

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**

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

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШИЛГАН»

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



Б.М. ГАДЖИЕВ

2025 йил

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

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

ИЕРСИНИОЗ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	5
ИЕРСИНИОЗ НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	<u>33</u>
ИЕРСИНИОЗ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	39

**ИЕРСИНИОЗ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш:

1) код(лар) КХК-11:

1A05	Yersinia enterocolitica сабаб бўлган ичак инфекциялари
1B9A	Экстраинтестинал иерсиниоз
1B93	Ўлат
1G40	Септик шоксиз сепсис
1G41	Септик шок билан сепсис https://icd.who.int/browse11/l-m/ru

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

Ушбу миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

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

Клиник протоколни ишлаб чиқишда юқумли касалликлар бўйича ишчи гуруҳнинг кўйидаги аъзолари ўз ҳиссаларини қўшдилар:

1	Таджиев Б.М.	Марказ директори, т.ф.д., проф. Тошкент тиббиёт академияси	РИЭМЮПКИАТМ
2	Туйчиев Л.Н.	юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси мудир, т.ф.д., проф.	Тошкент тиббиёт академияси
3	Таджиева Н.У.	марказ директори муовини, т.ф.д.	РИЭМЮПКИАТМ
		РСНПМЦЭМИПЗ	
4	Урунова Д.М.	Эпидемиология лабораторияси мудир, т.ф.н.	РИЭМЮПКИАТМ
5	Абдухалилова Г.К	АМР маркази директори, т.ф.д.	РИЭМЮПКИАТМ
6	Колтон В.А	Реанимация ва интенсив терапия бўлиминин шифокори	РИЭМЮПКИАТМ

Асосий муаллифлар рўйхати:

1. Таджиев Ботир Мирхашимович - Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор;
2. Долимов Тохир Кенжабекович - Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази клиникаси вирусли гепатит бўлими мудир, тиббиёт фанлари доктори;
3. Султонова Гулрух Юнусалиевна - Тошкент тиббиёт академияси юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси ассистенти, PhD;
4. Абдиганиева Дилором Алишер қизи- Республика ихтисослаштирилган

эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази, 2-курс таянч докторантура талабаси

Рецензенты:

Ахмедова Муборахон Джалиловна

Тошкент тиббиёт академияси, юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори

Хасанова Гузел Миргасимовна

Бошқирдистон давлат тиббиёт университети юқумли касалликлар кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори, Уфа, Бошқирдистон Республикаси

Клиник протокол 7 апрел 2023 йил 1-сон баённома билан онлайн-форматда олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон инфекционистлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИЭМЮПКИАТМ филиаллари директорлари ва муовинлари), регионал юқумли касалликлар хизмати шифокорлари иштирокида ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари – РИЭМЮПКИАТМ директори т.ф.д. Таджиев Б.М.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази РИЭМЮПКИАТМ илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди. Илмий кенгашнинг 2023 йил 23 ноябрдаги №9-сонли буйруғидан кўчирма. Илмий кенгаш раиси - т.ф.д. Б.М.Таджиев.

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

Шартли қисқартмалар

ҚБ	қон босими
Алт	Аланин аминотрансфераза
Аст	Аспартат аминотрансфераза
ФҚТВ	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти, м/и-мушак ичига
ВГ	вирусли гепатит
УАШ	умумий амалиёт шифокори
РВ	рекальцификация вақти
ИТА	иккиламчи тери аффекти
ДТИҚИС	Диссеминирланган томиричи қон ивиши синдроми
ОИТ	ошқозон-ичак тракти
ЎСВ	Ўпкалар сунъий вентиляцияси
ИТШ	инфекцион токсик шок
ИФТ	Иммунофермент таҳлили
ЙКК	юқумли касалликлар кабинети
КТ	компьютер томографияси
КИМ	кислота-ишқор мувозанати
ХНМ	халқаро нормаллаштирилган муносабат
МРТ	магнит-резонанс томография
УҚТ	Умумий қон таҳлили
УПТ	Умумий пешоб таҳлили
РИТБ	реанимация ва интенсив терапия бўлими
БЎШ	буйракнинг ўткир шикастланиши
ЎЖБЕ	ўткир жигар-буйрак этишмовчилиги
АҚҲ	айланма қон ҳажми
БТЁ	бирламчи тиббий ёрдам
ПЗР	полимераза занжири реакцияси
БТА	бирламчи тери аффекти
Ртга	гемагглютинацияни тўхтатиш реакцияси
РПГА	пассив гемагглютинация реакцияси
ОФ	оппортунистик флора
ЯМП	янги музлатилган плазма
ОМС	Орқамия суюқлиги
ЭСР	эритроцитлар чўкиш тезлиги
ПОЕ	Полиорган этишмовчилик
УТ	ультратовуш текшируви
МВБ	Марказий веноз босим

Протоколдан фойдаланувчилар:

Умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, шошилиш тиббий ёрдам шифокорлари/фельдшерлари, юқумли касалликлар бўйича мутахассислар, анестезиологлар-реаниматологлар, педиатрлар, невропатологлар, олий ўқув юртлари клиник резидентлари, магистрантлари, докторантлари.

Ушбу протоколбезгакни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асосдир.

Беморлар тоифаси:

иерсиниоз ташхиси қўйилган катталар ва болалар

Ишончлилик даражасининг шкаласи:

Ташхисот усулларини асословчи далилларнинг ишончлилик даражасини баҳоловчи шкала (ташхисий ёндашув)

ДИД	Таърифи
1	Назоратли референс усул ёки мета-анализ қўллаш ёрдамида тизимли рандомизацияланган клиник тадқиқотли тизимли шархлар.
2	Мета анализ қўллаш ёрдамида алохида назоратли референс усулли тадқиқот ёки алохида рандомизацияланган клиник тадқиқот ва рандомизацияланган клиник текширувларсиз ҳар қандай дизайнли тадқиқот тизимли шархлар
3	Навбатсиз референс усулли тадқиқот ёки изланиш усулига боғлиқ референсли тадқиқот ёки рандомизацияланмаган таққослаш тадқиқоти, шу жумладан когорт тадқиқоти
4	Қиёсланмайдиган тадқиқот, клиник ҳолатнинг шархи
5	Таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар ёки экспертлар хулосаси келтирилган

Профилактика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ДИД	Таърифи
1	Мета-тахлилни қўллаш ёрдамида РНТ тизимли шарх
2	Алохида РНТ ва мета-тахлилни қўлланиш йўли билан РНТдан ташқари ҳар қандай дизайндаги тизимли шарх
3	Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шунингдек когорт текширув усуллари
4	Қиёсланмайдиган ҳолатлар, клиник ҳолатни шархлаш ёки ходисанинг бир қисми, “ходиса-назорат” текшируви
5	Фақат ёндашувлар таъсир механизмини асослашга оид маълумотлар (клиникагача бўлган текширувлар) ёки экспертлар хулосаси

Профилактика, ташхисот, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ТИД	Таснифи
А	Кучли тавсия (ҳамма кўрилаётган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим, ҳамма текширув усуллари юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларни хулосалари қониқарли ёки юқори сифатли, қизиқтирган оқибатлари бўйича уларнинг хулосалари келишилган)
Б	Шартли тавсиянома (ҳамма кўрилаётган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибати) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари қониқарли ёки юқори услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган оқибатлари бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (юқори сифатли ишончлиликнинг йўқлиги, ҳамма кўрилаётган кўрсаткичларнинг самарадорлиги (оқибатлари) муҳим эмас, ҳамма текширув усуллари паст методологик сифатга эга ва уларнинг хулосалари қизиқтирган оқибатлари бўйича келишилмаган)

2. Асосий қисми.

2.1 Кириш

Иерсиниоз дунёда кенг тарқалган касалликларга ишора қилади. ЖССТ маълумотларига кўра, иерсиниоз сальмонеллез ва дизентериядан кейин иккинчи ўринда туради.

Умуман олганда, эълон қилинган маълумотларга кўра, турли мамлакатлардаги ичак касалликлари гуруҳидаги Иерсиниознинг улуши 0,4 дан 16,0-22,0% гача.

Кенг тарқалиши, касалликнинг юқори даражаси, клиник кўринишларнинг хилма-хиллиги Иерсиниозни дифференциал ташхислашда қийинчиликларни, самарали даволаш усуллариининг этишмаслигини ва ўзига хос вақтисинопрофилактикани ижтимоий-иқтисодий аҳамиятини аниқлайди.

Иерсиниознинг паст ва тартибсиз рўйхатга олинаши, биринчи навбатда, ушбу патология бўйича шифокорларнинг, айниқса соғлиқни сақлашнинг асосий бўғинининг хабардорлиги билан боғлиқ.

Мавжуд адабиёт манбаларида аксарият муаллифлар Иерсиниозни клиник кўринишларнинг эксклюзив полиморфизми билан тавсифланган касаллик деб таърифлайдилар. Иерсиниознинг кўп органли шикастланиши билан клиник кўринишининг хилма-хиллиги ушбу касалликни ўз вақтида ташхислаш учун жиддий муаммо бўлиб, у ҳақида барча мутахассисликлар шифокорлари томонидан кенгрок маълумот талаб этилади.

Касалликнинг сабаби кемирувчилар томонидан олиб бориладиган Иерсиниоз бактерияларидир. Эътибор беринг, касаллик одамдан одамга юкмайди. Касаллик ўртача 2 кун давом этадиган ўткир, қисқа инкубация даврига эга. Унинг белгилари ўткир бошланиш, иситма, қорин оғриғи, ичак бузилиши, тошма. Ушбу инфекцияга энг мойил-гуруҳ бу болалардир, чунки уларнинг иммунитети заиф. Шуни ҳам таъкидлаш керакки, ушбу касалликнинг баъзи белгилари ЎРИ белгиларига ўхшайди.

2.2 Таъриф::

Иерсиниоз- *Yersinia enterocolitica* сабаб бўлган кенг тарқалган сапросооноз бактериоз. *Y. Enterocolitica* нинг табиий сув омбори тупрокдир. Одамлар учун инфекция манбаи қишлоқ хўжалиги ва уй ҳайвонлари, камдан-кам ҳолларда кемирувчилар. Камдан кам ҳолларда инфекция манбаи касал одам ва *Y. Enterocolitica* бактерияси бўлиши мумкин. Иерсиниоз инфекциясининг нажас-оғиз механизми озиқ-овқат, сув ва маиший йўллар орқали амалга оширилади. Иерсиниознинг ичак шаклининг қўзғатувчиси *Yersinia Enterocolitica* 1939 йилда Д. Шляфетеин ва М. Колеман томонидан кашф этилган. Бактерия 1884 йилда вабо қўзғатувчисини кашф этган швейцариялик бактериолог А.

ерсен шарафига номланган. Одамларда биринчи касалликлар *Y. Enterocolitica*, 1962-1963 йилларда Франция, Белгия, шунингдек Швеция ва бошқа Скандинавия мамлакатларида қайд этилган. Иерсиниоз ҳамма жойда спорадик ҳолатлар ва эпидемик эпидемиялар шаклида қайд этилади. Спорадик Иерсиниоз касаллигининг энгил баҳор ва аниқ куз-қиш кўтарилиши билан тавсифланади. Иерсиниознинг клиник кўринишлари гастроэнтерит билан тавсифланади, касаллигининг мумкин бўлган оғир кўринишлари, масалан, терминал илеит, аппендицитни тақлид қилувчи мезентерик лимфаденит ва баъзида сепсис, бундан ташқари, иммунитетни заиф беморларда постинфекциялар эритема нодосум, артрит ва гломерулонефритга олиб келади. Иерсиниознинг турли хил кўринишлари лаборатория ташхисни тасдиқлаш муҳимлигини белгилайди.

