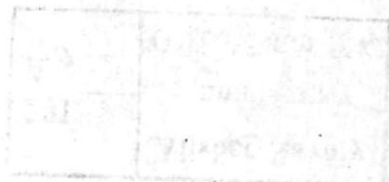


ОИВ-инфекцияси бўйича назарий ва амалий асослар

**«Меҳридарё» МЧЖ
Тошкент - 2012**



УДК: 6169:612.017.1

КБК: 52.63

0-37

- Тиббиёт вирусологияси

ОИВ-инфекцияси бўйича назарий ва амалий асослар: ўрта тиббиёт ходимлари учун ўқув-қўлланма / ЎзР Соғлиқни сақлаш вазирлиги; Тиббий таълимни ривожлантириш маркази; Вирусология илмий текшириш институти; Республика ОИТС га қарши кураш Маркази; ОИВ-инфекцияли шахсларни даволаш, парваришлаш ва қўллаб-қувватлаш масалалари бўйича марказий Осиё ўқув маркази; Ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимлари малакасини ошириш ва ихтисослаштириш Республика маркази.

Тошкент: Меҳридарё, 2012. 130 бет.

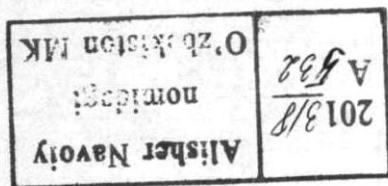
Қўлланма ўрта тиббиёт ходимлари ва тиббиёт коллежлари талабалари учун мўлжалланган. Мазкур ўқув-услубий қўлланмасида ҳар бир тиббиёт ходими билиши керак бўлган ОИВ инфекцияси тўғрисидаги асоси назарий ва амалий билимлар тақдим этилган, даволаш профилактика муассасаларида ОИВ инфекциясининг олдини олиш ва касбий пост контакт профилактикаси ҳақида оммабоп тарзда ёритилган. Шу билан бирга қўлланмада ОИВ - инфекциясини юқтирган беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш, уларни парваришлаш йўллари баён этилган.

Қўлланма турли кўргазмали расмлар билан бойитилган.

HD 40779
2

ISBN 978-9943-351-25-7

© «Меҳридарё» МЧЖ



**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш маркази
Вирусология илмий текшириш институти
Республика ОИТСга қарши кураш Маркази
ОИВ-инфекцияли шахсларни даволаш, парваришлаш ва қўллаб-
қувватлаш масалалари бўйича Марказий Осиё ўқув маркази
Ўрта тиббиёт ва фармацевтика ходимларни малакасини ошириш ва
ихтисослаштириш Республика маркази**

“Тасдиқлайман”

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш Вазирлиги
Фан ва ўқув юртлири Бош
бошқармаси бошлиғи
проф. Ш.Э. Атаханов
2012 йил „2“ май

№ 8

баённома

“Келишилди”

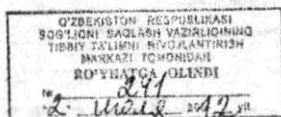
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тиббий таълимни ривожлантириш
маркази директори в.в/б
Х.А. Абдуллаева
2012 йил „2“ май

№ 4

баённома

**ОИВ-инфекцияси бўйича назарий ва амалий
асослар**

(ўрта тиббиёт ходимлари ва тиббиёт коллежлари талабалари
учун ўқув-услубий қўлланма)



Тошкент -2012

Тузувчилар:

**Мусабаев
Эркин Исакович**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги Вирусология илмий текшириш институти
директори, Тошкент врачлар малакасини ошириш институти
«Юкули касалликлар» кафедраси мудири, профессор

**Гиясова Гузал
Майнаповна**

ОИВ-инфекция шакллари даволаш, парвартиллаш
ва қўллаб-қувватлаш масалалари Марказий Осиё ўқув
маркази директори, т.ф.н.

**Юлдашова
Гулжаҳон
Тойирова**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги Вирусология Илмий текшириш институти
илмий ходими

**Салиходжеева Рихси
Камилловна**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
т.ф.н. Вазирлик бошқарув ашпарати бош мутахассиси

**Муродов Насретдин
Нуритдинович**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги тиббиёт ва фармацевтика ходимлари
малакасини ошириш ва ихтисослаштириш
Республика маркази директори

**Ғозиева Майсара
Майнаповна**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Республика ОИТСга қарши кураш маркази
эпидемиолог - врач

**Ярбозоров Фахриддин
Буттаевич**

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги Тошкент вилоят асиб рухий
касалликлар диспансери психиатри

Тақризчилар:

С.Н.Бабаходжеев

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги эпидемиология микробиология ва юкули
касалликлар илмий текшириш институти директори
илмий ишлар бўйича ўринбосари, профессор

О.М.Миртозаев

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Тошкент Тиббиёт академияси Эпидемиология
кафедраси профессори

М.А. Ходжаева

Тошкент шаҳар 1-сонли юкули касалликлар шифохонаси
ташхислаш ва даволаш маркази раҳбари, т.ф.д.

Х.С.Бўриқўжаева

Тошкент шаҳар П.Ф.Боровский номидаги тиббиёт коллежи
ўқитувчиси

Ўзбекистон Республикаси ССВ Вирусология Илмий текшириш институти Илмий кенгашида
тасдиқланди.

2012 йил «19» январь №1 баённома.

Илмий кенгаш раиси,
проф.

Э.И. Мусабаев

Ўзбекистон Республикаси ССВ Республика ОИТСга қарши кураш маркази «ОИВ-
инфекция»нинг долзарб муаммоларига бағишланган илмий кенгаш» да муҳокама қилинган ва
2012 йил «28» июль №7 баённома

Илмий кенгаш аъзоси,
проф.

Н.С.Атабеков



Сўз боши

ОИВ-инфекциясини аҳоли орасида кенг тарқалиб бориши тиббиёт ходимларининг орасида бу инфекцияни юктириш ҳавфини кучайтиради. Шунинг учун ҳам, тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилган ҳар бир шахс «одам иммунтанқислиги вирусининг потенциал ташувчиси», деб қаралмоғи лозим. Шунингдек, ҳар қандай турдаги тиббий ёрдам кўрсатиш чоғида эҳтиёткорлик чораларига қатъий амал қилиш зарур: ҳар бир иш ўрни ОИВ ва бошқа гемоконтакт йўли билан юқадиган инфекцияларни кўзғатувчиларнинг (вирусли гепатит В, С, Д, геморрагик иситма ва шу кабилар) юқишининг олдини олувчи воситалар билан таъминланган бўлиши керак.

ОИВ/ОИТС ҳозирги пайтда дунёнинг барча давлатларида қайд этилмоқда. Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (БССТ)нинг маълумотларига кўра, ОИВ-инфекциясига чалинганларнинг сони **34 млн.** кишидан ортиб кетди. Сўнгги 30 йил ичида ОИВ-инфекцияси аста-секинлик билан бўлсада, бироқ изчиллик билан ўзининг дастлабки ўчоқлари бўлган -АҚШ ва Марказий Африка давлатларидан барча қитъаларга ва мамлакатларга кириб борди.

АҚШда ўтказилган илмий тадқиқотлар натижаларига кўра, ҳар куни тиббиёт ходимларининг **4-8** нафари ОИВ-инфекциясини юктириш ҳавфига дуч келмоқдалар. Мазкур тадқиқотларнинг натижаларига кўра, қон ва унинг препаратларини куйиш жараёнида **10 000** нафар бемор касаллик юктирган бўлиб, уларнинг **7 000** дан отикроғида ОИТС ривожланган.

Профессор В.В.Покровскийнинг Қалмиғистонда ўтказган тадқиқотларида, болаларнинг ушбу касалликни юктиришлари қайд этилган ва умумий касалланганлар миқдорининг **255** ҳолатида улар мазкур касалликни касалхона ички шароитида юктирганликлари исботланган.

Умумий маълумотларга кўра, бугунги кунда **16 млн.** нафар бола ОИТС туфайли ота-онасининг биридан ёки ҳар иккаласидан жудо бўлишган. Бу болаларнинг қарийб 80% яъни – тахминан **13 млн.** нафари Саҳрои Кабир жанубида жойлашган Африка мамлакатларида истиқомат қилади. Бироқ, бундай етимликка дучор бўлиш фақат ушбу минтақа билан чекланиб қолаётгани йўқ.

Дастлабки ҳисоб-китобларга кўра, Жанубий ва Жанубий - Шарқий Осиёда 2,8 млн, Шарқий Осиё ва Тинч океани минтақаларида 110 000 дан ортиқроқ етим болалар кун кечираётирлар.

Юқорида баён этилган маълумотлар соғлиқни сақлаш амалиётида назарий ва амалий жиҳатдан такомиллашган кучли тиббиёт ходимларига эга бўлишнинг ниҳоятда муҳим эканлигини кўрсатади. Зеро, тиббиёт ходимлари ўзларини ҳам ва уларга мурожаат этаётган беморларни ҳам ОИВ-инфекциясини юктириб олишдан ҳимоя қилишлари лозим. Бундан ташқари улар ОИВ-инфекциясини юктирган беморларни парваришlash ва уларни даволаш бўйича бир қатор зарур билимларга эга бўлишлари шарт.

Ушбу услубий қўлланмада муаллифлар жамоаси, ўзларининг бу борадаги билимларини мужассам этишга ҳаракат қилдилар ва ушбу рисолада баён этилган маълумотлар, тиббиёт ходимларининг ОИВ-инфекцияси тўғрисидаги билимингизни янада тўлдиришга хизмат қилади, - деб ишонч билдирадилар.

I-Қисм

I – Боб

ОИВ-инфекцияси ва орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС)

Одам иммун танқислиги вируси (ОИВ) чақирадиган инфекция - ОИВ-инфекцияси деб аталади. Ушбу инфекция узок давом этадиган (сурункали) инфекциялар тоифасига кириб, клиник жиҳатдан 4 босқичдан иборат ва унинг охириги босқичида орттирилган иммун танқислик синдроми (ОИТС) ривожланади. ОИВ-инфекцияси одам иммун тизими фаолиятининг, асосан Т-лимфоцитларни ишдан чиқаради. Бу эса, организм иммун тизимининг пасайиб кетишига олиб келади. ОИВ шунингдек, моноцитлар, макрофаглар, микроглиялар ҳамда асаб тизимининг дендрит хужайраларини ва юза қисмларида махсус **CD4**-рецепторлари мавжуд бўлган бошқа хужайраларни ҳам ишдан чиқариши мумкин. **CD4**-рецептор – бу турли вируслар ҳақидаги маълумотларни билиб олиш ҳамда уларни иммунологик жиҳатдан “зарарсизлантириш” да иштирок этадиган рецептордир.

1-§ Этиологияси

80-йилларнинг бошларида ОИТС – фақат бесоқолбозлар учунгина хос бўлган касаллик деб гумон қилинган. Кейинчалик бу касаллик нафақат бесоқолбозларда, балки бир неча бор қон ва қон маҳсулотларини олган кишилар, тартибсиз жинсий алоқада бўлганлар, гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчиларда яъни, турли гуруҳдаги кишиларда ҳам учраши мумкинлиги аниқланди.

