта, кейин эса ойда бир марта амалга оширилади. Биринчи нажас йиғиш сурги дори (магний сульфат – катталар учун 30 грамм, болалар учун – ёшга қараб) берилгандан кейин амалга оширилади.

Агар реконвалесцентларда вибрион ташувчилик аниқланса, уларни даволаш учун шифохонага ётқизилади, шундан сўнг уларнинг диспансер кузатуви қайтадан бошланади.

Вабо касаллигини ёки вибрион ташувчиликни ўтказганларда диспансер кузатуви даврида вабо вибрионларини ажратиш ҳолати аниқланмаса, диспансер ҳисобидан чиқарилади.

Рўйхатдан чиқариш поликлиниканинг бош шифокори, шифокор-инфекционист ва эпидемиологдан иборат ҳайъат томонидан амалга оширилади.

Оила аъзолари учун қўшимча маълумот – шахсий гигиенага риоя қилиш, мулоқотда бўлганлар лаборатор текширувдан ўтказилади.

Уюшган жамоа (гурух)ларга кириш ва ишга қабул қилиш тартиби – вабо касаллигини ёки вибрион ташувчиликни ўтказган шахслар шифохонадан чиқарилгандан сўнг, касбидан қатъи назар, дарҳол ишга (ўқишга) рухсат этилади.

Профилактикаси.

Инфекция ўчоғида ўтказиладиган тадбирлар СЭОМ ва ЖС хизматининг эпидемиологи ёки эпидемиолог ёрдамчиси томонидан амалга оширилади.

Эпидемиологик назорат тизими ишнинг иккита асосий йўналишини кўзда тутди: қўшни давлатлардан кўзғатувчининг кириб келишининг олдини олиш (худуднинг санитария муҳофазаси) ва вабо вибрионларига ер усти сувларини мақсадли текшириш.

Беморларни ва бактерия ташувчиларни аниқлаш:

- ДПМга тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилганда;
- тиббий кўриклар пайтида, беморлар ва бактерия ташувчилар билан мулоқотда бўлган шахсларни кузатишда;

- маълум бир худуд ёки объектда ЎИИ бўйича эпидемик нокулай ҳолат содир бўлган тақдирда, тайинланган контингентларни навбатдан ташқари бактериологик текшириш пайтида (уларни ўтказиш зарурати, частотаси ва ҳажми Давлат санитария-эпидемиология назорати мутахассислари томонидан белгиланади).

Озиқ-овқат ва сув таъминотининг доимий санитария назорати, озиқ-овқат маҳсулотларини қайта ишлаш ва сақлашнинг технологик режимини назорат қилиш зарур. Фекал-орал механизм билан юқадиган инфекцияларнинг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи кўрилади. Вабо билан касалланган бемор шифохона шароитида алоҳида боксда ёки шунга ўхшаш нозологияга эга бўлган болалар билан тўлиқ клиник соғайиб кетгунга қадар (ўртача 7 кун) бўлиши керак. Беморни алоҳида идиш-товоқ ва парваришлаш буюмлари билан таъминлаш керак. Касаллик ўчоғида беморларни эрта аниқлаш, изоляция қилиш ва шифохонага ётқизиш ишлари олиб борилади, бактерия ташувчилар аниқланади ва соғломлаштирилади.

Вабо ўчоқларида ва вабо билан касалланишнинг эпидемик кўтарилиш даврида эпидемияга қарши чора-тадбирлар қуйидагиларга қаратилган:

- инфекция манбаига (изоляция, шифохонага ётқизиш);
- инфекцияни юқтиришни тўхтатиш;
- инфекцияни юқтириш хавфи бўлган шахслар организмнинг ҳимоя кучларини ошириш.

Фекал-орал механизм билан юқадиган юқумли касалликларнинг олдини олишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар амалга оширилади.