Клиник жиҳатдан Иерсиниоз синдромларнинг жуда хилма-хиллиги билан ажралиб туради, кўпинча тизимли характерга эга, бу ташхисни лаборатория тасдиқлашнинг мураккаблиги билан биргаликда ушбу муаммонинг нафақат юқумли касалликлар бўйича мутахассислар, балки тегишли мутахассисликлар шифокорлари (терапевтлар, гастроэнтерологлар, жарроҳлар, ревматологлар, дерматологлар, аллериистлар ва бошқалар) учун ҳам долзарблигини тушунтиради.

2.3. Таснифи:

Бирламчи ўчоқли шакллар (билан):

- респиратор (син. фарингеал, катарал);
- -ангина;
- -тери;
- -ичак;
- -қорин бўшлиғи;
- -аралаш.

Тарқалган шакллар:

- Бирламчи тарқалган шакли (син. иситма);
- Иккиламчи тарқалган шакли

Иккиламчи ўчоқли шакллар:

- -ангина;
- -пневмония;
- -пиелонефритик;
- -абдоминал;
- -гепатит;
- -менингоэнцефалитик;
- -аралаш;

- иккиламчи септик.

3.Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

3.1.Диагностика мезонлари

<https://www.cdc.gov/yersinia/diagnosis.html>

1) шикоятлар ва анамнез, шу жумладан эпидемиологик анамнез:

Дастлабки давр

Касалликнинг бошида тана ҳароратининг 38-40 °С гача кўтарилиши, титроқ, бош оғриғи, мушакларда оғриқ, умумий заифлик, иштаҳанинг пасайиши қайд этилади. Ҳарорат реакцияси 7-10 кун давом этади ва касалликнинг тарқоқ шаклида эса у анча узок давом этади.

Иерсиниознинг асосий клиник кўринишларининг хусусиятига кўра, дастлабки даврда клиник кўринишларнинг полиморфизми хосдир.

* Гастроинтестинал шакл:

Бу гастроэнтерит ёки энтероколитнинг ўткир кўринишлари, камдан-кам ҳолларда гастроэнтероколит кўринишида кечади ва клиник жиҳатдан бошқа ўткир ичак инфекцияларига, биринчи навбатда сальмонеллез, овқат-токсико инфекцияси ва шигеллезага ўхшайди. Баъзи ҳолларда дизурик ходисалар (15-17%), касалликнинг ўртасида артралгия, касалликнинг бошланишидан 2-6-куни экзантема, кафтлар ва товон терисида қизиш, кейинчалик катта пластинка кўринишида тери пўст ташлаши кузатилади.

Шу билан бирга, псевдотуберкулёзда, юқорида айтиб ўтилганидек, скарлатинага ўхшаш экзантема ва “малинасимон тил” асосий белгилар бўлиши мумкинлигини ёдда тутиш керак. Тошмалар оёқ-қўлларнинг букланучи юзаларида ва терининг табиий бурмаларида кўпроқ намоён бўлади. Тошмаларнинг элементлари бир неча соатдан 3-4 кунгача йўқолади, ўзидан кейин майда ёки катта пластинкали (кафтлар ва тагликларда) кипикланишлар қолдиради. Беморларнинг тахминан ярмида жигарнинг бироз катталашуви ва периферик лимфа тугунлари катталашуви кузатилиши мумкин. Сальмонеллезлардан фарқли ўлароқ, Иерсиниозда алоҳида ошқозон яллиғланиши (ўткир гастрит) деярли қайд этилмайди.

Абдоминал шаклининг турли кўринишлар- ўткир аппендецит, мезентраил лимфаденит, терминал илеит ёки диарея намоён бўлгандан кейин пайдо бўлиши мумкин. Клиник белгиларга кўра, улар бошқа сабабдан келиб чиққан қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлик патологиясининг ўхшаш вариантларидан деярли фарқ қилмайди.

Шу билан бирга, Иерсиниознинг қорин абдоминал шакли касалликнинг биринчи кунидан бошлаб иситма ва интоксикациянинг бошқа кўринишлари, шунингдек, абдоминал бўлмаган симптомларнинг тез-тез ривожланиши билан ажралиб туради: артралгия ва миалгия, экзантемалар, кўз склерасида инексиялари, периферик лимфаденопатия, юмшоқ танглай гиперемияси; ўзига хос малина тили, жигарнинг катталашуви.

Тарқалган шакли. Бир қанча синдромлар билан кечиши билан ажралиб туради. Юқори иситма билан умумий токсик синдромнинг ривожланиши фонида беморларнинг ҳаракатларини чеклайдиган яққол артралгиялар (60-70% гача) тез-тез қайд этилади, артрит ва периартрит камроқ ривожланади. Ютиниш пайтида оғриқ ва юқори нафас йўлларида катарал ўзгаришлар бўлиши мумкин. Касалликнинг 2-3-кунидан бошлаб (шу жумладан скарлатинага ўхшаш) кафт ва товонларда экзантема қайд этилади. (90% гача). Тошмалар бўғимлар атрофида концентрацияси яққол сезикади ва тошмалар бир бирига қўшилиб кетишга мойиллиги характерлидир. Экзантема билан бир вақтда қон томир вегетатив реакциялар: юз ва бўйиннинг гиперемияси, тананинг дистал қисмлари (капюшон, пайпоқ, қўлқоп белгилари), шунингдек қўллар ва оёқларнинг шишиши кузатилиши мумкин.

Реактив Иерсиниоз гепатит. Давомийлиги қисқа бо'лган (3-4 кун) сариқлик олди даври билан сариқсиз ёки сариқ шаклда давом этиши мумкин. Касалликнинг кучли интоксикация даврида сариқликнинг сезиларли ривожланади, сариқлик ва жигар катталашувининг қисқа давомийлиги билан ажралиб туради, аксарият ҳолларда билирубин, Аминотрансферазаларнинг ўртача ўзгарган кўрсаткичлари ва нормал тимол бузилиши билан хосдир. Қонда вирусли гепатитдан фарқли ўлароқ, лейкоцитоз, ЭЧТ нинг кўпайиши қайд этилади. Антибактериал даволаниш фонида гепатит яхши давом этади, хронизация ривожланмайди. Аммо камдан-кам ҳолларда оғир гепатитнинг ривожланиши жигарда абцесс пайдо бўлиши мумкин. (болаларда, қанд касллигида, анемия, сирозда).

Тугунли эритема иккиламчи ўчоқ шаклнинг мустақил варианты сифатида намоён бўлади (беморларнинг 10-20%) ёки артрит варианты, шунингдек, Иерсиниознинг умумий шаклининг кучайиши ва қайталаниши билан бирга келади. Оёқларда, сонларда, думғазаларда одатий локализация билан битта ёки бир неча зич ва оғриқли тери ости тугунларининг шаклланиши характерлидир. Элементлар юмалоқ шаклга эга, ўлчамлари 2 см ёки ундан кўп, аниқ чегаралари бор. Уларнинг устидаги тери дастлаб ёрқин гиперемик бўлиб, кейинчалик кетма-кет сиянотик ва сариқ-яшил рангга эга бўлади. Тугунлар сўрилиб кетганидан кейин пигментация ва баъзида терида қипиқланиш қолади. Касаллик бир неча кундан 2-3 ҳафтагача давом этади. Иерсиниоз тироидит ва миокардитлар енгил ўтади ва бошқа этиологиянинг ўхшаш касалликларидан клиник фарқ қилмайди. Миокардитнинг давомийлиги бир неча ойгача давом мумкин, аммо унинг кечиши қон айланишининг бузилишига олиб келмайди.

Сурункали иерсиниозли энтероколит кўпинча проксимал йўғон ичакнинг шикастланиши билан ривожланади. Бемор анамнезида ундан олдин ўткир ичак инфекциялари ёки Иерсиниознинг тарқоқ шакли белгилари пайдо бўлади. Энтероколитнинг узок муддатли намоён бўлиши (кўп ойлар ва ҳатто йиллар давомида) артралгия ва артрит, экзантема, юқори нафас йўллариининг катарал белгилари, субфебрил, астения, вегетатив-невротик реакциялар ва бошқалар билан кечиши мумкин. Авж олиш даври

Псевдотуберкулёз яширин даври 3 кундан 18 кунгача, ичак Иерсиниози билан - 1-6 кунни ташкил қилади. Иерсиниознинг клиник кўринишларида одатда бир неча синдромларнинг комбинацияси кузатилади. Касалликнинг турли шакллари ва вариантларида уларнинг номоён бўлиш даражаси бир хил эмас.

Умумий интоксикацион синдром кўпинча ўзини намоён қилади. Касалликнинг бошида тана ҳароратининг 38-40 °С гача кўтарилиши, титроқ, бош оғриғи, миялгия, умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши қайд этилади. Тана ҳароратининг кўтарилиши 7-10 кун давом этади ва касалликнинг тарқоқ шакли у анча узок давом этади.

Диспептик синдром. Қорин оғриғи, кўнгил айнаиши, диарея, қусиш, токсикоз белгилари билан биргалликда иерсиниознинг гастроинтестинал шаклининг белгилари ҳисобланади. Бунда айнан Иерсиниозга Й. энтеросолитиса кўзғатувчиси сабаб бўлади.

Катарал синдром. Улар кўпинча псевдотуберкулёзда учрайди (80% гача). Томоқ оғриғи, оғиз шиллик қаватнинг гиперемияси, шиллик пардалардаги доғли энантема характерлидир.

Экзантематоз синдром. Псевдотуберкулёзда тез-тез кузатилади (расмга қarang.28 кўшимча илл.). Бу терининг турли қисмларида доғли папуляр (майда нуқта, катта нуқта, ҳалқа шаклидаги) тошма билан намоён бўлади. Тошмалар одатда касалликнинг 2-6 кунда пайдо бўлади. Юз ва бўйнида капюшон шаклида, оёқ-қўллариининг дистал қисмларида пайпоқ ва қўлқоп шаклида скарлатиноз майда нуқта тошмалариининг пайдо бўлиши характерлидир. Ичак Иерсиниозида экзантеманинг намоён бўлиши камроқ кузатилади.

Артралгик (артропатик) синдром. Қўллар, оёқлар, тиззалар, тирсаклар ва бошқаларнинг бўғимларида оғриқлар қайд этилади. Шиш ва бўғимларда ҳаракатларнинг

чекланиши характерлидир. Токсикознинг аниқ намоён бўлиши ва гепатолиенал синдромнинг ривожланиши билан бир қаторда, Иерсиниознинг бу белгилари тарқок шаклида тез-тез учрайди.

2). Касаллик тарихи:

- Иерсиниознинг клиник кўринишларида одатда бир нечта синдромларнинг комбинацияси кузатилади. Касалликнинг турли шакллари ва вариантларида уларнинг намоён бўлиш даражаси бир хил эмас. Умумий интоксикация синдроми кўпинча ўзини намоён қилади. Касалликнинг бошида тана ҳароратининг 38-39°C гача кўтарилиши, титраш, бош оғриғИ, умумий ҳолсизлик, иштаҳасизлик кузатилади.

3). Эпидемиологик анамнез:

С

- патогенларнинг юқиши хом ёки нотўғри иссиқлик билан ишлов берилган гўшт, сут ва сабзавот маҳсулотларини, шу жумладан музлатгичда сақланганларни истеъмол қилиш орқали амалга ошади. Псевдотуберкулёзнинг энг кўп тарқалиши сабзавот дўконларида узок вақт сақланган янги карам, сабзи, яшил пиёзни истеъмол қилгандан кейин содир бўлади.
- кўпинча касаллик вақти-вақти(спорадик) билан пайдо бўлади, аммо битта озиқ-овқат манбаи билан бирлаштирилган гуруҳли эпидемиялар ҳам қайд этилиши мумкин ва патоген кемирувчилар орасида айланиб юрадиган жойларда касаллик қиш-баҳорда йиллик кўтарилиш билан эндемик бўлиши мумкин.