ОИВнинг кашф этилиш тарихи

ОИВ бир пайтнинг ўзида, 1983 йил, бир-бирларидан беҳабар ҳолда иккита тадқиқотчи – Л.Монтанье (Франциядаги Пастер институти) ва Р.Галло (АҚШдаги саратон касалликларини ўрганувчи миллий институт) томонидан кашф этилган.

1983 йилда Франциядаги Пастер институтида фаолият юритаётган профессор Motagnier бошлиқ олимлар жамоаси томонидан лимфаденопатия синдроми билан оғриган бесоқолбознинг лимфа тўқималари хужайрасидан ретровирус

гуруҳига мансуб вирус олинди, ушбу вирусни ОИТС сабабчиси, дея эътироф этишди. 1985 йилда ушбу вирусга **ОИВ** – одам иммун танқислиги вируси деган ном берилди.

Р.Галло 1980 йилдаёқ одамнинг илк ретровирусини кашф қилган эди. Ушбу вирус қондаги Т-хужайраларини нобуд қилиб лейкозни келтириб чиқарганлиги сабабли, тегишли равишда одамнинг Т-хужайраси Лейкемия вируси, Human T-cell Leukemia Virus (HTLV), деб аталди. Кейинчалик Р.Галлонинг лабораториясида сурункали қил хужайрали Т-лейкозни келтириб чиқарадиган ретровируси HTLV-II аниқланди. Янги юқумли касаллик ҳисобланмиш ОИТС 1981 йилгача номаълум бўлиб, Т-лимфоцитлар пуллинаинг кучсизланиши билан кечганлиги сабабли Р.Галло ушбу касалликнинг шу пайтга қадар номаълум бўлган Т-лимфотропли вируслар билан боғлиқлиги ҳақидаги фикрга келади. HTLV - III вирусини аниқлаш борасидаги тадқиқотлар олимнинг ушбу фикрини тасдиқлади.

ОИВнинг келиб чиқиш назарияси

I-назария : “ОИВ-инфекцияси табиий равишда ҳайвонот олаmidан келиб чиққан”:

- тахминларга кўра XX – асрнинг 50-йилларида ҳайвонлар учун хос бўлган вирусларнинг генетик рекомбинацияси юз берган ва оқибатда улар одамлар учун ҳам хос бўла бошлаган, ёки;

- мутациялар натижасида *яшил мартишкалар* иммун танқислик вируси (SIV) одамлар учун ҳам патоген вирусга айланган.

II-назария: “ОИВ нинг келиб чиқиши табиий шароитларда (антропоген) одамга хосдир”

- айрим олимларнинг тахминларига кўра, ОИВ – бу оддий ретровирус бўлиб, у қачонлардан буён, узоқ мудатли вақт ичида кишиларда касалликни келтириб чиқарадиган, ҳамда у инсоннинг ер юзи бўйлаб тарқалиш жараёнларида (миграция пайтида) ўз эволюциясига эришган, деб ҳисобланади. Ушбу назарияни қўллаб-қувватловчи олимларнинг ОИВнинг келиб чиқиш жойи борасидаги фикрлари турличадир:

- айрим олимлар ОИВ узоқ давр мобайнида Марказий Африкадаги эндемик касалликларнинг кўзгатавучиси бўлиб, кейинчалик Гаити ороли орқали АҚШга ўтган ва ундан кейин мазкур вируснинг эпидемик тарқалиши юз берган, деб ҳисоблайдилар;

- бошқа бир гуруҳ олимлар эса, Америка, Европа ҳамда Осиёдаги ОИВ-инфекцияси Африкадан келиб чиқмаган, деган фикрни қўллаб-қувватлайдилар. Шунчаки, ОИВ патогенетик жиҳатдан кучсиз бўлганлиги учун жуда кам ҳолларда касаллик келтириб чиқарган, унга ташҳис қўйиш мумкин бўлмаганлиги сабабли уни ОИТС сифатида қайд этишнинг ҳам иложи бўлмаган; **III-назария:** «Вирус геноинженерия усулида яратилган сунъий маҳсулот ҳисобланади».

1 Аксарият олимларнинг фикрига қўра, ОИВнинг келиб чиқиши ҳақидаги иккинчи назария кўпроқ ҳақиқатга яқиндир.

ОИВ-1нинг структураси (тузлиши)

ОИВ-инфекциясини кўзғатувчиси одам иммун танқислик вируси (ОИВ) дир. Ретровируслар оиласига мансуб вирусларнинг ўзига хос хусусияти шундаки, улар матрицага оид синтез реакциясини қайталама транскриптаз ферменти ёрдамида “тескари” тарзда, яъни, РНКдан ДНК га қараб амалга оширади. Шунинг учун ҳам, бу вируслар ретровируслар, деб ном олган.

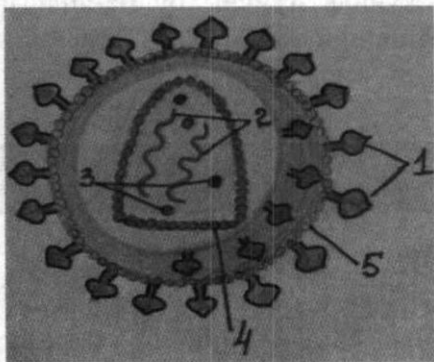
Бу оиланинг лимфатик тизими хужайраларига трансформацияли таъсир кўрсатадиган яна иккита вируси (1 ва 2-чи типдаги Т-лимфотроп вируслар) инсон учун патоген ҳисобланади. ОИВ-2нинг структураси ОИВ-1га нисбатан шимпанзе иммун танқислик вируси –SIVга жуда яқин.

Ретровируслар оиласи 3 гуруҳдан иборат: 1. Онковируслар; 2. Лентивируслар; 3. Маймун ва одам кўпикли вируслари.

ОИВ юктирилган вақтдан бошлаб касалликнинг белгилари пайдо бўлгунгача узок (бир неча йил) муддат вақт ўтиши инобатга олиниб, у лентивируслар гуруҳига киритилди. «Ленти» сўзи «аста-секин», «узок муддат» деган маъноларни англатади.

ОИВ – бу диаметри 100 нм атрофида бўлган кичкина вирус бўлиб, унинг юзаси липид қобик билан ўралгандир, ушбу қобикнинг юза қисмида ўзига хос тиканлар мавжуд. Ушбу тиканларнинг сони тахминан 72 та бўлиб ОИВни ўраб турувчи гликопротеид gp120 ва gp41оксиллардир. Бу оксиллардан ташқари вирус р24, р17 ички оксилларга ҳам эга. ОИВнинг марказида, унинг ўзаги жойлашган бўлиб, бу ўзак вируснинг бутун диаметрини эгаллайди ўзакнинг марказида эса ОИВнинг 4та

ферменти (протеаза, интеграз, РНКаз, тескари транскриптаза) ва вируснинг геномини ташкил қилувчи 2та РНКнинг толаси жойлашган.



1-расм. ОИВнинг тузилиши

1. gp120
2. РНКнинг толаси
3. ОИВнинг ферменти
4. ОИВнинг нуклеокапсида

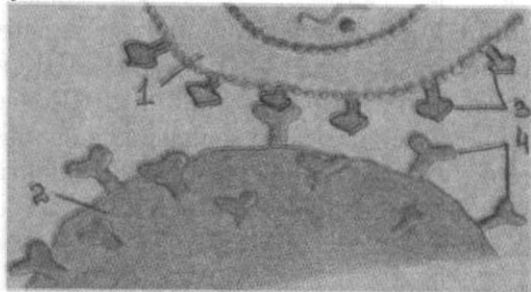
ОИВ-1нинг ҳаёт босқичлари

Ҳар қандай биологик объект каби ОИВ-1нинг ҳам иккита асосий вазифаси мавжуд бўлиб, улар: ҳаётда яшаб қолиш ва ўзидан авлод қолдириш. Ҳаётда сақланиб қолиш учун, вирус жуда кўп азият чекишига тўғри келади. Зеро, у хужайранинг ичига киргандан кейин ҳам нобуд бўлиб кетмаслик учун ўз эгасининг иммун тизимини “алдаш”га ҳаракат қилади, уни “зарарсизлан-тирилмаслик” йўллари қидиради. Бундай вазиятларда, у ғалабага “миқдор билан эмас, балки ақл билан” эришиш шиорига амал қилади. Шу боисдан ҳам, ОИВ-1нинг ҳар бир оксиди бир пайтнинг ўзид ва узвий кетма-кетликда бир неча вазифаларни бажаришга қодирдир. ОИВ шунингдек, кўплаб мутациялар (ўзгаришлар)га ҳам қодир бўлиб, бу одам иммун тизимини “йўлдан адаштиради” ва ОИВга қарши вакциналар яратиш имкониятини амалда йўққа чиқаради.

ОИВ-1нинг ҳаётий босқичини қуйидагиларга ажратиш мумкин:

1. Вируснинг хужайра рецепторларига бирикиши: ОИВ-1 вирусининг юзасидаги gp 120 оксиди эгаси хужайрасидаги CD4-рецепторларига алоҳида яқин бўлиб, улар ўртасидаги муносабатларни бамисоли “калит ва кулф ўртасидаги”

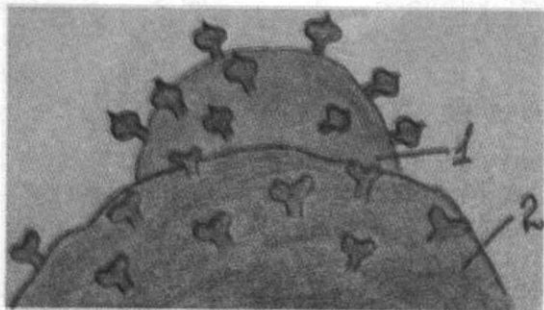
муносабатларга ўхшатиш мумкин. Шу сабабли ҳам, улар бири-бирига бирикиб, ўзаро ҳамкорликда иш бошлайдилар. CD4 - рецепторлар Т-хелпер лимфоцитларининг мембраналарида, моноцитларда, макрофагларда, микроглия, дендрид ҳужайраларида ва бошқа кўплаб ҳужайраларда жойлашган бўлади. Айти шу ҳужайралар ОИВ учун асосий нишон бўлади. Зеро, уларнинг емирилиши оқибатида кейинчалик иммун танқислиги ривожланиши келиб чиқади ва бошқа касаллик синдромлари пайдо бўлади.



2-расм. ОИВ gp120 гликопротеидининг CD4-ҳужайра рецепторлари билан бирикиши

1. ОИВ
2. эга- ҳужайра
3. CD4-рецепторлар
4. (gp120) ОИВнинг гликопротеиди

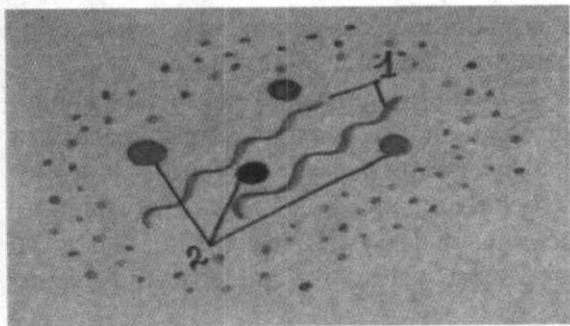
2. **ОИВ-1 нинг юзадаги оқсиллари шаклининг ўзгариши ва мембраналарнинг қўшиливи.** ОИВ gp120 оқилининг эгаси ҳужайрасидаги CD4-рецепторлари билан қўшилгандан кейин ОИВнинг қобиғи ўзи нишонга олган ҳужайранинг юза қисмида гўёки йўқ бўлиб кетади, яъни иккита мембрананинг қўшиливи юз беради.