Профилактика тадбирлари, асосан, аҳоли ҳаётининг ижтимоий-иқтисодий ва санитар-гигиеник шароитларини яхшилаш, жумладан, сифатли ичимлик суви билан таъминлаш, оқава сувларни зарарсизлантириш, аҳоли пунктларини санитар тозалаш, аҳолининг гигиеник малакасини оширишга қаратилган.

Вабо билан касалланган (ёки шубҳали бўлган) беморни аниқлаган тиббиёт ходими 12 соат ичида СЭОМ ва ЖС ҳудудий бўлимига телефон орқали хабар беради, бир вақтнинг ўзида беморга шошилиш хабарномани (№058/У шакл) тўлдирди, кейинчалик уни 24 соат ичида СЭОМ ва ЖС бўлимига етказиб берилади. Вибрион ташувчилар ва ЎИИ билан оғриган беморлар аниқланади ва шифохонага ётқизилади, жорий ва якуний дезинфекция ўтказилади. Мулоқотда бўлган шахслар изоляция қилинади, улар 5 кун давомида уч марта (сутка давомида) нажасни бактериологик текшириш билан тиббий кузатувга олинади.

Атроф-муҳит объектларини бактериологик текшириш ўчоқ бартараф этилгунга қадар суткасига бир марта ўтказилади, чўмилиш ва балиқ овлаш тақиқланади. Ҳозирда карантиннинг жорий этилиши ортиқча чора сифатида тан олинмоқда. Кўрсатмаларга кўра, антибактериал препаратлар (тетрациклин, доксициклин, фуразолидон, эритромицин) ва вакцинапрофилактика билан шошилиш профилактика қилиш мумкин. Эпидемик ўчоқда ёки касалланишнинг эпидемик кўтарилиш пайтида лаборатор текширувларнинг рўйхати ва ҳажми эпидемиологик текширув ўтказиш учун масъул бўлган мутахассис томонидан белгиланади [7, 8, 9].

Шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланиш.

Биринчи турдаги ҳимоя костюми биноларга киришдан олдин кийилади: комбинезон ёки жарроҳлик (ўлатга қарши) халат ёки пижама, пайпоқ, резина этик, капюшон ёки катта рўмол (90×90×125 см). Жарроҳлик қўлқоплари, клеёнкали (полиэтилен) фартук, энглар ва пахта-докали ниқоблар (шифохонага ётқизилган беморда қусиш бўлса) таъминоти олдиндан назарга олиниши керак.

Махсус профилактикаси. Вабонинг махсус профилактикаси кенг қўлланилмаган ва ёрдамчи аҳамиятга эга, кўпчилик муаллифлар вабога қарши эмлашни асоссиз деб билишади. Анъанавий равишда ўлдирилган бутун ҳужайрали вибрионларга (Огава ва Инаба серотиплари) асосланган вабога қарши инъекцион вакциналар (масалан, “Cholera Vaccine, USP”, (Wyeth)) тахминан 50% самарадорликни ва қисқа муддатли (6 ойгача) ҳимояни таъминлайди, асимптом шакллариининг олдини олмайди ва қўшимча (ножўя) таъсир кўрсатади.

Иккита перорал вабо вакциналари (OCV) маълум, улар хавфсиз ва *V. cholerae* O1 серовари келтириб чиқарадиган вабога қарши иммунитетнинг юқориноқ самарадорлигини таъминлайди: биринчиси – тирик генетик муҳандислик (“Orachol”, Швейцария ва “Mutacol”, Канада) вакцинаси; иккинчиси – инактивацияланган вибрионлар ва ЕТЕС асосида вабо токсини бўлинмаси (“Dukoral”, Crucell, Нидерландия) қўшилган ўлдирилган вакцина, бу вакциналар

кўпчилик ривожланган мамлакатларда ва Россияда лицензияланмаган. *V. cholerae* O139 серогуруҳи келтириб чиқарадиган эпидемия таҳдиди алоҳида вакцина яратишни талаб қилади.