1.2. Физикал текширув <https://snipchi.ru/updoc/2020>

С

- "Малинасимон" тил;
- Майда доғли тошма;
- "Капушон" аломати;
- Кўкрак, қорин, оёқларда майда нуқтали тошмалар;
- Оқ дермографизм;
- доғли папуляр майдануқтали тошмалар.
- "Пайпоқ" ва "қўлқоп" белгилари;
- Марказий асаб фаолиятининг бузилиши;
- диспепсия (кўнгил айниши, қусиш, диарея, қорин оғриғИ);
- айрим шаклларида артропатик синдром (артралгия) қайд этилади;
- Тана аъзолари бўғимлари (қўллар, оёқлар, тирсақлар ва тиззалар) оғриқли, шишган, бўғимларда ҳаракатлар чекланган;
- жигар ва талокнинг катталашиши;
- Тарқок шаклда катарал белгилар қайд этилади (томоқ оғриғИ, ринит, йўтал);
- 10-20% ҳолларда Иерсиниоз тугунли эритема шаклида содир бўлади. Тери ости тугунлари пастки оёқларда, сонларда ва думғазаларда, оғриқли, ката бўлади;
- тана ҳарорати 38-40 °С гача ошади, титроқ, бош оғриғИ, умумий заифлик, мушаклар ва бўғимларнинг оғриғИ кузатилади.

Klinisistlar uchun asosiy kalit

<https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/iersinioz/>

Тана ҳароратининг 38-40 °С гача кўтарилиши, титрок, бош оғриғи, миялжи, умумий заифлик, иштаҳанинг пасайиши каби Иерсиниознинг белгилари ва аломатлари спектридан хабардор бўлинг.

- Шуни ёдда тутингки, иштаҳа пасайиши кузатилганда, оғир ҳолатларда марказий асаб тизимининг бузилиши кузатилиши мумкин. Иситма даври одатда 7-10 кун давом этади (тарқоқ Иерсиниозда бу давр сезиларли даражада узаяди). Гастроинтестинал шаклида у мумий интоксикация одатда диспепсия (кўнгил айниши, қусиш, диарея, қорин оғриғи) билан кичади

Тавсиялар <https://www.cdc.gov/yersinia/healthcare.html>

- Агар бемор стационаргача босқичида аниқланса, беморни вақтинча инфекцион изолятация палатасига жойлаштириш, аниқ ташхис қўйиш учун бемордан материал олиш, терапияни бошлаш ва беморни юқумли касалхонага ёки кўп тармоқли касалхонанинг юқумли бўлимига юбориш керак.

- Псевдотуберкулёз ва Иерсиниоз касаллиги бўлган ҳудудларда, болалар уюшган жамоаларида каслалланиш сонининг кўпайиши даврида термик ишлов бермасдан янги сабзавотлардан салатлар, винегретлар ва бошқа таомлар копъринишида фойдаланишни тақиқланади. Янги чиққан сабзавотларни (помидор, бодринг, турп) яхшилаб ювилиши ва шундан кейингина болаларга берилиши мумкин.

1.3. Лаборатория тадқиқотлари

А

- қўзғувчини беморларнинг нажас, қон, сафро, сийдик, орқа мия суюқлигидан ажратиш мумкин, бундан ташқари, томоқ шиллик қаватидан суртма, балг'ам бактериологик экмасы қилинади. Қо'зг'увчи атроф-мухит объектларидан, нарсалардан, озиқ-овқат маҳсулотларидан ювиндиларида аниқланади.

- кўпинча гуруҳли касалликлар

https://palitramed.ru/laboratory_diagnosis/224/35810

<http://pbim.uz/ru/article/1507>

<https://cyberleninka.ru/article/n/novye-vzglyady-na-metody-dagnostiki-iersinioza>

Асосий лаборатор диагностикалар::

А

- -клиник микробиологиянинг стандарт усуллари қон, орқа мия суюқлиги, лимфа тугунлари тўқималари, перитонеал суюқлик (одатда улар стерил) ёки абцесс таркибига киради.;
- Иерсиниоз ёки псевдотуберкулёз ташхисини тасдиқлаш учун серологик усуллар қўлланилади, кўпинча аглутинация реакцияси ёки иммунофермент анализ (ИФА, АР)
- РПГА, диагностик титр 1:200 ёки ундан кўп, ёки жуфтлашган зардобларда Антитела титрининг тўрт баравар ва ундан кўп кўпайиши; реакция титри 1: 200 дан кам бўлса, натижанинг ўзига хослиги бошқа серологик реакция (ртга ва бошқалар) билан тасдиқланиши керак.

- ИФА: IgM ни аниқлаш ёки жуфтлашган зардобларда ИгГ титрининг кўпайиши. Мавжуд тест тизимларидан фойдаланган ҳолда фермент билан боғлиқ иммунофермент таҳлил (ИФА) усули ёрдамида IgA, IgM, IgG синфларининг антитаналари рҮV вирулентлигининг детерминистик плазмиди бўлган *Y. pseudotuberculosis* ва *Y. enterocolitica* геноспесифик оқсилларига, нозологик шакллари фарқламасдан аниқланади. Иерсиниозни бошқа серотипларини (0:5, 0:6, 0:7, 0:8, 0:9) *Y. enterocolitica*) верификация қилишда хослиги ва сезувчанлигининг камлиги ушбу усулнинг камчилигидир..

<https://patents.google.com/patent/RU2345365C1/ru>

https://rjeid.com/1560-9529/article/download/108746/pdf_2

<https://cyberleninka.ru/article/n/novye-vzglyady-na-metody-diagnostiki-iersinioza/pdf>

Полимераза занжири реакцияси (ПСР) Реал вақтда,

A

эпидемиологик анамнезни ҳисобга олган ҳолда балғам, орқамия суюқлиги, вагинал суртма, сперма, шунингдек, лимфа тугунлари, кўшимчалар ва бошқа тўқималарни тегишли шаклларда (бактериялар ДНКсини аниқлаш) жарроҳлик даволашда олиб ташланган катталашган лимфа тугунларининг пунктати.

Умумий қон таҳлили: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2

C

лейкопения, лейкоцитоз, нисбий лимфоцитоз, моноцитоз (моноситар ангина),

5

эритроцитлар чўкиш тезлигини нисбатан ошиши (ЭЧТ)

Умумий пешоб таҳлили

C

протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, цилиндрурия (буйракнинг токсик шикастланиши натижасида тарқоқ шаклларнинг оғир кечиши билан);

5

қон электролитлари-калий, натрий, PO₂, PCO₂ даражасини аниқлаш;

Қоннинг биохимик таҳлили:

C

умумий билирубин даражасининг боғланган фракция туфайли, ферментлардан АлТ, АсТ ошиши, умумий оқсил, албумин (гепатит шаклида) пасайиши, қонда креатинин ва карбамид даражасининг ошиши, гипонатреми, гипокалиемия (ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланганда);

5

1.4. Instrumental tadqiqotlar:

Qorin bo'shlig'i a'zolarining ultratovush tekshiruvi:

С
5 Гепатомегалия ва спленомегалия

ЭКГ:

С
5 юрак-қон томир тизимининг патологияси бўлганда

Қорин бўшлиғи рентгенографияси:

С
5 Ичакни рентгенологик текширишда ёнбош ичакнинг таъсирланган қисми кескин тораяди, шиллиқ қаватнинг енгиллиги текисланади (симптом "шнур"). Кейинчалик, Крон касаллигидан морфологик жиҳатдан фарқ қилмайдиган ёнбош ичакнинг сурункали грануломатоз-яралли шикастланиши ривожланиши мумкин.

1.5. Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар

С
5 гастроэнтеролог билан маслаҳатлашиш-ошқозон-ичак тракти шикастланганда;

С
5 Жарроҳ маслаҳати –абдоминал шаклида;

С
5 Оториноларинголог маслаҳати – ангина ривожланганда;

С
5 Нефролог маслаҳати – буйрак зарарланганда;

С
5 Невропатолог маслаҳати – МНС зарарланганда;

С
5 Кардиолог маслаҳати – юрак зарарланганда;

С
5 Терапевт маслаҳати –пневмония и бронхитлар ривожланганда;

- Абдоминал – (ўткир аппендицит,
- терминал илеит,
- мезентерал аденит)
- Генитал – жинсий аъзоларни шикастланиши,
- тери – терини жароҳатланиши

Бирламчи ўчоқли шаклидан кейин тарқалган шаклини ривожланиши (гематоген диссеминация)
Иккиламчи тарқалган шакли

Гематоген диссеминациядан кейин иккиламчи ўчоқларни юзага келиши			
Псевдотуберкулезнинг иккиламчи-ўчоқли шакли			
<table border="1"> <tr> <td align="center"> иккиламчи-ўчоқли </td> <td align="center"> аралаш </td> <td align="center"> иккиламчи-септик </td> </tr> </table>	иккиламчи-ўчоқли	аралаш	иккиламчи-септик
иккиламчи-ўчоқли	аралаш	иккиламчи-септик	

Пиелонефритик-пиелонефрит
 Генитал – жинсий аъзоларни шикастланиши
 Менинго-энцефалитик – менингоэнцефалит
 Бошқа кам фарқланадиган шакллари (абсцесслар)

Ташхисни асослаш учун Лаборатор-этиологик текшириш учун материал йиғиш	
Қон, нажас, пешоб ва томоқдан суртма	
+ Ўчоқли шаклларида Шунга мос равишда ривожланган синдромлар билан	Тарқалган шаклларида
Қусуқ массаси/ошқозон ювиндиси Балғам; Ўт суюқлиги; Вагинадан суртма/сперма; Жароҳатланган теридан намуна/конъюнктив Ликвор; Катталашган лимфа тугунларидан пунктуат; Ажралмалар/абсцесслар/оқмалар; Лимфа тугунларида амалга оширилган жарроҳлик усулида олиб ташланган тўқима, аппендикс, бошқа тўқималар, аъзолар; Патанатомик ишлов учун тўқималар ва аъзолар	Қон, нажас, пешоб ва томоқдан суртма

3) Таққослама ташхис ва қўшимча текширув усулларининг таҳлили:

Иерсиниозни таққослама ташхиси

A 1	<ul style="list-style-type: none"> - Скарлатина билан – терига тошмаларни тошишига қараб; - Инфекцион моноклеоз билан – бурун ва ҳалқумни зарарланиши ва гепатоспленомегалия борлиги; - Вирусли гепатитлар билан – сариқлик, артралгия, экзантема борлиги; - Ичак инфекциялари билан – диарея, диспепсик симптомларнинг мавжудлиги; - Ревматизм билан – артрит кўринишида бўғимларни зарарланишига кўра;
----------------	---

Таққослама ташхис ва қўшимча текширув усулларини асослаш:

<https://diseases.medelement.com/disease>

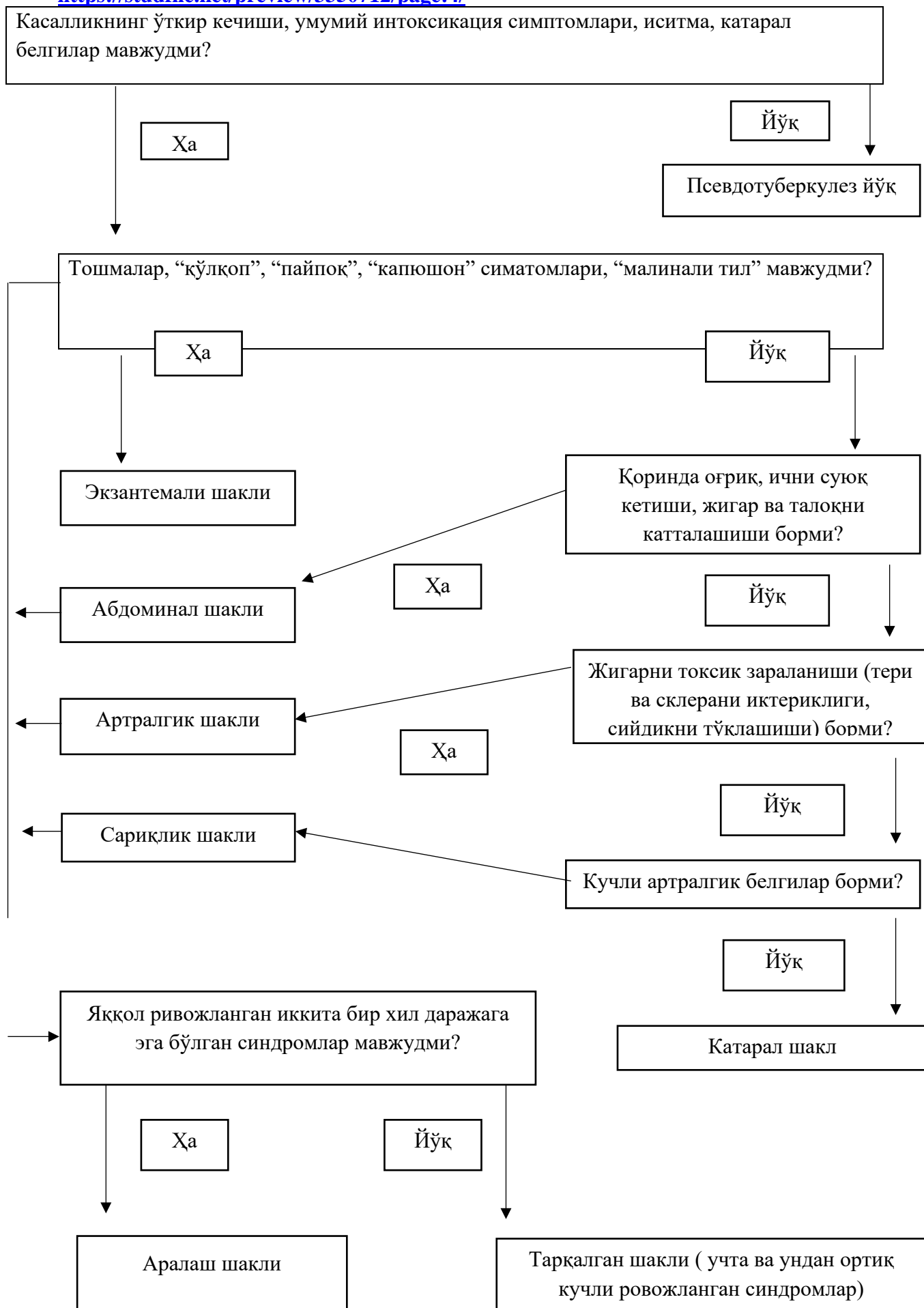
<https://www.epidemyac.ru/jour/article/view/1822>

Ташхис	Таққослама ташхис учун асос	Текширув режалари	Ташхисни инкор қилиш мезонлари
Инфекцион моноклеоз	Лимфоаденопатия, ангина, гепатолиенал синдром, иситма	ИФТ да Эпштейн-Барр вирусига қарши IgM, Паул-Буннелнинг мусбат тести. Қонда атипик моноклеарларни 10% дан юқори бўлиши	Клиник фарқлаш қийин. Кўп ўчоқли зарарланишлар йўқ, тошмалар йўқ
Қизилча	Энса лимфа тугунларини катталашини, экзантема	ИФТ да қизилча вирусига қарши IgM	Фақатгина энса лимфа тугунларини зарарланиши, гепатолиенал синдром, кўп ўчоқли ўзгаришлар йўқ
Стрептококкли/стафилококкли ангиналар	Иситма, лимфоаденопатия, ангина.	Қонда – нейтрофилли лейкоцитоз, културани ажратиб олиш	Гепатолиенал синдром, тошмалар кўп ўчоқли ўзгаришлар йўқ.
Листерия	Ангина, пневмония, пиелонефрит, менингит, жинсий аъзолари, тери, кўз, лимфа тугунларини шикастланиши, гепатолиенал синдром, сариқлик	Културани ажратиб олиш, ПЗР мусбат, ИФТ да листерияга нисбатан IgM ёки IgG миқдорининг ортиб бориши.	Клиник фарқлаш қийин. Ичакни шикастланиши характерли эмас. Тошмалар – папулез-пустулезли
Аденовирус инфекцияси	Иситма, назофарингит, лимфаденопатия	Вирусология, ПЗР, ИФТ да аденовирусга нисбатан IgM ёки IgG миқдорининг ортиб бориши., РНИФ.	Клиник фарқлаш қийин. Гепатолиенал синдром, кўп ўчоқли ўзгаришлар, тошмалар йўқ
Салмонеллез	Иситма, интоксикация, қоринда оғриқ, диарея, нажасда шиллиқ, кўнгил айниши, қусиш, жигар ва талоқ катталашини.	ПЗР, културани ажратиб олиш, ИФТ да салмонеллага нисбатан IgM ёки IgG миқдорининг ортиб бориши, РТГА.	Клиник фарқлаш қийин. Полиаденопатия, тошмалар, кўп ўчоқли ўзгаришлар йўқ

Бактериал пневмония.	Иситма, интоксикация, пневмония синдроми.	Қонда – нейтрофилли лейкоцитоз, балғамдан, қондан културани ажратиб олиш, ПЗР, ИФТ да қўзғатувчига нисбатан IgM ёки IgG миқдорининг ортиб бориши, РНИФ.	Гепатолиенал синдром, полиаденопатия, тошмалар, кўп ўчоқли ўзгаришлар йўқ
Вирусли гепатитлар	Иштаха пасайиши, жигар талоқ катталашиси, сариклик.	Қон зардобида вирусли гепатитлар маркерлари (А, В, С, Д, Е)	Сариклик фонида иситмани йўқлиги, полиаденопатия, тошмалар, кўп ўчоқли ўзгаришлар йўқ
Сепсис	Иситма, интоксикация, полиорган ўзгаришлар, экзантема, менингит, отит, синусит, пневмония.	Қонда нейтрофилли лейкоцитоз, қондан ва инфекция ўчоғидан қўзғатувчини ажратиб олиш, ПЗР, ИФТ, РНИФ.	Клиник фарқлаш қийин.

Иерсиниознинг дифференциал диагностика алгоритми

<https://studfile.net/preview/3350712/page:4/>



3. Амбулатор шароитида даволаш алгоритми:

А 1	<p>амбулатория шароитида ўткир иерсиниознинг енгил бирламчи-ўчоқли шакллари, шунингдек унинг сурункали шакллари учун лаборатория текширувлари ўтказилади.</p> <p>Номедикоментоз даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ётоқ режими – тана ҳарорати меъёрлашгунга қадар;- Пархез: умумий стол (15-сон), кўп суюқлик ичиш. Агар бирга келадиган патология мавжуд бўлса (диабет, буйрак касаллиги ва бошқалар), тегишли пархез белгиланади. <p>Медикаментоз даволаш.</p> <p>Этиотроп терапия. Этиотроп терапия лаборатория этиологик тадқиқоти учун материал тўпланганидан кейин белгиланади. Беморларни клиникада даволашда қуйидагилардан бирини буюриш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none">- ципрофлоксацин 500 мг 2 маҳал ичишга, 7-10 кун ёки бошқа фторхинолонлар;- цефуросим 0,5-1 г/кунига 2 маҳал ичишга, 7-10 кун ёки бошқа цефалоспоринлар;- амоксциллин/клавуланат 0,375-0,625 г ичишга., 2-3 кундан кейин кунига 7-10 кун ёки ампициллин 1,0 г м/о. 4 маҳал, 7-10 кун. Амбулатор терапияда оғиз орқали қабул қилинадиган дори-дармонларни буюриш тавсия этилади. <p>Патогенетик терапия:</p> <ul style="list-style-type: none">- 2,5-3,0 л гача, кунига кўп суюқлик ичиш; Юқори иситма бўлганда - стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар, 1-3 кун давомида қуйидагилардан бири;- ацетаминофен 500 мг., ичишга; <p>Десенсибиловчи терапия, қуйида келтирилганлардан бирини 3-5 кун давомида берилади:</p> <ul style="list-style-type: none">- цетиризин 0,005-0,01 г дан кунига 1 маҳал ичишга;- лоратадин 0,01 г дан кунига 1 маҳал ичишга. <p>Симптоматик даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none">- ангиоз шаклида – оғиз бўшлиғини дезинфицирловчи эритмалар билан чайиш;- тери шаклида – бирламчи ва иккиламчи тери аффектларига бриллиант яшилининг 1% спиртли эритмаси билан ишлов бериш. <p>Жарроҳлик аралашуви: йўқ.</p> <p>Даволаш эффективлигининг кўрсаткичлари:</p> <ul style="list-style-type: none">- тана ҳароратини турғун меъёрлашиши;- касаллик симптомларининг орқага қайтиши.
----------------	--

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

1) шифохонага режалаштирилган ётқизиш учун кўрсатмалар

А 1	Иерсиниознинг тарқалган ва иккиламчи-ўчоқли шакли шошилиш шифохонага ётқизиши керак.
----------------	--

2) шифохонага шошилишга ётқизишга кўрсатма:

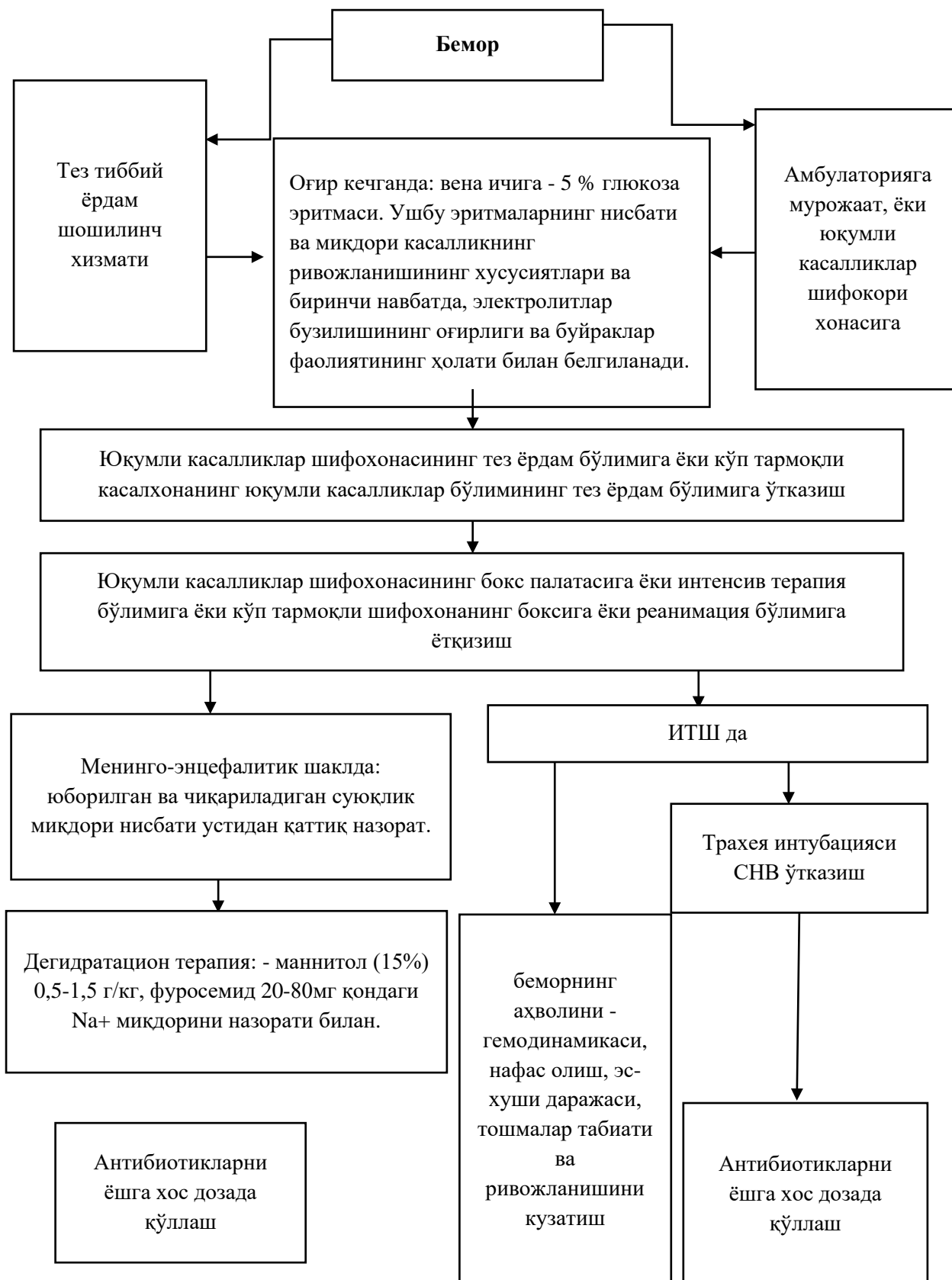
А 1	<p>Ўрта оғир ва оғир кечиши, шунингдек амбулатор даволаш натижаси самара бермаганда;</p> <ul style="list-style-type: none">• тарқалган шакли;• иккиламчи-ўчоқли шакли;• асоратлар ривожланганда (ИТШ, ДВС-синдром, буйракни ўткир зарарланиши);
----------------	---

• 30 хафтагача гестация давридаги хомиладор аёллар (30 хафтадан сўнг шифохонадан туғруқхонага ўтказилади)

б. стационар шaroитда даволаш тактикаси:

<https://www.cdc.gov/versinia/healthcare.html>

Беморларни кузатиш харитаси, беморларни йўналтириш (схема, алгоритм):



Тавсия: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2018-yersiniosis-corrected.pdf

A 1	<ul style="list-style-type: none"> - ичак иерсиниозининг асоратланмаган шаклларида бемор аҳволининг оғирлигига қараб 7-10 кун давомида оғиз орқали ёки парентерал йўл билан этиотроп препаратлар билан даволаш ва детоксификация ўтказиш талаб қилинади.; - лаборатория текширувини кутманг, чунки таҳлил натижаларини чиқиши бир неча кунни талаб этиши мумкин ва иерсиниоз билан оғриган беморларда салбий бўлиши мумкин. - болаларда иерсиниозни ташхислаш қийинроқ, чунки инфекциянинг ривожланиши томоқ оғриғи, йўтал ва иситма билан кечадиган умумий шамоллаш белгилари каби содир бўлиши мумкин. Касалликнинг ўтказиб юборилган шаклларида жигар бактерия билан инфицирланиши, тери ва кўз склераси сарғайиши мумкин.
----------------	--

номедикаментоз даволаш:

C 5	<p>Ётоқ режими – тана ҳароратини меъёрлашганига қадар</p> <p>Пархез: умумий стол (№ 15), кўп суюқлик ичиш. Ёндош патологиялар бўлганда (қандли диабет, буйрак касалликлари ва б.) тўғри келадиган пархез тавсия қилинади</p> <p>кўп суюқлик ичиш 2,5-3,0 кунига; юқори иситмада – ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари, қуйида кўрсатилганлардан бирини 1-3 кун давомида</p> <p>Ангиноз шаклида – дезинфекцияловчи эритмалар билан томоқни чайиш;</p> <p>Тери шаклида – бриллиант яшилининг 1 % ли спиртли эритмаси билан терининг бирламчи ва иккиламчи аффектларига ишлов бериш</p> <p>Конъюнктива шикастланган шаклида – кўз томчиси ципрофлоксацин 3мг\мл, 5 мл кўзга томизиш</p>
------------	---

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

2) медикаментоз даволаш фақатгина стационар шароитда олиб борилади:

A 1	Этиотроп даволаш лаборатор-этиологик текшириш учун материаллар олингандан кейин амалга оширилади. Оғир ҳолатларда бошланғич этиотропик терапия кўп йўналишли таъсирга эга иккита синергик антибактериал дориларнинг комбинацияси билан амалга оширилади.
----------------	--

Жадвал-1

Асосий дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан)

Фармакотерапевтик гуруҳи	дори воситаларини ва ХНН	Қўллаш усуллари	Ишончлили к даражаси	Ҳавола
Антибактериал дори воситаси	Цефтриаксон	м/о, в/и		Клиник протокол, 2017 г. https://diseases.medelement.com/Clinical-Overview-of-Yersiniosis-Infection/Centers-for-Disease-Control-and-Prevention-CDC.gov https://www.cdc.gov/yersinia/hcp/clinical-overview/index.html
Антибактериал дори воситаси	Ципрофлоксацин	в/и, ичишга	A	Клиник протокол, 2017 г. https://diseases.medelement.com/Clinical-Overview-of-Yersiniosis-Infection/Centers-for-Disease-Control-and-Prevention-CDC.gov https://www.cdc.gov/yersinia/hcp/clinical-overview/index.html
Антибактериал дори воситаси	тетрациклин	ичишга	A	Клиник протокол, 2017 г. https://diseases.medelement.com/Clinical-Overview-of-Yersiniosis-Infection/Centers-for-Disease-Control-and-Prevention-CDC.gov https://www.cdc.gov/yersinia/hcp/clinical-overview/index.html
Антибактериал дори воситаси	Доксициклин	ичишга	A	Клиник протокол, 2017 г. https://diseases.medelement.com/Clinical-Overview-of-Yersiniosis-Infection/Centers-for-Disease-Control-and-Prevention-CDC.gov https://www.cdc.gov/yersinia/hcp/clinical-overview/index.html
Антибактериал дори воситаси	Гентамицин	м/о, ичишга	A	Клиник протокол, 2017 г. https://diseases.medelement.com/Clinical-Overview-of-Yersiniosis-Infection/Centers-for-Disease-Control-and-Prevention-CDC.gov https://www.cdc.gov/yersinia/hcp/clinical-overview/index.html

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳи	дори воситаларини ХНН	Қўллаш усуллари	Ишончлилик даражаси	Ҳавола
Глюкокортикостероидлар	преднизолон инъекция учун эритма	м/о, в/и	В	Клиник протокол, 2017 г. https://diseases.medelement.com/
Гистамин H2-рецепторлари блокаторлари	ранитидин	ичиш, м/о, в/и	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Гистамин H2-рецепторлари блокаторлари	фамотидин	ичиш, в/и	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
НЯҚВ	Диклофенак	м/о	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
дофамин рецепторлари антогонисти	допамин	в/и	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Диуретиклар	фуросемид	м/о	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Диуретиклар	маннитол	в/и	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Протон помпа ингибитори	омепразол	ичиш	С	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Антигипоксанти дори воситалари	триметазидин	ичиш	В	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Спазмолитик дори воситалари	дротаверин гидрохлорид	ичиш, м/о, в/и	С	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.
Метаболитик дори воситалари	левокарнитин	ичиш, м/о, в/и	С	https://diseases.medelement.com/ Клиник протокол, 2017 г.

4) жарроҳлик аралашуви: абдоминал шаклида, перитонит, терминал илеит, мезентериал аденит, ўткир ёки сурункали аппендицит белгилари ривожланиши кузатилганда;

- абсцесслар ривожланганда.

5) кейинги амалиётлар: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2

Реконвалесентлар клиник тузалиб, бактериологик текширувнинг бир марта салбий натижаси бўлганидан кейин касалхонадан чиқарилади. Иерсиниоздан тузалган шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш 1 йил давомида ҳар чоракда бир марта мажбурий лаборатория текширувлари билан ўтказилади..

Псевдотуберкулёздан тузалган шахсларни ишга ва уюшган гуруҳларга қабул қилиш клиник тузалгандан ва бактериологик текширишнинг салбий натижасидан кейин чекловларсиз амалга оширилади.

б) протоколда тавсифланган диагностика ва даволаш усуллари ва даволаш самарадорлиги ва хавфсизлиги кўрсаткичлари:

https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/697_1#doc_a2

- тана ҳароратини меъёрлашиши;
- интоксикацияни йўқолиши;
- касалликнинг маҳаллий белгиларининг йўқолиши ёки сезиларли даражада камайиши;
- менингитда орқа мия суюқлиги санацияси;
- гепатитда биохимик текширув натижаларини меъёрлашиши;
- бактериологик текширувнинг салбий натижалари (бир марта).

**ИЕРСИНИОЗ КАСАЛЛИГИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

2. Асосий қисм

1) Кириш:

Иерсиниоз касаллиги билан оғриган беморларни даволашнинг асосий мақсадлари этиотроп (антибиотиклар, иерсиния бактериофаглари), патогенетик (НЯҚВлар) ва биологик даволаш усулларида иборатдир. Иерсиниознинг такрорий шакллари даволашда ронколейкинни (инсоннинг рекомбинант ИЛ-2) қўшилиши касаллик белгиларини тезроқ бартараф этишга, иммунитетни нормаллаштиришга ва касалликнинг қайталанишини олдини олишга ёрдам беради. []. Иерсиниоз билан оғриган беморларда энг қийин вазифа - касалликнинг иккиламчи ўчоқли шакли бўлган беморларни даволашдир. Даволаш тартибини танлаш ҳар бир бемор учун қатъий индивидуал равишда амалга оширилиши керак ва даволаниш зарур мутахассислар (ревматолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, невропсихиатр ва бошқалар) билан келишилган ҳолда олиб борилиши керак.

Клиник протоколда келтирилган тавсиялар иерсиниозли беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг умумий қабул қилинган стандартларига тегишли. Ушбу тавсиялар касалликнинг ўткир босқичида клиник бошқарувга қаратилган.

2) Таъриф:

Ушбу касалликнинг умумий ва иккиламчи ўчоқли шакллари учун тиббий аралашувлар шифохона даражасида даволанади.

3. Усуллари, ёндашувлари, даволаш тартиблари

А

- оғир ҳолатларда бошланғич этиотроп даволаш кўп йўналишли таъсирга эга иккита синергик антибактериал дориларнинг комбинацияси билан амалга оширилади;
- асоратларни бартараф этиш

Медикаментоз даволаш фақатгина стационар шароитда олиб борилади:

Носпецифик дезинтоксикацияни амалга ошириш учун:

<http://journal.dnmu.ru/index.php/akem/article/view/565>

С

- кўп суюқлик ичиш 2.5-3.0 л гача;
 - касалликнинг оғир шаклларида: вена ичига - 5 % декстроза эритмаси.
- Ушбу эритмаларнинг нисбати ва миқдори касалликнинг ривожланишининг хусусиятлари ва биринчи навбатда, электролитлар бузилишининг оғирлиги ва буйрақлар фаолиятининг ҳолати билан белгиланади. Инфузион терапия ҳажми тананинг кунлик сувга бўлган эҳтиёжидан келиб чиққан ҳолда ҳисобланади - 30 мл / кг тана вазнига. Оғирлиги 60-80 кг бўлган одам учун юбориладиган

эритмаларнинг ўртача ҳажми кунига 1200-1500 мл + патологик йўқотишлар + қайта тикланган диурез ҳажми ҳисобга олинади.