3-расм ОИВнинг ҳужайра билан қўшилиши

1. ОИВ
2. эга- ҳужайра

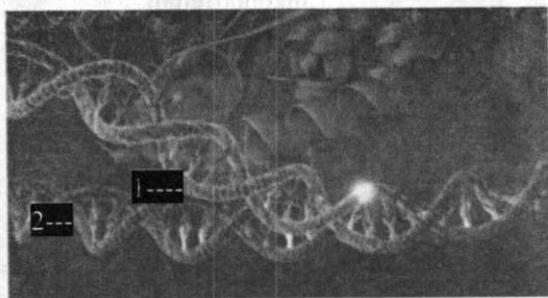
3. **Вируснинг “ечиниши”** – ушбу жараён ОИВнинг ўзи нишонга олган ҳужайра ичига кириб олиши билан юз бериб, бунда вирус РНКси ҳамда ОИВ - 4 ферменти ўзларининг эриб кетган қобиғидан озод бўлиб, эгаси ҳужайрасининг цитоплазмасига эркин ҳолда кириб боради (4-расм).



4-расм. ОИВ нуклео-капсидининг ечиниши

1. ОИВнинг РНК толаси
2. ОИВнинг ферментлари

4. ОИВ ДНКсининг сафланиши. ОИВ ферментлари иштирокидаги бир қатор биокимёвий жараёнлардан сўнг, (ОИВ) вирус ДНКси фрагменти эгасининг хужайрасидаги хромосомаларнинг ДНКсига сафланади. (5-расм) Бунинг натижасида эса хужайра оксилларни ҳамда ОИВ ферментларини синтез қила бошлайди. Яъни нишонга олинган хужайранинг ўзи энди ОИВнинг кўпайиши учун ўзига хос резервуарга, яъни ўчоққа айланади.



5-расм. ОИВ ДНКсининг сафланиши

1. ОИВнинг ДНКси
2. эга-хужайранинг ДНКси

5. “Вируснинг йиғилиш” жараёни

Ушбу жараённинг моҳияти шундан иборатки, унда ОИВнинг тайёр вирус оксиллари янги вирус зарраларини йиғиш ва ўраш учун бир жойга тўпланади ва бунда ОИВ ферменти – протеаза иштирок этади ҳамда бунинг натижасида ОИВнинг ҳали етилмаган капсиди ҳосил бўлади.

6. Вирус зарраларининг етилиши ва урчиши. ОИВнинг ҳаётий цикли нихоясига етгач, ОИВнинг етилмаган капсиди ўзи нишон сифатида танлаган хужайрани тарк этади. Бунда у нишонга олинган хужайра қобиғининг фрагменти бўлган ўзига хос қобикқа ҳамда юза қисмидаги гликопротеидларга эга бўлади. Шундай

килиб, вирус пишиб етилади ва у энди эгасининг бошқа хужайраларини ҳам зарарлашга тайёр бўлади (6-расм).



6-расм. Вирус зарраларининг урчиши ва пишиб етилиши

! ОИВ ҳаётий цикли ниҳоясига етгач, у зарарлаган ҳар бир хужайра нобуд бўлади.

! ОИВ репликацияси иммун тизимини издан чиқарган ҳолда касалликнинг авж олишига сабаб бўлади ва бир кунда миллиард марталаб содир бўлади. Бу жараён учун ОИВ-1 сарфлайдиган вақт 3 соатни ташкил қилади; ҳар бир зарарланган хужайра вирус кирган вақтдан то ўзининг ўлимигача бўлган вақт ичида 250 тага яқин янги вирионларни шакллантиришга улгуради.

2 -§ Эпидемиологияси

ОИВ-инфекцияси эпидемиологик нуқтаи назардан антропоноз ҳисобланади, бу инфекциянинг юқиш манбаи фақат ОИВ юктирган одам ҳисобланади.

ОИВ юктирганларнинг лимфоид хужайралари ташқи муҳитда қуритилганда, бир неча кунда вируснинг фаоллиги йўқолади.

Хужайрадан ташқари, суюқлик одам қон плазмасини қўшган ҳолда $+23^{\circ}$ - $+27^{\circ}$ С ҳароратда қуритилганда, ОИВ 7 кунга яқин ўз фаоллигини сақлаб туриши аниқланган.

Суюқ муҳитда, $+23^{\circ}$ - $+27^{\circ}$ С ҳароратда ОИВ ўз фаоллигини 15 кун, $+36^{\circ}$ - $+37^{\circ}$ Сда эса 11 кун атрофида сақлайди. Қуйиш учун мўлжалланган қонда ОИВ йиллар давомида, музлатилган зардобда эса, унинг фаоллиги 10 йилгача сақланиб туриши мумкин.

! ОИВ дезинфекцияловчи моддалар ва ультрабинафша нурлар таъсирида тез нобуд бўлади; 56° С дан юқори ҳароратда вирус фаоллигини 30 дақиқадан кейин йўқотади.

ОИВнинг юқиш йўллари

ОИВ-инфекцияси юқишининг бир неча йўллари мавжуд:

1. Жинсий ёки табиий йўл билан юқиш. Дунёда ОИВ-инфекциясига йўлиққанларнинг 35-40% га яқини бу дардни жинсий алоқа орқали юқтирганликлари қайд этилган. ОИВ касалликни юқтирган шахснинг шахватида, ёки у аёл бўлса, унинг қини суюқлигида ва бачадон бўйинчасидаги шиллиқ парда суюқлигида бўлади. Бирок, энг хавфлиси орқа тешик орқали амалга ошириладиган (аналь усулдаги) жинсий алоқалар ҳисобланиб, бу жараёнда ОИВ-инфекциясини юқтириш хавфи жуда юқори бўлади.

2. Парентерал, ёки сунъий йўл билан (гемоконтакт ва инъекция орқали) **юқиш.** Тиббиёт ходимлари томонидан беморларга инъекциялар қилиш пайтида хавфсизлик қоидаларига риоя этмаслик, яъни муолажа пайтида қўлқоплардан фойдаланмаслик, иш жараёнида дезинфекция қоидаларига амал қилмаслик, фойдаланилган шприцларни, игналарни ва ҳоказоларни йўқ қилиш қоидаларини бузиш ҳолатлари нафақат тиббиёт ходимларининг ўзлари, балки уларнинг беморлари ҳам ОИВ-инфекциясини юқтириб олишларига сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек, муолажа хоналарини ҳамда лабораторияларни тозалайдиган хизматчилар ҳам, айниқса ушбу хоналардаги чиқитларни йўқотиш пайтида зарур талабларга риоя этмасалар ёки у қадар мустаҳкам бўлмаган ҳамда ишдан чиққан контейнерлардан фойдаланган ҳолларда ОИВ-инфекцияларни юқтириб олишлари мумкин. ОИВ юқтириб олишнинг энг хавфли ҳолатларидан бири бу инъекциялар қабул қилиш пайтидир.

ОИВ-инфекциясини юқтириш ифлосланган игналардан, ўткир тигли асбоблардан фойдаланиш орқали содир бўлиши билан бирга, айрим ҳолларда беморларга кон ёки унинг компонентларини (эритроцитар, тромбоцитар, лейкоцитар суюқликларни, шунингдек, музлатилган кон плазмасини) куйиш жараёнида ҳам юз бериши мумкин. Айниқса ОИТС босқичидаги беморларнинг қони ниҳоятда хавфлидир, чунки бу даврдаги беморларнинг қонида вируслар миқдори ниҳоятда кўп бўлади.

Гиёҳванд моддаларни инъекциялар воситасида қабул қилувчилар орасида ҳам ОИВ-инфекциясининг тарқалиши бугунги

кунда энг кўп қайд этиладиган касалликни юктириш ҳолатларидан биридир. Бу гуруҳга мансуб кишиларнинг касалланишига асосий сабаб - уларнинг барчаси битта игна ва шприцдан фойдаланишларидир. Зеро, касалликни юктирган кишининг қон зарралари шприц ва игна воситасида иккинчи бир киши организмга тушиши шубҳасиз.

3.ОИВ-инфекциясининг онадан болага юқиши ёки табиий йўл билан юқиши. ОИВ-инфекциясига йўлиққан онанинг ўз боласига бу инфекцияни юктиришининг 2 йўли мавжуд бўлиб улар:

1) **вертикал** (ҳомиладорлик ва туғруқ пайтида);

2) **горизонтал** (болани кўкракдан эмизиш ёки инфекцияга йўлиққан аёлнинг сутини соғиб ичириш).

ОИВ-инфекциясининг юқиш ҳавфи, айниқса туғруқ пайтида нихоятда каттадир, бу кўрсаткич – 40-50% ташкил этади. Ушбу касалликни юктириш ҳавфи айниқса чўзилиб кетган туғруқ (12 соатдан ортиқроқ) ёки узокроқ (4 соатдан ортиқ), шунингдек, туғруқ жараёнидаги сувсизлик пайтида янада юқори бўлади.

Барча суюқликларда учрагани каби, ушбу вирусни ОИВ-инфекциясига чалинган онанинг кўкрагидан келадиган илк эмизиш босқичидаги оғиз сутида ҳам учратиш мумкин. Кўкракдан эмизиш жараёнида ушбу касалликни юктириш ҳавфи 15-40% ташкил этиб, агар эмизиш жараёни узок давом этса (6 ойдан кўпроқ) ушбу ҳавф янада ошиб боради.

Гарчи ОИВ-инфекцияси ушбу касалликка йўлиққан кишининг организмдаги барча суюқликларида, яъни сўлагига, кўз ёшларида, пешобиди, нажасида, тери суюқлигида ҳам мавжуд бўлса-да, бироқ шу пайтгача зарарланмаган тери танасининг ушбу биологик суюқликлар билан мулоқотга киришувидан ОИВнинг юқиш ҳолатлари қайд этилмаган.

! Маъний хизмат кўрсатиш жараёнида оддий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик натижасида ва оилада тарқатиш чўтқаси, устара ва бошқалардан умумий фойдаланганда ОИВ-инфекциясининг юқиш ҳавфи сақланади.

1-Жадвал. *Турли биологик ажратмалар билан мулоқотда бўлганда ОИВнинг юқиш ҳавфи.*

Концентрацияси	Суюқликлар ва ажратмалар
ОИВнинг концентрацияси юқори (юқиш ҳавфи юқори)	Қон Уруғ суюқлиги (шаҳват) Қин суюқлиги (ажратмаси) Кўкрак сути
ОИВнинг концентрацияси паст (юқиш ҳавфи паст)	Пешоб Сўлак Кўз ёши
ОИВнинг концентрацияси жуда паст (юқиш ҳавфи жуда паст)	Тер Нажас Кулоқ кири (кулоқ ажратмаси)

!ОИВнинг маъшиий-мулоқот йўли билан ва ҳашаротларнинг чақиши орқали юқишини тасдиқловчи маълумотлар йўқ.