Протоколни бажариш ва протокол амалини тугатишда талабларни ўзгартириш қоидалари.

Агар ташхисот жараёнида даволашга тайёргарлик кўришни талаб қиладиган белгилар аниқланса, бемор аниқланган касалликлар ва асоратларга мос келадиган беморни бошқариш протоколига ўтказилади. Агар ташхисот ва даволаш тадбирларини талаб қиладиган бошқа касалликнинг белгилари аниқланса, вабо белгилари билан бир қаторда, беморга қуйидаги талабларга мувофиқ тиббий ёрдам кўрсатилади:

- а) ушбу беморни бошқариш протоколининг вабони даволашга мос келадиган бўлими;
- б) аниқланган касаллик ёки синдромли беморларни бошқариш протоколи.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. <https://icd.who.int/browse11/l-m/ru>
2. ВОЗ. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cholera?gad_source=1&gclid=EAIaIQobChMI7sH9_IyzhwMVEw-iAx2FbQX_EAAYASAAEgJZlFD_BwE
3. ВОЗ. <https://www.who.int/ru/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON426>
4. Ali M, Nelson AR, Lopez AL, Sack DA. Updated global burden of cholera in endemic countries. PLoS Negl Trop Dis. 2015 Jun 4;9(6):e0003832. doi: 10.1371/journal.pntd.0003832. PMID: PMC4455997. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4455997/>
5. 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-Infeksyabol.pdf>.
6. Кулагина Маргарита Георгиевна Холера // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2013. №4 (5). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/holera-1> (дата обращения: 22.07.2025).
 7. Лучшев Владислав Иванович, Жаров С. Н., Кузнецова И. В. Холера // Российский медицинский журнал. 2012. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/holera> (дата обращения: 22.07.2025).
 8. 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-Infeksyabol.pdf>
 9. <https://znanierussia.ru/articles/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0>
 10. Актуальные проблемы холеры / Под ред. В.И. Покровского, Г.Г. Онищенко. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2000 – 384 с.
 11. Бехтерева М.К., Петров В.А., Комарова А.М. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным холерой, 2015.- ФГБУ НИИДИ ФМБА Россия <http://niidi.ru/dotAsset/d87b7c4a-1ddc-4e48-8519-6474948352ca.pdf>
 12. Литусов Н.В. Возбудитель холеры. Иллюстрированное учебное пособие. – Екатеринбург: Изд-во ГБОУ ВПО УГМА, 2013. - 52 с. http://elib.usma.ru/bitstream/usma/961/1/UMK_2013_004.pdf.
 13. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням: в 2 т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Т. 2. - 592 с.
 14. Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2016 (Казахстан) Холера <https://diseases.medelement.com/disease/%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%B0/14916>
 15. Методические Указания Лабораторная диагностика холеры <https://docs.cntd.ru/document/1200059377>
 16. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). - 2-е изд. - Женева: ВОЗ, 2008. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246188/9789244580493-rus.pdf>
 17. Guerrant RL, Carneiro-Filho BA, Dillingham RA. Cholera, diarrhea, and oral rehydration therapy: triumph and indictment. Clin Infect Dis. 2003 Aug 1;37(3):398-405. doi: 10.1086/376619. Epub 2003 Jul 22. PMID: 12884165.
 18. Терешкина Н. Е., Михеева Е. А., Девдариани З. Л., Адамов А. К., Григорьева Г. В. Иммунодиагностика холеры: современное состояние проблемы // Проблемы особо

- опасных инфекций. 2010. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/immunodiagnostika-holery-sovremennoe-sostoyanie-problemy> (дата обращения: 21.07.2025).
19. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-russian-2012.pdf>
20. Nelson EJ, Nelson DS, Salam MA, Sack DA. Antibiotics for both moderate and severe cholera. *N Engl J Med.* 2011 Jan 6;364(1):5-7. doi: 10.1056/NEJMp1013771. Epub 2010 Dec 9. PMID: 21142691. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142691/>