Махсус даволаш []:

А 1

Этиотроп терапия. Этиотропик терапия лаборатория этиологик тадқиқоти учун материал тўплангандан кейин белгиланади. Беморларни клиника шароитида даволашда қуйидаги антибиотиклардан бирини буюриш тавсия этилади:

- ципрофлоксацин оғиз орқали 500 мг 2 марта, 7-10 кун ёки бошқа фторхинолонлар;
- цефуроксим оғиз орқали кунига 0,5-1 г 2 дозада, 7-10 кун ёки бошқа цефалоспоринлар;
- амоксициллин/клавуланат 0,375-0,625 г дан кунига 2-3 марта 7-10 кун ёки ампициллин мушак ичига 1,0 г 4 марта мушак ичига 7-10 кун. Амбулатор шароитида оғиз орқали қабул қилинадиган дори-дармонларни буюриш тавсия этилади.

А

Агар антибактериал терапия сезгирликни ҳисобга олмаган ҳолда буюрилса, бу минтақада ажратилган Ерсиниа штаммларининг сезгирлик кўрсаткичларига таяниш керак ва улар минтақавий хусусиятларга эга бўлиши мумкин.

https://www.consultant.ru/document/cons_doc

Менингоэнцефалитик шаклида:

Юборилган ва чиқадиган суюқлик миқдори нисбати устидан қаттиқ назорат.

Дегидратацион терапия:

- маннитол (15% эритма) 0,5-1,5 г/кг, 20-80мг фуросемид билан қондаги Na⁺ ионларини назорати остида. Қондаги Na⁺ даражаси меъёрнинг юқори чегарасида ёки ундан юқори бўлса, маннитолни қўллаш қон осмолярлигининг ўзгариши ва мия хужайраларининг шишиши хавфи туфайли қарши кўрсатма ҳисобланади. Бундай ҳолларда 10%, 20% ёки 40% концентрланган глюкоза эритмаси ва 0,45% NaCl эритмасини юбориш керак бўлади.

- преднизолон 3 мг/кг кунига 4 марта 3 кундан ортиқ бўлмаган муддатда, дозаси ушбу препарат бўйича кўрсатмаларга мувофиқ беморларнинг ёш тоифасига қараб ҳисобга олинади..

ИТШ ни даволаш:

А

– ҳаво йўллариининг ўтказувчанлигини тиклаш, агар керак бўлса, трахеяни

1

- интубация қилиш ва сунъий нафас вентиляциясига ўтказиш;
- ниқоб ёки бурун катетери орқали намланган кислородни доимий кислород билан таъминлаш орқали етказиб бериш;
- веноз киришни таъминлаш (марказий/периферик веналарни катетеризация қилиш);
- ўтказилаётган даволашни коррекция қилиш учун соатлик диурезни аниқлаш мақсадида бемор шокдан халос бўлгунга қадар сийдик пуфагига катетер киритиш;
- беморнинг аҳволини - гемодинамика, нафас олиш, онг даражаси, тошмалар табиати ва ривожланишини кузатиш.

ИТШ учун препаратни қўллаш кетма-кетлиги:

1) Томирларда айланиб юрувчи қон ҳажмини эффектив тўлдириш:

- юборилган эритмалар ҳажми 30 мл/кг беморнинг тана вазнига;
- интенсив инфузион терапия:
- кристаллоид ва коллоид эритмаларнинг нисбати 2/3:1.
- пешоб бўлмаганда, фақат тузли кристаллоид эритмалари юборилади, пешоб пайдо бўлгандан кейин коллоидлар қўшилади.

2) Глюкокортикоидлар:

- ИТШ да гормонлар 2 даражасида юборилади:
- ИТШнинг 2 даражасида – преднизолон 10-15 мг/кг/кунига;
- ИТШнинг 3 даражасида – преднизолон 20 мг/кг/кунига.
- Гепаринотерапия (ҳар 6 соатда) фақатгина ДВС 1-2 даражасида:
- ИТШ 1 даражаси – 50-100 ЕД/кг/кун;
- ИТШ 2 даражаси – 25-50 ЕД/кг/кун;
- ИТШ 3 даражаси – 10-15 ЕД/кг/кун.
- Агар гормонал терапия таъсири бўлмаса, қон босими назорати остида допаминни 5-10 мкг / кг / мин дозадан бошланиши керак;
- Метаболик ацидозни коррекциялаш;
- Агар дофаминга гемодинамик жавоб бўлмаса (20 мкг/кг/мин дозада), эпинефрин/норепинефринни 0,05-2 мкг/кг/мин дозада юборишни бошлаш керак;
- Гормонларни бир хил дозада такрорий юбориш - 30 дақиқадан сўнг - компенсацияланган ИТШ билан; 10 дақиқадан сўнг - декомпенсацияланган ИТШ билан;
- Қон босимини барқарорлаштиришда - фуросемид 1% - 40-60 мг;

	<p>Бош мия шишида:</p> <ul style="list-style-type: none"> - маннитол 15% - 400 мл, томир ичига томчилаб юбориш; - Дексаметазонни схема бўйича: бошланғич дозаси 0,2 мг/кг, 2 соатдан кейин - 0,1 мг/кг, сўнгра ҳар 6 соатда; - Tizimli gemostatiklar: этамзилат 12,5% эритмаси 2 мл дан (250 мг) 3-4 маҳал/кун. в/и, м/о; <p>Ошқозон ичак тракти шикастланишидаги профилактика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - фамотидин 20 мг ичишга х 2 маҳал кунига; - пантопразол ёки омепразол 40 мг х кунига 1 маҳал. <p>https://health-ua.com/article/16723-kishechnyj-iersinioz-osobennosti-techeniya-diagnostika-printcipy-lecheniya</p>
--	---

Симптоматик терапия:

С 5	<p>Диклофенак натрий, 50 мг кунига 3 маҳал ичишга, м/о 75 мг/3 мл ёки 75 мг/2 мл 1-2 маҳал кунига.</p> <p>38,5С дан юқори ҳароратда қуйидаги дорилардан бири (1-3 кун):</p> <ul style="list-style-type: none"> · ацетоминофен, 0,2 ва 0,5 г дан ичишга, ректал шамчалар 0,25; 0,3 ва 0,5 г; · кетопрофен – м/о 50 мг/мл 2 маҳал кунига, ёки 100 мг/мл, 100 мг/2 мл 1 маҳал кунига; 50 мг капсула 2 маҳал кунига ёки 100 мг, 150 мг таблеткалар ичишга. <p>Маҳаллий даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> · ангиноз шаклида – томоқни дезинфекцияловчи эритмалар билан чайиш; · тери шаклида - бирламчи ва иккиламчи терини аффектларини бриллиант яшилининг 1% спиртли эритмаси билан ишлов бериш; · конъюнктивал шаклида - ципрофлоксацин 3мг\мл, 5 мл ли кўз томчиси.
--------	--

А	<p>ДВС-синдромида [14, 15]:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Антитромбин III етишмовчилиги мавжуд бўлганда, кунига 3-3,5 мл / кг дозада янги музлатилган қон зардобини юбориш; – протеаз ингибиторлари ва нефракционир гепарин. <p>Ўтқир буйрак етишмовчилигини даволаш (ўтқир буйрак шикастланиши диагностикаси ва даволаш учун клиник протоколига мувофиқ).</p>
---	--

Дегидратацион терапия:

С 5	<ul style="list-style-type: none"> - маннитол (15% эритма) 0,5-1,5 г/кг, қондаги Na + назорати остида 20-80 мг фуросемид билан. Қондаги Na + миқдори меъёрнинг юқори чегарасида ёки ундан юқори бўлса, қон осмолярлигининг ўзгариши ва мия ҳужайраларининг
--------	---

шишиши хавфи туфайли маннитолни қўллаш қарши кўрсатма бўлади. Бундай ҳолларда 10%, 20% ёки 40% ва 0,45% NaCl эритмасининг концентранган глюкоза эритмасини юбориш керак бўлади.

· преднизолон 3 мг/кг кунига 4 марта 3 кундан ортиқ бўлмаган муддатда, дозаси ушбу препарат бўйича кўрсатмаларга мувофиқ беморларнинг ёш тоифасига қараб ҳисобга олинади.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/rr/rr7002a1.htm>

Қўшимча дори воситалар рўйхати:

- преднизолон, 30 мг/мл 1мл ампулада инъекция учун эритма;
- допамин, 25 мг (5 мл), 50 мг (5 мл), 100 мг (5 мл), 200 мг (5 мл) ли ампулалардаги эритмалар инъекция учун эритма;
- маннитол, 15% 200 мл ва 400 мл инъекция учун эритма;
- фуросемид, 1% 2мл ампулаларда инъекция учун эритма (УД – В);
- ацетаминофен, 0,2 ва 0,5 г, 0,25; 0,3 ва 0,5 г ли ректал шамчалар;
- диклофенак натрий, таблеткалар, дражелар 25 мг, 50 мг, 75 мг, 100 мг, 150 мг; малхам, ; 75 мг/3 мл, 75 мг/2 мл инъекция учун эритмаси;
- кетопрофен, 100 мг/мл, 100 мг/2 мл инъекция учун эритма; 50 мг/мл мушак орасига юбориш учун эритма; капсула 50 мг, 150 мг; таблеткалар, 100 мг, 150 мг қобиф билан қопланган таблеткалар;
- 1 мл/5000 ЕД гепарин, 1,0 мл ампулада, 5,0 мл флаконларда;
- пантопразол - 40 мг флаконлардаги;
- лиофилизирланган 40 мг омепразол эритма учун кукуни;
- урсодезоксихолевой кислота, 250 мг капсуласи.

**“ИЕРСИНИОЗ” НОЗОЛОГИСИНИНГ ТИББИЙ
РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Протокол фойдаланувчилари:

- тез тиббий ёрдам шифокорлари, фельдшерлар, умумий амалиёт шифокорлари, терапевтлар, инфекционистлар, гастроэнтерологлар, нефрологлар, офталмологлар, оториноларингологлар, невропатологлар, дерматовенерологлар, аллергологлар, ревматологлар, анестезиологлар, реаниматологлар, тиббиёт олийгоҳлари резидентлари, магистрантлари, докторантлари.

тиббий профилактика қилинадиган беморлар тоифаси

- Хусусий уйда яшовчилар, ҳайвонлар билан мулоқот ёки ҳайвон маҳсулотлари истеъмол қилиш, хом сабзавотлар, гўшт, сут ва сут маҳсулотларини истеъмол қилиш хавф омилларига киради.

ушбу нозологияни тиббий реабилитация қилиш керак бўлган беморлар тоифаси:

иерсиниоз ташхиси қўйилган катталар ва болалар.

Асосий қисм

1) Кириш:

Сўнгги 30 йил ичида энтеропатоген Ерсиния келтириб чиқарадиган касалликлар муаммоси нафақат микробиологларнинг, балки бутун дунё бўйлаб турли мутахассисликлар шифокорларининг диққат марказида бўлиб келмоқда. Бунинг сабаблари орасида қуйидагиларни таъкидлашимиз мумкин:

Иерсиниоз ва псевдотуберкулёзнинг кенг тарқалганлиги ва ўсиб бориши;

Клиник кўринишларнинг аниқ полиморфизми ва юқумли жараён давомида асоратларнинг тез-тез ривожланиши;

Иерсиния инфекциясининг ўзига хос патогенези;

Yersinia enterocolitica ва *Yersinia pseudotuberculosis* ни *Yersinia pestis* – ўлат кўзғатувчисига фенотипик ва генотипик яқинлиги.