ОИВни юқтириб олиш ҳавфи юқори бўлган гуруҳлар

1. Ҳавфли жинсий мулоқотларда бўлган кишилар:

- жинсий алоқада бўладиган шериклари кўп бўлган кишилар;
- жинсий йўл билан юқадиган касалликлари бўлган, айниқса жинсий йўлларининг шиллиқ пардаларида ярали ўзгаришлар бўлган кишилар;

- алкоголь ва гиёҳванд моддалар қабул қиладиган кишилар;
- ҳайз вақтида жинсий алоқа қиладиган аёллар;
- ҳомиладорлик вақтида жинсий алоқа қиладиган аёллар;
- анал жинсий алоқа қиладиган кишилар;
- презервативлардан фойдаланиш кўникмасининг йўқлиги;

2. Қон, қон маҳсулотлари, тана аъзолари ва бошқа биологик суюқликлар реципиентлари;

3. Гиёҳванд моддаларни игна орқали қабул қилувчилар;

4. Пирсинг ва татуировкага ружу қўйган кишилар.

5. Ўзаро қон аралаштириш удумларидан фойдаланадиган кишилар.

6. ОИВ-инфекцияси кўп тарқалган ҳудудлардаги тиббиёт ходимлари.

3 -§ Катталар ва ўсмирларда ОИВ-инфекциясининг клиник босқичлари (БССТ томонидан қайта кўриб чиқилган таснифи)

ОИВ-инфекциясининг клиникаси (даволаш) ривожланиши 4та клиник босқичдан иборат:

Ўткир ОИВ-инфекцияси

- Белгиларсиз кечиши
- Ўткир иситмали давр (ўткир ретровирус синдроми)

I клиник босқич

- Белгиларсиз кечиши
- Персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия

II клиник босқич

- Себореяли дерматит
- Ангуляр хейлит
- Онихомикозлар
- Оғиз бўшлиғидаги қайталовчи (рецидивланувчи) яралар (охирги олти ойда 1-2 марта қайталанган)
- Ўраб оладиган темиратки (битта дерматома бўйича кенгайган тошмалар)
- Нафас олиш йўлларидаги қайталовчи (рецидивланувчи) инфекциялар (6 ой ичида икки ёки ундан кўп марта қайталаган синусит, ўрта отит, бронхит, фарингит ёки трахеит)
- Онихомикозлар
- Папулез кўринишидаги қичима тошмалар

III-клиник босқич

- Оғиз бўшлиғининг тукли лейкоплакияси
- Бир ойдан ортиқроқ давом этадиган сабабсиз сурункали ич кетиш
- Қайталовчи кандидозли стоматит (яра-чақа) (6 ойда, икки ёки ундан ортиқ мартаба)
- Оғир бактерияли инфекциялар (зотилжам, плевра эмпиемаси, йирингли миозит, суяк ва бўғимлар инфекцияси, менингит, бактериемия)
- Ўткир ярали-некротик стоматит (яра-чақа), гингивит ёки периодонтит

201 <u>318</u> А <u>532</u>	Alisher Navoiy nomidagi O'zbekiston MK
--------------------------------	--

IV-клиник босқич

- Ўпка сили
- Ўпкадан ташқари сил (лимфааденитдан ташқари)
- Сабабсиз тана вазнининг камайиши, (6 ой мобайнида 10%дан ортиқ озиш)
- ОИВга асосланган кахексия синдроми
- Пневмоцистли зотилжам (пневмония)
- Рентгенологик тасдиқланган қайталовчи оғир бактерияли зотилжам (йил давомида икки ёки ундан ортиқ маротаба)
- Цитомегаловирусли ретинит ($\pm$ колит)
- Оддий учукли вирус (ОУВ) натижасида вужудга келган учук (1 ойдан кам бўлмаган вақт давом этувчи сурункали ёки персистирлановчи)
- Энцефалопатия
- ОИВ-инфекцияси натижасида келиб чиқувчи кардиомиопатия
- ОИВ-инфекцияси натижасида келиб чиқувчи нефропатия
- Ривожланувчи мультифокал лейкоэнцефалопатия
- ОИВ-инфекцияси натижасида келиб чиқувчи Капоши саркомаси ва бошқа ўсмалар
- Токсоплазмоз
- Диссеминирлашган замбуруғли инфекция (масалан: кандидоз, кокцидиодомикоз, гистоплазмоз)
- Криптоспоридиоз
- Криптококкли менингит
- Атипик микобактериялар чақирадиган диссеминирлашган инфекциялар

Касалликларнинг халқаро таснифи (классификацияси) (КХТ-10) нинг ўнинчи бор қайта кўрилиши

(B20-B24) Одам иммун танқислик вируси томонидан чақирилган касаллик (ОИВ)

Итисно: Одам иммун танқислиги вируси орқали вужудга келган белгиларсиз (симптомсиз) юқумли касаллик [ОИВ] (Z21)

B20. Юқумли ва паразитар касалликлар кўринишидаги инсон иммун танқислик вируси касаллиги [ОИВ]

Истисно: Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган ўткир юқумли касаллик синдроми (B23.0).

B20.0. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган микробактериал юқумли касалликлар кўринишидаги касалликлар

B20.1 Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа бактериал юқумли касалликлар кўринишидаги касалликлар

B20.2. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган цитомегаловирус касалликлар

B20.3. Одам иммунтанқислиги вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа вирусли юқумли касалликлар

B20.4. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган кандидоз касаллиги

B20.5. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа микозлар

B20.6. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ], орқали вужудга келган *пневмоцист зотилжам*

B20.7. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа кўплаб юқумли касалликлар

B20.8. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа юқумли ва паразитар касалликлар

B20.9. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган аниқланмаган юқумли ва паразитар кўринишидаги касалликлар

B21. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган, хатарли кўринишидаги ўсма касалликлар

B21.0. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган Капоши саркомаси

B21.1. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган Беркитт лимфомаси

B21.2. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган ноходжинкинли лимфомалар

B21.3. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган лимфа, қон-томир (қон яратувчи) ва уларга яқин тўқималардаги ўсма касалликлар

- B21.7. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган кўплаб ўсма касалликлар
- B21.8. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа ўсма касалликлар
- B21.9. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган ноаниқ ўсма касалликлар

B22. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа аниқланган касалликлар

- B22.0. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган энцефалопатия
- B22.1. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган лимфатик интерстициал пневмонит
- B22.2. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган тинкани куритувчи касалликлар
- B22.7. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа саҳифаларда таснифланган кўплаб касалликлар

Эслатма: бу саҳифадан фойдаланганда, касалланиш ва ўлим кодланишига мос келувчи йўриқномаларга далил келтирилган бўлиши лозим.

B23. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа ҳолатлар кўринишидаги касалликлар

- B23.0. Ўткир ОИВ-инфекцияси синдроми
- B23.1. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия кўринишидаги касалликлар
- B23.2. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа саҳифаларда таснифланмаган гематологик ва иммунологик бузилишлар (ўзгаришлар) кўринишидаги касалликлар
- B23.8. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган бошқа аниқ ҳолатлар кўринишидаги касалликлар

B24. Одам иммун танқислик вируси [ОИВ] орқали вужудга келган ноаниқ касаллик

Z21. Белгиларсиз ОИВни олиб юрувчи

R75. ОИВ ёки ОИВ зиддижисмларини (антителоларини) лаборатор тарзда аниқлаш

4-§ ОИВ-инфекциясининг кечиши ва клиникаси

ОИВ-инфекциясининг кечиши инфекцион жараён динамикасининг умумий қонуниятига мувофиқ содир бўлади. Инфекцион жараён динамикаси қуйидагича:

1. ОИВнинг юқиши;
2. Яширин (инкубацион) давр;
3. Бирламчи кўринишлар босқичи (белгиларсиз босқич ёки ўткир ОИВ-инфекцияси, ПТЛ);
4. Иккиламчи касалликлар босқичи (ОИТС – ассоциирланган симптомокомплекс);
5. ОИТС – касалликнинг охириги босқичи.

ОИВнинг юқиши

ОИВ-инфекциясининг юқиши юқорида кўрсатиб ўтилганидек, ОИВ/ОИТСга чалинган бемор билан жинсий алоқа қилганда ёки шундай касалликка чалинган кишидан олинган қон қуйилганда, ифлосланган ва стерилланмаган асбоблардан фойдаланилганда, шунингдек, касалликни юқтирган онадан болага: плацентар йўли билан; туғруқ пайтида; эмизиши пайтида юз бериши мумкин. ОИВ-инфекциясини юқтириш ҳавфи шунингдек, зарарланган тана терисига, ёки шиллиқ пардага (кўз, оғиз бўшлиғи) қон, зардоб ёки бошқа биологик суюқликлар тушиши ҳолатларида ҳам мавжуд бўлади. (“Эпидемиология” бўлимига қаралсин,).

Яширин (инкубацион) давр

Яширин (инкубацион) давр (инфекция тушган вақтдан бошлаб биринчи клиник кўринишлар пайдо бўлиши, ёки қонда зиддижисмларнинг (антителоларнинг) пайдо бўлишигача (сероконверсиягача)) 2-4 ҳафтадан 2-3 ойгача, айрим маълумотлар бўйича ундан ҳам кўпроқ вақт давом этиши мумкин.

Яширин даврнинг давомийлиги инфекциянинг юқиш йўли, вирус миқдори (дозаси) ва қўзғатувчининг вирусологик хусусиятлари ҳамда макроорганизм иммун тизимининг ҳолатига боғлиқ. Яширин давр клиник манифестация – ўткир бирламчи инфекция билан ёки у кузатилмаса – ОИВга қарши зиддижисмлар ҳосил бўлиши (сероконверсия, клиник белгилар каби одам организмнинг инфекцияга фаол жавоб реакцияси) билан кечади.

Касалликнинг ўткир даври

ОИВ-инфекциясига чалинганларнинг 50-80%да инкубацион даврдан сўнг, кучли ретровирус сероконверсияси белгилари ривожланиб боради. **Касалликнинг бошланиши** умумий захарланиш (интоксикация) синдроми билан характерланиб, унинг намоён бўлиши турличадир: ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши, дармонсизлик, бош оғриғи, мушак ва бўғинлардаги оғриқлар (миалгия ва артралгия), кўнгил айниш, қусиш, юқори нафас йўлларидаги катарал кўринишлар, фарингит, диффузияли эритематоз тошмалар (аксарият ҳолларда олачалпоқ тошмалар ёки олачалпоқ папулёз тошмалар учрайди, уларнинг диаметри 5-7 мм дан катта бўлмай, асосан беморнинг юз қисмида ҳамда белида, баъзан эса оёқ қўлларида, жумладан қафт ва тоvonларида ҳам учрайди), лимфа тўқималарининг катталашishi, тана вазнининг камайishi, ич кетиш, яъни диарея. Шунингдек, бундай беморларда гепатит, пневмония, менингит каби касалликлар ҳам ривожланиши мумкин. Бундан ташқари, марказий асаб тизими фаолиятининг аҳён-аҳёнда бузилиб туриш ҳолатлари - бош оғриғидан тортиб, периферик невропатиядан, то асептик менингоэнцефалит ҳамда мўлжал олишни, хотирани йўқотиш, руҳий ўзгаришлар билан бирга кечувчи кучли қайталанувчан энцефалопатиялар кузатилади. CD4-T-лимфоцитларининг транзитор пасайishi, оғиз бўшлиғи шиллик парданинг яра-чақалар билан зарарланиши, оғиз бўшлиғининг, ҳамда ошқозон йўли ва жинсий аъзоларнинг кандидози билан бирга кечиши мумкин. Кучли ретровирусли сероконверсия синдроминаинг белгилари, одатда, 1-2 ҳафта сакланиб туради, аксарият ҳолларда ОИВ-инфекцияси бу жараёнда аниқланмай қолади. ОИВга хос бўлган специфик зиддижисмлар касаллик белгилари намоён бўлганидан сўнг қон зардобиди пайдо бўлади, 2 ҳафта ўтганидан сўнг эса, аксарият беморлар серопозитив ҳолатда бўладилар. **Ўткир ОИВ-инфекциясининг давомийлиги** 1-2 ҳафтадан, то 1-ойгача давом этади.

! Касалликнинг ушбу ҳолати ниҳоятда ҳавфлидир, чунки инфекцияга чалинганлар ўзларининг бемор эканликларини билмасдан, вирусни бошқаларга ҳам юқтиришлари мумкин.

ОИВ-инфекциясининг ўткир босқичини қиёсий (дифференциал) ташхислаш

Ўткир ОИВ-инфекциясини инфекцион мононуклеоз, цитомегаловирус инфекцияси, қизилча, ўткир респиратор касалликлар (аденовирус инфекцияси ва ҳоказо), энтеровирус инфекцияси, токсоплазмоз, заҳм ҳамда қатор бошқа юқумли касалликлардан *фарқлаш* зарур:

1. **Инфекцион мононуклеоз**, кам ҳолларда ўткир бошланади, бодомсимон безлар кўпроқ зарарланади, одатда гепатолиенал синдром ва пигмент алмашинувининг бузилиши кузатилади, кам ҳолларда тошмалар тошади. Гумон қилинган ҳолларда ОИВ-инфекциясининг специфик лаборатор тасдиғи муҳим, чунки бу касалликда ҳам атипик мононуклеарлар аниқланиши мумкин.

2. **Ўткир цитомегаловирус инфекцияси** ўзининг клиник кўринишлари бўйича йирингли тонзиллит ва тарқалган лимфаденопатия (ОИВ-инфекциясида кўп кузатилади) ни ҳисобга олмаганда инфекцион мононуклеозни эслатади.

3. Ўткир инфекцияда экзантема бўлганда **қизилчани** эслатади. ОИВ-инфекциясини қуйидаги клиник хусусиятлари асосида гумон қилиш мумкин: каттароқ ёш (ёш болалар ҳам бундан истисно эмаслигини ҳисобга олиш зарур), анамнезида қизилчанинг мавжудлиги, парентерал ва жинсий эпидемиологик анамнезга бойлиги, асосан энса лимфатик тугунлари зарарланмаган ҳолда «бир текис» барча лимфатик тугунларнинг катталашиши, фарингит ва тонзиллит белгиларининг мавжудлиги, товушлар ва қўл панжаларида тошмаларнинг борлиги, қизилчадаги экзантема ўрнига афтоз стоматит учраши, анча узоқ давом этиши.

4. ОИВ-инфекциясининг ўткир босқичи аксарият ҳолларда ЎРК (ўткир ретровирус касалликлари) ниқоби остида кечади. Бундай ҳолларда, ЎРКга хос бўлган яққол катарал синдромларининг йўқлиги ҳамда фаоллашган лимфаденопатиянинг мавжудлиги ОИВ-инфекциясининг фойдасига гувоҳлик беради. Бу ҳолат аденовирусли инфекцияга ҳам тааллуққидир, зеро ушбу инфекция ҳам полилимфаденит билан бирга кечиши мумкин, бироқ унда кўпроқ олдинги ва орқа лимфатугунлари зарар кўради.

5. ОИВ-инфекцияси учун хос бўлган ўхшаш белгилардан ўткир бошланиши, мушакларда оғриқ бўлиши, оғиз бўшлиғида яралар, катарал ўзгаришлар, экзантема, диарея, айрим ҳолларда неврологик

белгилар кузатиладиган *энтеровирус инфекцияси* билан фарқлаш қийинчилик туғдиради. Аммо, ОИВ-инфекцияси учун, йилнинг ёз ва куз фаслларида кўпаядиган мавсумийлик ва тарқалган лимфаденит хос эмас.

6. Айрим ҳолларда ўткир ОИВ-инфекциясини *сурункали токсоплазмознинг қайта зўрайиши* ёки *ўткир токсоплазмоз* билан фарқлашга тўғри келади, чунки улар учун ҳам субфебрил иситма, миалгия, лимфаденопатия, гепатолиенал синдром, турлитуман неврологик белгилар хосдир. Бунда миокард ва кўзнинг зарарланиш белгиларининг мавжудлиги, узоқ давом этиши ва клиник белгиларнинг турғунлиги токсоплазмоздан дарак беради.

7. Экзантема мавжуд бўлган айрим ҳолатларда ОИВ-инфекциясини асосан тери ҳамда кўзга яққол ташланиб турадиган шиллик пардалар зарарланиб, ички тана аъзоларнинг ўзгаришлари камроқ кузатилиши билан характерланувчи *иккаламчи сифилис* (захм)дан фарқлаш керак. Бунда, интоксикация белгиларининг мавжудлиги ва асаб тизимининг зарарланиши, полилимфаденит, гепато- ва спленомегалияларнинг мавжудлиги ОИВ-инфекциясининг фойдасига гувоҳлик беради.

Айрим ҳолларда ўткир ОИВ-инфекцияси иккиламчи касалликлар билан кечади, улар орасида герпетик инфекциялар ва токсоплазмоз кўп учраши мумкин. Бу маълум даражада мазкур ҳолатларнинг клиник ташхисида қийинчилик туғдиради ва қисман специфик лаборатор тасдиқнинг аҳамиятини оширади.

I – клиник босқич

Белгиларсиз вирус ташувчилик (латент кечиши)

ОИВ-инфекциясининг ўткир иситмали босқичи ва кучли кўринишлар ривожланиши ўртасидаги даврнинг давом этиши катта ораликларда бўлади; тахминан 50% беморларда у 10 йилгача (ўртача – 5-7 йил) давом этади.

Кучли ривожланган клиник кўринишларсиз айрим ҳолларда лаборатор кўрсаткичларнинг ўзгариши – камқонлик, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, трансаминазалар фаоллигининг ошиши кузатилади.

ОИВнинг давом этувчи репликацияси CD4-хужайраларнинг ҳалок бўлишига ва уларнинг популяция жараёнларининг камайишига олиб келади бу эса ўз навбатида иммунотанқислик

фонида иккиламчи (оппортунистик) юқумли ёки онкологик касалликларнинг ривожланишига олиб келади.

Белгиларсиз вирус ташувчилик босқичи персистиранувчи тарқалган лимфаденопатия (ПТЛ), ОИТС-ассоциирланган комплекс ёки ОИТС босқичига ўтиши мумкин.

Персистиранувчи тарқалган лимфаденопатия

Персистиранувчи тарқалган лимфаденопатия – чов соҳасидаги лимфатик тугунлардан ташқари 2 ва ундан ортиқ гуруҳ лимфатик тугунларининг катталашиши (1 см дан кам бўлмаган даражада)дир. Бу ОИВ-инфекцияси туфайли юзага келиб, 3 ой ва ундан кўпроқ вақт давомида сақланади. Лимфатик тугунларнинг катталашиши – одатда ОИВ-инфекциясининг биринчи кўринишидир, лекин у касалликнинг кейинги босқичларида ҳам сақланиши мумкин. Лимфатик тугунларнинг катталашиши бу ОИВга нисбатан хужайрага тегишли иммун жавоб реакцияси сифатида ривожланадиган лимфатик фолликулаларнинг гиперплазиясидир. Лимфатик тугунлар одатда эластик консистенцияли, пайпаслаганда оғриқларсиз, ҳаракатчан, ўзаро ва уни ўраб турган атроф тўқима билан бирикмаган ҳолда аниқланади, ҳамда тугунларнинг ассиметрик жойлашиши ва катталашишга мойиллиги (жараёнга янги-янги лимфа тугунларининг қўшилиши ва эски пайдо бўлган тугунлар катталигининг ўзгариши) кузатилади.

Тарқалган лимфаденопатиядан ташқари, бу босқичда жигар ва талокнинг ҳам камроқ катталашгани аниқланиши мумкин.

Касалликнинг кучайиб бориши ва CD4-T-лимфоцитларнинг камайиб кетиши касалликнинг ОИТС-ассоциирланган комплекс ёки ОИТС босқичига ўтишига олиб келади.

II – клиник босқич

Бу босқичда астеник синдром, аклий ва жисмоний иш қобилятининг пасайиши, тунда кўп терлаш, субфебрил иситма, ич кетиши, 10%гача тана вазнининг камайиши кузатилади. Касалликнинг мазкур босқичи кучли оппортунистик инфекциялар, Капоши саркомаси ва бошқа хавфли ўсмалар ривожланмаган тарзда кечади. Одатда, иккиламчи инфекцияларнинг белгилари клиник жиҳатдан ОИВ – ОИТСга чалинган беморларнинг тана терисидаги ҳамда шиллиқ пардалардаги унчалик сезилмайдиган тошмалар кўринишида намоён бўлади. Умуман олганда, ОИВга

чалинган беморларнинг касаликнинг турли босқичларидаги тана терисидаги зарарланиш ҳолатлари 90%га яқинни ташкил этади. Шунинг ҳам унутмаслик лозимки, бунда бир беморда айни пайтнинг ўзида икки ёки ундан ортиқ тери зарарланиши ҳолатлари намоён бўлиши ва улар кейинчалик аксарият ҳолларда сурункалилик касб этиб бутун тана бўйлаб тарқалиши кузатилади. Бунда, битта беморда бир вақтнинг ўзида терида икки ва ундан ортиқ шикастланиш кўринишлари учраши мумкин. Бу ҳолат, одатда, сурункали тус олади ва кенг тарқалишга мойил бўлади.