Иерсиниоз клиникаси гастроэнтерит кўринишида, терминал илеит, ичак тутқичлари лимфа тугунларининг лимфаденити, аппендититга ўхшаш, базан сепсис каби касалликнинг оғир шакллари кўринишида намоён бўлади, бундан ташқари иммун тизими паст бўлган беморларда касаллик тугунчали эритема, артрит ва гломерунефритлар юзага келишига олиб келади. Иерсиниознинг кўринишларининг хилма-хиллиги ташхисни лаборатория орқали тасдиқлаш муҳим эканлигини кўрсатади.

Псевдотуберкулёз ва ичак иерсиниозининг кўзғатувчиси *Enterobacteriaceae* оиласига киради. Улар Гр (-) таёқчалардир. Уларнинг думалоқ учлари бор. Узунлиги 0,8-2 микрон. Бактериялар биполяр бўялган ва занжир шаклида жойлашган. Қоидага кўра, улар спора ҳосил қилмайди, лекин капсулаларга эга. 18-20 даража ҳароратда иерсиния жуда ҳаракатчан, факултатив анаэроблардир. Оддий ва қўшилган озуқа мухитларида

ўсишга қодир (танламайдиган). Ўсиш учун оптимал ҳарорат 22-38 даража. Бу микроорганизмлар психофиллардир. Улар 0-5 даража (музлатгичда) ва 45 даража ҳароратда ўсади.

Yersinia enterocolitica нинг биокимёвий фаоллиги *Yersinia pseudotuberculosis* га нисбатан анча юқори. *Yersinia enterocolitica* нинг 5 та биокимёвий варианты мавжуд бўлиб, касаллик 2, 3, 4 биоварлар билан касалланганда юзага келади. Микроб ҳужайраси парчаланганда, эндотоксин ажралиб чиқади. *Yersinia pseudotuberculosis* нинг 1 ва 3 сероварлари экзотоксин ҳосил қилади.

Иерсиния патогенлик омиллари тўпламига эга, яъни улар ёпишиш, инвазия ва ҳужайра ичидаги паразитизмга қодир. Бу хусусиятлар *Yersinia pseudotuberculosis* да кўпроқ намоён бўлади. *Yersinia pseudotuberculosis* *Yersinia enterocolitica* -га нисбатан юқори вирулентликка эга. Паст ҳароратларга жуда чидамли. 18-20 даража ҳароратда сувда улар 40 кундан ортиқ, агар ҳарорат 4 даражага тушса, улар 250 кун яшайдилар. Озиқ-овқат маҳсулотларида (сут, нон) сақланиши мумкин. Улар, айниқса, янги сабзавотларда (сабзи, олма) - 2 ойгача яхши сақланади. Нажасда музлатилган ҳолатда 3 ойгача, хона ҳароратида эса 7 кун сақланиши мумкин.

2) **Таъриф** – профилактика ёки реабилитация:

Иерсиниоз касаллиги клиник кечиши жихатидан бир қатор синдромларга, тизимли характерга эгаллиги, тасдиқлаш учун мураккаб лаборатор текширув усуллари нинг натижаларини талаб қилиниши, ушбу касалликнинг нафақат юқумли касалликлар шифокорлари ўртасида балки бошқа мутахасисларни ҳам (терапевтлар, гастроэнтерологлар, хирурглар, ревматологлар, дерматологлар, аллергологлар ва б.). жалб қилинишини талаб қилиши билан долзарб муаммо эканлигини кўрсатади.

[10,14].

Картошка, сабзавот ва меваларни сақлаш ва сотиш жойларида иерсиния билан ифлосланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар [4,5,6].

Давлат санитария назорати органлари озиқ-овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш, сақлаш ва сотиш билан шуғулланувчи ташкилотлар билан биргаликда ҳар бир ҳудуд учун псевдотуберкулёз ва иерсиниознинг олдини олиш бўйича режаларни тузади, улар ўткир ичак инфекциялари профилактикаси бўйича комплекс режаларнинг, вилоят, шаҳар, вилоятлар, республикаларни ижтимоий-иқтисодий ривожлантириш режаси бўлимлари бўлиб ҳисобланади.

Профилактик санитария назорати санитария қонунчилигида назарда тутилган тўлиқ ҳажмда амалга оширилади. Шу билан бирга, озиқ-овқат маҳсулотларини тайёрлаш, сақлаш ва сотишнинг технологик жараёнларининг санитария-гигиена

шароитларини барча босқичларда хом ашё ва тайёр маҳсулотлар оқимини ажратган ҳолда бажаришга, шунингдек, кемирувчиларга чидамли биноларнинг барқарорлигини таъминлашга эътибор қаратилмоқда.

Жорий санитария назорати озиқ-овқат маҳсулотларини марказлаштирилган сақлаш ва ишлаб чиқариш жараёнида ҳам, аҳолига сотишнинг барча босқичларида иерсиния билан ифлосланишининг олдини олишга, шунингдек, уюшган гуруҳлар ва жамоат корхоналарининг умумий овқатланиш бўлинмалари овқатларига, тайёр озиқ-овқат маҳсулотларига микроорганизмларнинг кириб келиши ва тўпланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар тизимини ўз ичига олади.

Мева-сабзавот базалари, омборлар ва сақлаш жойларини жорий санитария назорати ўз ичига олади:

- янги ҳосилни сақлаш учун қабул қилиш учун намунавий ва мослаштирилган сабзавот ва мева сақлаш омборларини тайёрлаш устидан назоратни амалга ошириш.

Қишки сабзавотларнинг сабзавот дўконларини бўшатгандан сўнг, улардан қолган чириган қолдиқлар ва бошқа қолдиқлардан яхшилаб тозаланиши керак. Кемирувчилар ўтказувчанлигини бартараф этишга алоҳида эътибор берилади. Ускунанинг олинадиган қисмлари, токчалар, инвентар, контейнерлар очиқ ҳавода қуритилиши керак. Юклашдан 3-4 ҳафта олдин сабзавот омборининг деворлари, поллари ва ундаги барча жиҳозлар 1 квадрат метр учун сиртни кейинги (ҳар куни) шамоллатиш ва биноларни оқлаш билан 500 мл миқдорида 3% хлорли эритма билан ишлов берилади;

- мева-сабзавот омборлари томонидан контейнерларни етказиб берувчиларга юборишдан олдин уларни қайта ишлаш ва дезинфекция қилиш устидан назорат қилиш;

- мева-сабзавот омборлари ва сабзавот сақлаш жойларининг санитария ҳолатини, уларни ва уларга туташ ҳудудларни сабзавот қолдиқлари ва ишлаб чиқариш чиқиндиларидан ўз вақтида чиқариб ташлашни назорат қилиш;

- картошка, сабзавот ва меваларни ташиш учун мўлжалланган автомобиллар ва бошқа транспорт турларининг қониқарли санитария-техник ҳолатини назорат қилиш;

3.1. Профилактика усуллари ва жараёнлари:

1) профилактика мақсади (профилактика мақсадлари кўрсатилган):

А	Умумий овқатланиш ва тайёр овқатларни иерсиния билан ифлосланишини олдини олиш чоралари.
---	--

2) **бирламчи профилактика** – Эрта сабзавотларни сотиш билан боғлиқ бўлган псевдотуберкулёз ва иерсиниоз билан касалланишнинг олдини олиш учун.

В

- қишки ва эрта сабзавотларни алоҳида сақлаш, бунинг учун эрта сабзавотларнинг биринчи партиялари келишидан олдин уларни қисқа муддатли сақлаш (тозалаш, дератизация, дезинфекция, оқлаш, қуритиш) учун алоҳида омбор тайёрланади. Сабзавот омборининг бўшатиш қисмларини тегишли тайёргарликсиз ишлатишга йўл қўйилмайди;
- вақти-вақти билан, ойига бир марта, эрта пишган сабзавотларни сақлаш жойини тўлиқ бўшатиш ва уни 3% хлорли эритма билан дезинфекциялаш. Шу тарзда ишлов берилган хона яна эрта сабзавотларни сақлаш учун ишлатилади;
- эрта пишган сабзавотларнинг ўз вақтида ва тўлиқ сотилишини назорат қилиш;
- иссиқхоналарни, шу жумладан ўрим-йиғимдан кейин тупрокни технологик тозалаш, ўрим-йиғим даврида сабзавот ва ускуналарнинг иерсиния билан ифлосланишини бактериологик назорат қилиш.
- Айниқса, ноқулай ҳудудларда қишки сақлаш учун эрта пишган сабзавот ва бошқа сабзавот маҳсулотларини (картошка, пиёз ва бошқалар) чакана савдо тармоқлари орқали алоҳида сотишни йўлга қўйиш керак. Агар бунинг иложи бўлмаса, ёзги сабзавотларнинг савдо расталарида сотишни ташкил этилади.
- умумий овқатланиш объектлари ва тайёр овқатларни иерсиния билан ифлосланишини олдини олиш чоралари.
- Энг муҳим профилактика чораси ёзги таътил даврида ташкил этиладиган стационар ва умумий овқатланиш шохобчаларининг умумий санитария ҳолатини доимий назорат қилиб боришдан иборат. Бу тадбирлар ўз ичига олади:
 - сабзавотларни кесиш учун мўлжалланган бинолар ва жиҳозларнинг санитария ҳолати ва техник ҳолатини қатъий назорат қилиш, сабзавотларни бирламчи қайта ишлаш учун ишлатиладиган асбоб-ускуналар ва асбобларни ювиш воситалари билан ҳар куни тозалашни таъминлаш;
 - умумий овқатланиш шохобчаларидаги омборлар, омборхоналар, сабзавот сақлаш жойларининг санитария ҳолатини доимий назорат

	<p>қилиш, ҳар бир янги сабзавот партиясини етказиб беришдан олдин ушбу биноларни 1% хлорамин эритмаси билан тозалаш ва дезинфекция қилиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - умумий овқатланиш бўлими ишини доимий назорат қилиш, идишларни қайта ишлаш қоидаларига риоя қилиш ва жиҳозларни маркалаш; - барча озиқ-овқат корхоналарида кемирувчиларга қарши кураш; - салатлар тайёрлаш учун мўлжалланган сабзавотларни синчковлик билан танлаш; - пиширилмаган карам, сабзи ва бошқа сабзавотлардан салатлар учун фойдаланишни истисно қилиш (тозалаш, ювиш, ишлатишдан олдин қайта ювиш), тозаланган сабзавотларни совуқ сувда сақлашни тақиқлаш; - меваларни шу жумладан цитрус меваларини ҳам алббат ювиб истеъмол қилиш; - тайёр озиқ-овқат маҳсулотларини сақланиш муддатига риоя қилиш
--	---

3) иккиламчи профилактика

В	<p>Псевдотуберкулёз ва иерсиниоз билан касалланиш тарқалган ҳудудларда, болалар уюшган гуруҳларида аҳоли ўртасида касалланиш кучайган даврда пиширилмаган сабзавотлардан тайёрланган салатларни термик ишлов берилмаган ҳолда истеъмол қилишни тақиқлаш. Юқори сифатли эрта пишган сабзавотларни (помидор, бодринг, турп) яхшилаб ювиб, кейин болаларга бериш мумкин.</p>
----------	---

3.2. Профилактика усуллари ва жараёнлари:

- Агар псевдотуберкулёз ва иерсиниоз эпидемияси юзага келса ёки жамоа (оила) аъзоларида ушбу касалликларга шубҳа бўлса, қуйидаги эпидемияга қарши чоралар кўрилади.:
- гуруҳ касалликлари ҳал қилинмагунча ва касалланиш бартараф этилгунга қадар сабзавот ва меваларнинг барча турларини термик ишлов берилмаган ҳолда истеъмол қилишни тақиқлаш;
- клиник кўринишларни ҳисобга олган ҳолда жамоада касал ва тузалиб кетган беморларни фаол аниқлаш мақсадида лаборатория текширув усулларида фойдаланган ҳолда ходимларга хизмат кўрсатиш;
- беморлар ва бактерия ташувчиларни аниқлаш учун умумий овқатланиш муассасаларидаги ходимларни бактериологик ва серологик текшириш;
- турли озиқ-овқат муассасаларидан озиқ-овқат маҳсулотларидан намуналар олиш;

- умумий овқатланиш бўлимининг барча жойларида инвентар ва жиҳозларни 1% хлорамин эритмаси билан ишлов бериш билан якуний дезинфекция қилиш;
- умумий овқатланиш бўлиmidан олинган шубҳали маҳсулотлар ва тайёр совук идишларни, шунингдек инвентарлардан, жиҳозлар, умумий овқатланиш бўлимлари ва омборлар идишлари, иерсиния ва бошқа ичак икфекциялари бактериялари учун чиқинди идишларини бактериологик текшириш;
- эпидемияни бартараф қилишнинг бутун даври давомида идишларни идиш ювиш воситалари билан яхшилаб ювиш;
- Сабзавотлар, асбоб-ускуналар, мева-сабзавот дўконлари жиҳозлари ва сабзавот ва меваларни марказлаштирилган сақлаш жойларидан олинган намуналарни бактериологик текшириш, патогеннинг айланишини аниқлаш ва санитария тадбирларини ўтказиш касаллик пайдо бўлган ҳудуд ёки жамоада касалликни аниқлаш ва олдини олишни таъминлайди;
- умумий овқатланиш шохобчаларида ва сабзавот омборларида кемирувчилар мавжудлигини текшириш, кемирувчиларни тутиш ва бактериологик текшириш;
- кемирувчилар аниқланганда режадан ташқари дератизация тадбирларини ўтказиш.

Тавсия этилмайди:

А	<ul style="list-style-type: none"> - хом сутни истеъмол қилиш (сигир, эчки); - Ўтган йилги ҳосилдан (айниқса, карам, сабзи, пиёз) хом сабзавотлардан салатлар тайёрлаш; - хом сабзавотлардан тайёрланган салатларни узоқ вақт сақлаш; - ювилмаган сабзавот ва меваларни бошқа маҳсулотлар билан аралаштирилган ҳолда истеъмол қилиш;
----------	--

4. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари:

Аниқланган асоратларга қараб, беморлар тиббий мутахассислар (терапевтлар, гастроэнтерологлар, жарроҳлар, ревматологлар, дерматологлар, алергологлар ва бошқалар) томонидан кузатилади. Реконвалесцентлар клиник тузалиб, бактериологик текширувнинг бир марта салбий натижаси бўлганидан кейин касалхонадан чиқарилади.

Иерсиниоздан тузалган шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш 1 йил давомида ҳар чоракда бир марта мажбурий лаборатория текширувлари билан ўтказилади. Псевдотуберкулёздан тузалган шахсларни ишга ва уюшган гуруҳларга қабул қилиш клиник тузалиб кетганидан ва бактериологик текширишнинг салбий натижасидан кейин чекловларсиз амалга оширилади.

5. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари (тиббий реабилитация босқичлари ва ҳажмлари, шунингдек уларни профилга мувофиқ амалга оширадиган тиббий

ташкilotлар кўрсатилган) зарарланган аъзолар қайд этилганда, ушбу мутахассислар томонидан амалга оширилади.

6. Тиббий профилактика ва реабилитация даражасини кўрсатадиган диагностика чоралари:

Квартирада эпидемиологик текширув бир вақтнинг ўзида бир нечта касаллик ҳолатлари пайдо бўлганда, шунингдек, эпидемиологик ташхис қўйиш учун юқтириш йўллари ва омиллари аниқланмаган ҳолатлар сонидан қатъи назар ўтказилади. Бошқа ҳолларда, турар-жойлардаги юқумли касалликларни текшириш зарурати эпидемия ҳолати ва касалланишнинг ретроспектив таҳлили маълумотларини ҳисобга олган ҳолда эпидемиолог томонидан белгиланади.

Алоҳида овқатланиш бўлинмаларига эга бўлган уюшган гуруҳларда ва умумий овқатланиш корхоналарида псевдотуберкулёз ёки ерсиниознинг биринчи ҳолатлари пайдо бўлганда, текширув зарурлиги тўғрисидаги масала эпидемиолог томонидан ҳал қилинади, кўриқдан ўтиш мажбурий бўлган болалар гуруҳлари бундан мустасно. Такрорий касалликлар юзага келганда ёки гуруҳли касалланиш юзага келганда, текшириш тегишли санитария-гигиена профилидаги мутахассислар иштирокида ўтказилади. [1,4]. Тавсиянинг ишончилилик даражаси С (далиллар ишончилилик даражаси–5).

ЭКГ: касалликнинг оғир ҳолатларида ва миокарднинг оғир шикастланишида - ўтказувчанликнинг бузилиши, тўлиқ АВ блокадасигача, қоринчалар фибрилацияси, тизимли қон айланишида юрак этишмовчилиги ривожланиши билан миокард қисқаришининг бузилиши [14,15];

<https://cyberleninka.ru/article/n/novye-vzglyady-na-metody-dagnostiki-iersinioza>

Қорин бўшлиғи аъзоларининг рентгенограммаси: Ичакнинг рентгенологик текшируви пайтида ёнбош ичакнинг зарарланган қисми кескин тораяди, шиллик қаватнинг рельефи текисланган бўлади ("шнур" белгиси). Кейинчалик, морфологик жиҳатдан Крон касаллигидан ажралиб турмайдиган ёнбош ичакнинг сурункали грануломатоз-яралли жароҳатланиши ривожланиши мумкин [2,7,14].

1.5. Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар

**С
5**

Гастроэнтеролог маслаҳати – ОИТ зарарланганда;

**С
5**

Жаррох маслаҳати – касалликнинг абдоминал шаклида;

С 5	Оториноларинголог маслаҳати – ангина ривожланганда;
С 5	Нефролог маслаҳати – буйрак шикастланганда;
С 5	Невропатолог маслаҳати – МНС зарарланганда;
С 5	Кардиолог маслаҳати – юрак зарарланганда;
С 5	Терапевт маслаҳати – пневмония ва бронхитлар юзага келганда;
С 5	Ревматолог маслаҳати – бўғим синдромлари юзага келганда;
С 5	Дерматолог маслаҳати – тери қопламаси шикастланганда;
С 5	акушер-гинеколог маслаҳати – ҳомиладорларда иерсиниоз аниқланганда; медико-генетик маслаҳат (ҳомиладорларда кўрсатмага кўра).

7. Профилактик ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари:

Такрорий касалликлар юзага келганда ёки гуруҳли касалланиш юзага келганда, текшириш тегишли санитария-гигиена профилидаги мутахассислар иштирокида ўтказилади. [1,4]. Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С (далиллар ишончлилиқ даражаси–5).

8. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) тарафдорлар ҳамкорлигидаги муаммолар: йўқ.
- 2) экспертлар тўғрисидаги малумотлар (махаллий ва чет эл мутахассислари);

Тақризчилар:

Ахмедова Муборахон Джалиловна т.ф.д., Тошкент Тиббиёт Академияси юқумли ва болалар юқумли касалликлари кафедраси профессори.

Хасанова Гузел Миргасимовна - Бошқирдистон давлат тиббиёт университети юқумли касалликлар кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори, Уфа, Бошқирдистон Республикаси

3) Протоколни қайта ишлаб чиқиш: 3 йилдан сўнг (агара янги ташхис, даволаш, профилактика ва реабилитация усуллари киритилса);

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 110 с. [Infectious diseases: national leadership.] М.: GEOTAR-Media, 2019. p.
2. Long C., Jones T. F., Vugia D. J., Scheftel J., Strockbine N., Ryan P., Shiferaw B., Tauxe R. V., Gould L. H. *Yersinia pseudotuberculosis* and *Y. enterocolitica* Infections, FoodNet, 1996-2007 // *Emerging Infectious Diseases*. 2010; 16 (3): 566-567. Available: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/16/3/09-1106_article.
3. Инфекционная заболеваемость Новосибирской области. Доступно: <https://www.rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials>.
4. Евсеева, В.В. Типирование *Yersinia pseudotuberculosis* с помощью мультилокусного анализа переменного числа тандинных повторов / В.В. Евсеева, М.Е. Платонов, С.В. Дентовская, А.П. Анисимов // *Проблемы особо опасных инфекций*. – 2015. – Вып. 4.– С.55-57
5. Т. Е. Дороженкова, О. А. Горбич. Эпидемиологический профиль кишечного иерсиниоза в Республике Беларусь// 4/2020 • *Военная Медицина* • Ст. 85-89. <https://www.bsmu.by/militarymedicine/>
6. Centre for Disease Control and Prevention (CDC) *Yersinia enterocolitica* (Yersiniosis) [(accessed on 14 January 2021)]; Available online: <https://www.cdc.gov/yersinia/healthcare.html>
7. European Centre for Disease Prevention and Control Yersiniosis; ECDC: Stockholm. [(accessed on 14 January 2021)]; 2019 Available online: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2018-yersiniosis-corrected.pdf
8. Triantafillidis, J. K. Terminal Ileitis due to *Yersinia* Infection: An Underdiagnosed Situation / J. K. Triantafillidis, T. Thomaidis, A. Papalois // *BioMed Research International*. – 2020. – Vol. 2020. – P. 1–10.
9. Wielkoszynski T, Moghaddam A, Bäckman A, et al. Novel diagnostic ELISA test for discrimination between infections with *Yersinia enterocolitica* and *Yersinia pseudotuberculosis*. *Eur J Clin Microbiol Infect*. 2018 Dis; 37:2301-2306. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10096-018-3373-9>
10. Bhunia, AK. *Yersinia enterocolitica* and *Yersinia pestis*. In: *Foodborne Microbial Pathogens*. Food Science Text Series. New York: Springer; 2018. p. 301-313. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4939-7349-1_17
11. Hofman P. Yersiniosis. In: Hofman P. (eds) *Infectious Disease and Parasites*. Encyclopedia of Pathology. Cham: Springer; 2016. p. 335-337. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-30009-2_1084
12. Fredriksson-Ahomaa M. Enteropathogenic *Yersinia* spp. In: Sing A. (eds) *Zoonoses: Infections Affecting Humans and Animals*. Cham: Springer; 2022. p. 1-25. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-85877-3_8-1
13. Bancercz-Kisiel A, Pieczywek M, Łada, P, Szweda W. The Most Important Virulence Markers of *Yersinia enterocolitica* and Their Role during Infection. *Genes*. 2018; 9:235. DOI: <https://doi.org/10.3390/genes9050235>

14. Zimmermann A. Tumor-like Lesions of the Hepatobiliary Tract: Specific Abscess-Forming Bacterial Infections. In: Tumors and Tumor-Like Lesions of the Hepatobiliary Tract. Cham: Springer; 2016. p. 1-17. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-26587-2_130-1

15. Sundström K. Cost of Illness for Five Major Foodborne Illnesses and Sequelae in Sweden. Appl Health Econ Health Policy. 2018; 16:243-257. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0369>.

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