Тери ҳамда шиллик пардаларнинг иккиламчи инфекцияси орасида, II босқичда қуйидагилар учраши мумкин:

- **бактериал зарарланиш** - стафилакоккли фолликулит, яралар ёки кўк яралар (карбункул), импетиго буллёзи, кўк йирингли инфекцияларнинг турли эрозив элементлари;

- **вирусли зарарланиш** - герпетик тошмалар, папилломалар, контагиоз моллюск;

- **тана юзасидаги турли хилдаги замбуругли касалликлар**: сохта мембраноз кандидоз (оғиз оқариши) атрофик (эритематоз) кандидоз, ангуляр хейлит (оғиз бурчакларида гиперкератозли ёриқларнинг пайдо бўлиши ва қизариши), одатда оёқларнинг тоvon қисмида, бармоқлар орасида ва чот қисмида учрайдиган **рубромфития**.

Терининг ва шиллик пардаларнинг ноинфекцион зарарланиши ҳолатлари орасида ксероз, себорея дерматити ва рецидив афтоз стоматити алоҳида ўрин тутadi.

Аксарият беморларда **психоневрологик белгилар** кузатилади, жуда кам ҳолларда бўлсада, асептик менингит ривожланиши мумкин. 4-5% беморлардаги неврологик белгилар ОИВ-инфекциясининг дастлабки клиник белгилари бўлиши мумкин.

Периферик қон текширилганда доимо иммуносупрессия белгилари кузатилади, CD4-лимфоцитларнинг абсолют сони 1 мкл да 500 хужайрагача ва ундан ҳам камади.

III – клиник босқич

Клиник белгилари бўйича бу босқич «ОИТС-ассоциирланган комплекс»га яқин бўлиб, касалликнинг кейинги босқичларида учрайдиган юқори даражадаги ўсмалари бўлган оппортунистик

инфекцияларнинг тарқалмаганлиги билан ифодаланадиган ОИТСнинг умумий белгилари мавжуд.

ОИТС-АКнинг клиник белгилари: юкумли касалликларга боғлиқ бўлмаган интермиттирланувчи безгак ($+38.5^{\circ}\text{C}$ дан баланд); кўзгатувчининг ажралиб чиқиши билан бирга кечмайдиган диарея (ичбуруғ); ҳолсизлик; тунги вақт ичида ҳаддан кўп терлаш.

ОИТС-АКнинг лаборатор белгилари: нейтропения, лимфопения, тромбоцитопения ва анемия (камқонлик); CD4-Т лимфоцитларнинг абсолют (мутлоқ) сонининг пасайиши.

Бу босқичга узоқ давом этадиган ва сабаби ноаниқ бўлган *иситма* характерли бўлиб, тана вазнининг камайиши 10%дан ошади. Тери ва шиллиқ пардаларда тарқалишга ва қайта зўрайишга мойил бўлган анча чуқур ўзгаришлар кузатилади (масалан – куршаб олувчи темиратки).

Захарланиш ва ОИВга йўлиқишнинг умумий белгилари билан бир қаторда (ҳолсизлик, тез чарчаб қолиш, иш қобилиятининг пасайиши, бош айланиши ва ҳоказолар) терининг ҳамда оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларининг зарарланиши ҳам кузатилади. Улар орасида айниқса оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаларининг кандидоз зарарланиши, тукли лейкоплакия (тилнинг оқ қатламлар ёки бўртиқлар кўринишидаги бир ёки икки томонлама зарарланиши, шунингдек, тилнинг ён атрофидаги оғриқсиз зарарлари ҳам кузатилади ва уларни шпател билан олишнинг имкони бўлмайди), афтоз стоматит, некротик гингивит ва периодонтит (оғиздаги оғриқлар, қонаш, бадбўй хид, милкларнинг чайнашда иштирок этадиган юзасида қизил гўмбакчаларнинг ҳосил бўлиши, милклар тўқимасининг ярали ёки некротик зарарланиши) 10-20% беморларда бу босқичда ҳар томонлама ўраб оладиган темиратки ривожланади. Яна шундай тез-тез учрайдиган зарарланишлар сифатида фолликут, себорея дерматит, контагиоз моллюск, юз терисида, оғиз бўшлиғининг ҳамда жинсий аъзоларнинг герпетик зарарланишини келтириб ўтиш мумкин. Шунингдек, клиник жиҳатдан милкларнинг қонаши, оёқ қўллардаги петихиал тошмалар сифатида намоён бўлувчи идеопатик тромбоцитопеник пурпура ҳам кузатилади. Ушбу ҳолат лаборатор жиҳатдан қон зардобидан айланма ҳаракат қилувчи иммун комплексларнинг кўпайиши, шунингдек, тромбоцитларнинг юзадаги антигенларига зиддижисмларнинг кўпайиши билан намоён бўлади.

Шунингдек, бу босқичда тана ички аъзоларининг *турли бактериял, замбуруғли ҳамда вирусли зарарланишлари* кузатилади, бироқ бунда ҳали инфекциян жараёнлар диссеминацияга учрамайди. Ҳар қандай инфекциянинг кириш дарвозаси биринчи галда инсон ўпкаси ҳисобланади, шунинг учун ҳам, беморларда *пневмония* жуда кўп учрайди ва улар орасида *ўпка сили* алоҳида ўрин эгаллайди. Иммунитет пасайишининг тобора кучайиб бориши билан бирга *камқонлик (анемия)* ҳамда *лейкопенияга* томон мойиллик ошиб боради, бу ҳолат асосан *лимфопения* ҳисобига юз беради.

Вирус фаол равишда кўпаяди, иммун танқислик белгилари ўсиб боради. CD4-лимфоцитларнинг миқдори 1мкл 200-300 хужайрага камайиши кузатилади.

IV – клиник босқич (ОИТС босқичи)

ОИТС ОИВ-инфекциясининг охириги босқичи ҳисобланади, бу босқичда иммунитетнинг кескин сусайиб кетиши оппортунистик инфекциялар ва ўсма касалликларининг ривожланишига сабаб бўлади. ОИТС билан оғриган беморларда лаборатор текширилганда камқонлик, нейтропения, лимфопения, тромбоцитопения, CD4-Т-лимфоцитлар абсолют сонининг 1 мкл да 200та, касалликнинг терминал босқичида эса 50 тадан ҳам камайиши кузатилади. Вирусли юклама юқори кўрсаткичда бўлиб, р24 антигени ҳам аниқланади.

Бу босқич авж олган ОИТС босқичига тўғри келади. Иммун тизимнинг издан чиқиб бориши ОИТСнинг иккита асосий клиник кўриниши – оппортунистик инфекциялар ва ўсмалар ривожланишига сабаб бўлади, улар кенг тарқалиши ва ўлимга сабаб бўлиши билан ҳавфли ҳисобланади.

Оппортунистик (иккиламчи) касалликларнинг бевосита ОИВ-инфекциясига боғлиқ бўлган асосий клиник синдромлари, шунингдек патологик ҳолатлари 2 – жадвалда тақдим этилган.

2-Жадвал. ОИВ - инфекциясида учрайдиган асосий синдромлар ва иккиламчи касалликлар

Синдромлар	Иккиламчи касалликлар
Терининг зарарланиши	Стафилококкли пиодермия, ОГВ, Herpes Zoster, папилломавирус, контагиоз моллюск, кандидоз, руброфития, ксероз, себореяли дерматит, бацилляр ангиоматоз, Капоши саркомаси, листериоз, атипик микобактериоз, криптококкоз, аспергиллез, гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз, пневмоцистоз
Миопатия	ОИВ, ўпкадан ташқари сил, токсоплазмоз
Персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия	ОИВ, ЦМВ-инфекцияси, Эпштейн-Барр вируси қўзғатадиган инфекция, ўпкадан ташқари сил, атипик микобактериоз, листериоз, токсомлазмоз, кокцидиоидомикоз, Капоши саркомаси, лимфомалар
Қўзнинг зарарланиши	Герпетик кератит, хориоретинит (жумладан Herpes Zoster), ЦМВли хориоретинит, токсоплазмозли хореоретинит, микроспоридиозли кератоконъюнктивит, кандидозли кератит, эндофталмит, криптококкли хореонидит, аспергиллэзли увеит
Оғиз бўшлиғининг зарарланиши	ОГВ, Herpes Zoster, орофарингеал кандидоз, рецидивланувчи афтоз стоматит, тукли лейкоплакия, некротик гингивит ва периодонтит, гистоплазмоз, Капоши саркомаси, Беркитт лимфомаси, ясси хужайрали карцинома
Миокардит	Кандидоз, асперигеллез, токсоплазмоз, ЦМВ-инфекцияси
Пастки нафас йўлларининг зарарланиши	Бактериал зотилжамлар, сил, атипик микобактериоз, пневмоцистоз, токсоплазмоз, криптоспоридиоз, микроспоридиоз, ОГВ, Herpes Zoster, ЦМВ-инфекцияси, барча замбуруғли инфекциялар, Капоши саркомаси, лимфома.
Эзофагит	Кандидоз, аспергиллез, ОГВ, ЦМВ-инфекцияси
Энтероколит	Атипик микобактериоз, кандидоз, аспергиллез, гистоплазмоз, ЦМВ-инфекцияси, криптоспоридиоз, микроспоридиоз, изоспороз, бластомикоз, ОИВ-энтеропатия
ОИВнинг ўчоқли зарарланиши	Капоши саркомаси, лимфома
Жигарнинг катталашиши	ОИВ, ОГВ, Herpes Zoster, ЦМВ-инфекцияси, Эпштейн-Барр вируси қўзғатадиган инфекция,

	ўпқадан ташқари сил, атипик микобактериоз, гистоплазмоз, пневмоцистоз, токсоплазмоз
Талокнинг катталашиши	ОИВ, ЦМВ-инфекцияси, Эпштейн-Барр вируси кўзғатадиган инфекция, ўпқадан ташқари сил, атипик микобактериоз, гистоплазмоз, пневмоцистоз, токсоплазмоз
Энцефалит	ОГВ, Herpes Zoster, ЦМВ-инфекцияси, токсоплазмоз, ОИВ-ассоциирланган демент комплекс
Менингит	Бактериал менингитлар, фалопатия, сил, листериоз, криптококкоз, кандидоз, аспергиллез, гистоплазмоз, ОИВ-ассоциирланган асептик менингит
МНТнинг ўчоқли зарарланиши	Лимфома, кучайиб боровчи мультифокал лейкоэнцефалопатия
Полинейропатия, неврит	ОИВ, ОГВ, Herpes Zoster, ЦМВ-инфекцияси
Жинсий аъзоларнинг зарарланиши	Генитал герпес, ўткир учли кандиломалар, контагиоз моллюск, вагинал кандидоз, баъадон бўйни карциномаси

5 -§ ОИВ-инфекциясининг болаларда кечиш хусусиятлари
Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (БССТ) томонидан
кўриб чиқилган болаларда ОИВ/ОИТСнинг клиник таснифи

I-клиник босқич

- Белгиларсиз ўтиши
- Персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия

II-клиник босқич

- Гепатоспленомегалия
- Папулез кўринишидаги кичимали тошма
- Кенг ёйилган тошмали контагиоз моллюсклар
- Онихомикозлар
- Оғиз бўшлиғидаги чақа яралар
- Милкларнинг чизикли эритемаси
- Ангуляр хейлит
- Қулоқолди сўлак безларининг катталашуви
- Ўраб олувчи темиртки
- Белгиларсиз ўтувчи лимфали интерстициал зотилжам
- Нафас йўлларидаги қайталанувчи ёки сурункали юқумли касалликлар (синусит, ўрта отит, оторея)

III-клиник босқич

- Стандарт даволашга берилмайдиган овқатланиш меъёрининг сабабсиз бузилиши
- Сабабсиз сурункали ич кетиши (14 сутка ва ундан ортиқ)
- Сабабсиз персистирловчи иситмалаш (бир ойдан ортиқ вақт давомида ўқтин-ўқтин ёки доимий)
- Оғиз (бўшлиғи) кандидози (2 ойликдан катта бўлган болаларда)
- Оғиз (бўшлиғи)нинг тукли лейкоплакияси
- Ўткир некрозланувчи ярали гингивит ёки периодонтит
- Милklarнинг чизикли гиперплазияси
- Оғир қайталовчи бактерияли зотилжам
- Кенг қуюлувчи кондиломалар
- Улкан хунук (бадбашара) қилиб қўювчи контагиоз моллюск
- Ўпканинг ОИВ билан боғлиқ сурункали яллиғланиши, жумладан бронхоэктазлар
- Клиник кўринишдаги лимфоид интерстициал зотилжам
- (Сабабсиз) Камқонлик (гемоглабин $<8\%$) ёки нейтропения ($<500/\text{мкл}$)
- 1 ойдан ортиқ давом этувчи (сабабсиз) тромбоцитопения ($<500/\text{мкл}$)

IV-клиник босқич

- Стандарт даволашга берилмайдиган овқатланиш меъёрининг сабабсиз бузилиши ёки сабабсиз оғир кахексия
- Зотилжамдан ташқари бўлган қайталовчи оғир бактерияли юқумли касалликлар (плевра эмпиемаси, пиомиозит, суяк ва бўғимлар инфекцияси, менингит)
- Сурункали (оддий учукли вирус (ОУВ) учук -инфекцияси (бир ойдан ортиқ давом этаётган лаб ва оғиз бўшлиғи ёки теридаги учуклар)
- Капоши саркомаси
- Кандидозли эзофагит
- Токсоплазмали энцефалит (янги туғилган чақалоқлардан ташқари)
- ОИВ-энцефалопатия
- ЦМВ-инфекцияси (ретинит ёки ички органлар инфекцияси жигар, қораталоқ ва лимфатугунлардан ташқари)

- Ўпкадан ташқари криптококкоз, масалан менингит
- Ҳар қандай диссеминланган эндемик микоз (масалан, ўпкадан ташқари гистоплазмоз, кокцидиоидоз, пеникиллиоз)
- Криптоспориоз
- Изоспориаз
- Атипик бактериялар орқали келиб чиққан диссеминланган юкумли касаллик
- Қизилўнгач, бронх ёки ўпка кандидози
- Висцерал учук
- ОИВ билан боғлиқ, орттирилган тўғри ичак оқма яраси
- Марказий асаб тизимининг лимфомаси ёки В-хужайра лимфомаси
- Ривожланувчи мультифокал лейкоэнцефалопатия
- ОИВ-кардиомиопатия ёки ОИВ-нефропатияси
- Лейкомиосаркома ёки ОИВ билан бирга кечувчи ўсимталар

ОИВ-инфекциясининг болалар ва катталарда кечишида кескин фарқ бўлмасада, эътибор қаратилиши лозим бўлган айрим хусусиятлар мавжуд. ОИВ-инфекциясининг болаларда клиник кўринишлари ва унинг юқиш механизми, беморнинг ёши ва бир қатор бошқа омилларга мувофиқ ўзгариши мумкин. Ҳомиладорлик даврида эрта ОИВ-инфекцияни юктириш, айниқса ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида, бола ташлашлар, ҳомиланинг нуқсон билан ривожланиши ва ҳатто ўлик туғилишларгача олиб келиши мумкин. Бундан ташқари, бундай болалар ожиз ва ривожланишдан орқада қолиш белгилари билан туғилади. Туғруқ вақтида ОИВ юктирганлик белгилари нисбатан кечроқ пайдо бўлади. Кейинчалик бу белгилар кўкрак сути орқали инфекция юқишида кузатилади. Ниҳоят, парентерал йўл билан инфекция юктириш касалликнинг нисбатан узоқ вақт ривожланишига сабаб бўлади. Шундай қилиб, инфекция юққан вақт – ёши ОИВ юктирган болаларнинг яшашини белгиловчи муҳим омил ҳисобланади. Болаларга 1,5 ёшгача бўлган даврида ОИВ юққан бўлса касаллик тез ривожланади. Аксинча, болаларга 1,5-2 ёшдан кейин инфекция юққанида касалликнинг секин ривожланиши кузатилади ва ўртача ривожланиши катталарникидан деярли фарқ қилмайди.

6-§ ОИВ-2 келтириб чиқарадиган инфекция

1986 йил Сенегалда мутлақо соғлом кишиларда Африка яшил мартишкаларининг вирусига ўхшаш вирус аниқланган. Шу сабабли, ушбу аниқланган вирус (HTLV) ОИВ-1нинг дастлабки аждоди бўлган, деган фикр мавжуд. Бирок, ушбу вирус CD4-T-лимфоцитларга юксада, уларни ўлдирмаслиги аниқланган. Шу билан, бир пайтда ОИТС билан касалланган беморларда ўзининг тузилиши билан ОИВ-1дан фарқ қилувчи, аналогик, иммунопатологик ўзгаришларни кучайтиришга сабаб бўлувчи вирус ҳам аниқланган.

Маълум бўлишича, ОИВ-2нинг тузилиши макакаларда учрайдиган иммун тизимнинг ўсиб борувчи бузилиши билан кечувчи касалликларни қўзғатувчи ретровируснинг тузилишига ўхшар экан. Мазкур вирус ОИВ-1дан фарқли ўлароқ нафақат одамга ва шимпанзегга юқади, балки бир қанча турдаги маймунларга юкиш қобилиятига ҳам эгадир.

ОИВ-2 вирусининг тузилиши ОИВ-1нинг тузилишидан ўзининг антиген таркиби билан, геномидаги нуклеотидларнинг изчиллиги билан фарқ қилади. Инсон организмда ОИВ-1 учун ҳам, ОИВ-2 учун ҳам, айнан бир хил хужайлар нишон бўлиб ҳисобланади. Худди ОИВ-1 каби, ОИВ-2 ҳам нишон хужайларнинг CD4-рецепторлари билан боғланади.

ОИВ-1 ва ОИВ-2 қўзғатадиган инфекциялар – булар нафақат географик тарқалиши, балки қўзғатувчининг хусусиятлари, эпидемиологияси, клиникаси жиҳатидан ҳам фарқ қиладиган алоҳида касалликлар ҳисобланади.

ОИВ-2 асосан Африка мамлакатларида, айниқса Ғарбий Ангола, Буркин-Фасо, Гана, Гамбия, Гвинея-Биссау, Зимбабве, Камерун, Кот-д'Ивуар, Мали, Мозамбик, Сенегал, Сьерра-Леон, Того ва Марказий Африка Республикаларида кенг тарқалган. Ғарбий Африканинг қатор мамлакатлари (Гвинея-Биссау) да ОИВ-2 орттирилган иммунитет танқислигининг ягона қўзғатувчиси ҳисобланади. Сенегал, Гамбия, Мали ва Мозамбикда 50% беморларда бир вақтда ОИВ-1 ва ОИВ-2 юқтирганлар аниқланган.

ОИВ-2нинг эпидемиологияси ОИВ-1га нисбатан кам ўрганилган. ОИВ-2нинг юқиши ОИВ-1га ўхшайди. ОИВ-2 юқтирган кишиларда касаллик ОИВ-1 юқтирганлардагига нисбатан

секинрок ривожланади. Кўп ҳолларда болаларнинг ОИВ-2 юктириши қон маҳсулотларини куйишда кузатилади. ОИВ-2 кўзгатадиган касалликда латент давр узоқ давом этади.

!ОИВ-2нинг онадан болага юқиши ҳақида аниқ маълумотлар йўқ.

7-§ ОИВ-инфекциясига чалинган беморларнинг руҳиятини ҳимоялаш

Асаб тизимининг функциялари бузилишидаги асосий сабаб беморнинг инфекция юқиши ва касалликка жавоб реакциясидир. Беморда ОИВ-инфекциясининг мавжудлиги унинг учун, кучли патологик жараён деб қаралиши зарур. Беморлар кечинмаларини таҳлил қилган ҳолда уларни ҳаяжонлантирадиган қатор муаммолар – келажаги, умри ва унинг моҳияти ҳақида хавотир олиш; ташҳиснинг ошқора қилиниши ва ишдан ажралишидан кўркиш; оила аъзоларига юқиш эҳтимолидан эҳтиёт бўлиш; яккаланиш, айбдорлик ҳисси, эркинликни йўқотиш, ижтимоий изоляция ҳақида мулоҳаза қилиш, жинсий қоникмаслик ҳиссига эътибор бериш лозим. Уларнинг ҳулқида иш қобилиятининг пасайиши, инфекция юктириш эҳтимоли бўлган манбалар ва атрофдагиларга нисбатан ишончсизлик кузатилади. Суицид (ўз жонига қасд қилиш) учун, ҳаракатлар учраши, ҳамда алкоголь ва руҳиятга таъсир қиладиган препаратларни қабул қила бошлашлари мумкин.

ОИВ юктирган кишиларга психологик ёрдам зарур ва бу ёрдам таркибида улар билан индивидуал суҳбатлар ўтказиш, тушунтириш билан рационал психотерапия, оилавий терапия, шунингдек, психосоциал маслаҳатлар бериш бўлмоғи лозим. ОИВни юктирганлар билан ўтказиладиган ушбу барча тадбирлар албатта, уларнинг ўз розиликлари асосида амалга оширилади.

8-§ ОИВ-инфекциясининг лаборатория ташҳиси

Иммун танқислиги вируси билан зарарланган барча катта ёшли кишиларда 3 ойдан сўнг ушбу вирусга қарши зиддижисмлар (иммуноглобулинлар) пайдо бўлади.

ОИВ-инфекциясида ташҳис ўрнатиш учун лаборатория текширишлари 4 асосий йўналишда олиб борилади.

- ташҳис кўйиш;
- донор қонни тестдан ўтказиш;
- ОИВ-инфекциясининг эпидемиологик кузатуви;
- даволаш муолажаларини буюриш ва унинг самарадорлигини кузатиб бориш.

Лаборатория ташҳис усуллари

1. **Иммунофермент таҳлил** – ушбу усул билан организмдаги ОИВга қарши пайдо бўлган зиддижисмларнинг умумий миқдори аниқланади. Бу усулнинг сезгирлиги 99,5%гача боради бироқ, унинг спецификлиги юқори эмас. Шунинг учун, бу усул **ишончли ижобий натижа бермаслиги** ҳам мумкин.

Иммунофермент таҳлил ОИВ-инфекциясига ташҳисини кўйишда, донор қонни тестдан ўтказишда, ОИВ-инфекциясининг эпидемиологик назоратини олиб боришда, қон зардобини ёки плазмасини скринингини олиб боришда фойдаланилади. Бироқ, шуни эсда тутиш лозимки:

Иммунофермент тест-тизимларининг ҳар қандай авлоди ишончли ижобий ёки ишончли салбий натижа бермаслиги мумкин.

- Ишончли салбий натижа бермаслик “серологик ойна”да – ОИВ-инфекцияси юққан одам организмда, касалликнинг бошланишида, специфик зиддижисмлар пайдо бўлмаган ҳолларда кузатилади. Бундан ташқари специфик зиддижисмларнинг пайдо бўлмаслиги организмнинг иммун ҳолатига (агаммаглобулинемия, серореверсия, ОИВ-инфекциянинг сўнгги босқичи – ОИТС) ҳам боғлиқ.
- Ишончли ижобий натижа бермаслик, иммун тизимининг зарарланиши билан боғлиқ соматик касалликларда (аутоиммун бузилишлар, ҳар хил онкологик, вирусли ва бактерияли юқумли касалликларда) ҳамда ҳомиладорликда кузатилади.

2. **Экспресс тестлар** сўлакда, қонда, зардоб ва плазмада иммун танқислиги вирусига (ОИВга) нисбатан пайдо бўлган зиддижисмларни аниқлашга асосланган. Экспресс тестларни махсус жиҳозлар билан жиҳозланмаган лабораторияларда ҳам ўтказиш мумкин.

3. **Иммуно-Блот.** ИФТда зиддижисмларни текширишдаги мусбат натижани тасдиқловчи асосий тест ҳисобланади ва у ОИВнинг

алоҳида молекуляр оғирлиги бўйича тақсимланган протеинлар асосида уларга нисбатан зиддижисмларни аниқлашга имкон беради. Вируснинг маълум протеини (антигени)га зиддижисмларнинг мавжудлиги мембрананинг мазкур антиген жойлашган бўлагиде бўялган (рангли) йўллар пайдо бўлиши бўйича аниқланади. Иммуно-Блотнинг манфий натижаси ИФТнинг мусбат ёки гумонли натижаларини сохта мусбат натижалар эканлигини билдиради.

CDCга мувофиқ, агар ОИВнинг учта асосий антигенлари – p24, gp41 ва gp120 (ёки gp160)дан исталган иккитасига зиддижисмлар аниқланса иммуно-Блот натижалари мусбат ҳисобланади. Иммуно-Блотнинг гумонли натижаси беморнинг клиник текширувлари натижалари билан солиштирилади ва зарурат бўлганда 1 ойдан кейин текшириш такрорланади.

Тест ўтказиш алгоритми (тартиби)

Қон олиш паспорт тақдим этиш шарти билан, йўлланмада паспорт рақами, серияси ва яшаш жойи кўрсатилган ҳолда амалга оширилади.

Туман даражасида: Иммунофермент таҳлилдан фойдаланган ҳолда скрининг текширув битта чуқурчада ёки экспресс тест ёрдамида амалга оширилади. Салбий натижа олинганда – салбий жавоб берилади. Ижобий натижа олинганда тасдиқлаш учун зардоб ҳудудий ОИТС Марказига юборилади.

Донорда иммунофермент таҳлил ижобий натижа берса, тайёрланган қон йўқ қилинади, қон топширган шахс эса вақтинча донорликдан четлаштирилади. Донорликдан бир умрга четлатиш масаласини ҳал қилиш учун, қон қуйиш станциясида ёки қон қуйиш бўлимида, паспорт тақдим этилган ҳолда, комиссия таркибида қон олинади; икки ҳафта ичида натижа якуний тасдиқ учун ҳудудий ОИТС марказига юборилади. Ижобий натижа тасдиқлангандан сўнг донор бир умрга донорликдан четлаштирилади, салбий натижа олинганда эса донорлик масаласи 6 ойдан сўнг қайтадан қон топширгандан сўнг ҳал қилинади.

Ҳудудий даражада: намунани текшириш битта чуқурчада 3 ёки 4-авлод тест-тизимлари ёрдамида амалга оширилади.

Ижобий натижа олинганда, аноним шахслар, доимий яшаш жойига эга бўлмаган шахслардан ташқари барча кишилардан

олинган намуналар Республика ОИТС Марказига тасдиқлаш учун юборилади.

Салбий натижа олинганда, (туман даражасида ижобий натижа олингандан сўнг) донордан бошқа шахсларга салбий хулоса берилади.

Шаҳар ОИТС Маркази даражасида:

Ижобий натижа олинганда зардоб ушбу тест-тизимида (фақат бошқа серияли тест-тизимида) иложи бўлса бошқа тест-тизимида қайта текширилади.

Салбий натижа олинганда. Биринчи натижа ижобий бўлса агар, текширилаётган шахс донор бўлмаса, якуний салбий натижа берилади.

Республика даражасида вилоят ва шаҳар ОИТС Марказларида 3-4-чи авлод тест-тизимлар ва/ёки иммуноблот ёрдамида ижобий натижа олинган намуналар текширилади. Салбий натижа олинганда салбий хулоса берилади. Ижобий натижа олинганда эса ижобий хулоса берилади.

Мавҳум хулоса олинганда Республика ОИТС Маркази тавсиясига асосан намуна тўлиқ қайта текширувдан ўтказилиши лозим.

Материалларни ОИВга текширишда қон олиш, рўйхатдан ўтказиш ва ташишга бўлган талаблар

1. Қон наҳорга олинади. Қон олишдан бир кун олдин ёғли овқат истеъмол қилинмайди.

2. Қон даволаш профилактика муассасида муолажа хонасида билак венасидан 5 мл миқдорда қуруқ ва тоза пробиркага тиббиёт ходими томонидан олинади. Қон олишдан олдин йўлланма ёзилиб, журналга қон топширувчининг шахсини белгиловчи ҳужжат (паспорт, туғилганлик тўғрисидаги гувоҳнома) маълумотлари киритилади. Қон олишдан олдин, биринчи навбатда, қўл совун билан ювилиб, резина қўлқоп кийилади. Пробиркага журналдаги ва йўлланмадаги рақам қўйилади.

Қон топширувчининг чап қўли стол устига эркин қўйилади. Энг йирик вена қон томири танлаб олиниб, 70%ли этил спиртига ботирилган тампон билан артилади. Қон топширувчининг кўз ўнгида бир марта ишлатиладиган шприц очилиб билакнинг қон олинадиган жойидан юқори қисми жгут билан боғланади. Қўл этил

спиртига ботирилган тампон билан артилади. Томир тешилиб ундан 5 мл қон аста-секинлик билан сўриб олинади. Қон гемолизга учрамаслиги учун шприцдаги қон пробирканинг ички девори буйлаб пробиркага аста-секинлик билан куйилади.

3. Текшириш учун, олинган қон диагностик лабораторияга 24 соат ичида етказилиши лозим. Ушбу муддатда, қонни лабораторияга етказишнинг иложи бўлмаса, материал зардоб ҳолида 5 кун ичида лабораторияга етказиб берилади. Бунда, материал $+4 - +8^{\circ}\text{C}$ ҳароратда сақланиши ва зардоб миқдори 1,5 мл.дан кам бўлмаслиги лозим.

Зардоб қон куюғидан центрифуга ёрдамида ажратиб олиниб, дозатор ёрдамида қуруқ ва тоза пробиркага бир марта ишлатиладиган наконечник билан солинади. Белги қўйилиб 5 кунгача $+4 - +8^{\circ}\text{C}$ ҳароратда сақланади.

! Контаминация, яъни ифлосланиш, бўлмаслиги учун ва унинг олдини олиш мақсадида, таёқчалар (шиша, ва металл) ишлатилиши тақиқланади.

4. Қонни етказиб бериш махсус транспорт ёрдамида, махсус тайёрланган, махсус кийимдаги (халат, рўмолча ва оёқ кийимдаги) тиббиёт ходимлари ёрдамида амалга оширилади.

! Материални ҳайдовчи ёки бошқа тиббиёт ходими бўлмаган киши орқали етказиб бериш тақиқланади!

! Материални жамоат транспортида етказиб бериш қатъиян тақиқланади.

5. Намуналар солинган центрофуга пробиркалари штативларга жойлаштирилади. Ҳар бир пробиркага қалам ёрдамида тартиб рақами қўйиб чиқилади. Пробиркалар сони, уларнинг рўйхати йўлланмаларга мос келиши лозим. Пробиркалар герметиклиги – зич ёпилганлигини таъминлаш учун, уларни бекитишда пахта ва бинтдан фойдаланмаслик тавсия этилади. Шунингдек, уларни ётқизиш ёки тескари томонга ағдариш тақиқланади. Намуналар муз солинган сумкаларда, биксда, металл контейнерда, белгиланган ҳароратни сақлаган ҳолда, етказиб берилади.

! Пробиркаларни улардаги йўлланмалар билан ёпиб қўйиш мумкин эмас.

6. Йўланмалар 2 нусхада тасдиқланган шаклда (ф-506/у) тўлдирилади. Йўланмалар алоҳида пакетга жойланиб, кейин намуналар жойлаштирилган биксга жойланади.

Йўланмаларнинг иммунофермент ва/ёки иммуноблот таҳлил натижалари қўйилган иккинчи нусхаларини даволаш-профилактика муассасалари 5 кун ичида олиб кетишлари шарт.

Иммунофермент таҳлилга бирламчи-серопозитив зардобни назорат текширувга етказиб бераётганда йўланма (ф-509/у) 2 нусхада тақдим этилади. Йўланмага паспорт маълумотлари, текшириш вақти, диагностикаумнинг серияси ва типи, олиб борилган текшириш натижалари киритилади. Шунингдек, йўланмага “бирламчи”, “қайта” ва “диспансер назоратида” белгилари ҳам киритилиши лозим. Бир марта ишлатиладиган, герметик бекитиладиган пробиркага тартиб рақамидан ташқари, текширилувчининг фамилиясини ҳам ёзиб қўйиш лозим.

7. Лабораторияга келиб тушган намуналар рўйхатдан ўтказилиб, рақамланиши ва уларга ишлаш учун ишчи рақами берилиши лозим. Келиб тушган зардоблар текшириш ишлари якунига етунига қадар ва якуний хулоса чиқарилгунига қадар, сақланиши керак.

Келиб тушган зардоблар гемолизга учрамаган, бактериялар ўсмаган, хилёз бўлмаган ҳолда бўлиши лозим. Юқорида кўрсатилган камчиликлар мавжуд бўлган ҳолларда зардоб яроқсиз, деб топилади ва махсус журналга киритилади (ф-250 /у).

ОИВ- инфекцияси бўйича текширувлар натижалари ҳақидаги сертификатни бериш қоидалари

Хорижга чиқаётган Ўзбекистон Республикаси фуқароларига, чет эллик фуқароларга ва фуқаролиги бўлмаган шахсларга, ОИВ-инфекцияси бўйича текширувлар натижалари ҳақидаги сертификатлар берилади. Қоннинг ОИВ-инфекцияси бўйича текширилганлиги ҳақидаги сертификатни бериш ҳуқуқига фақат Ўзбекистон Республикасининг ОИТСга қарши кураш Республика маркази, Қорақалпағистон Республикаси ОИТСга қарши кураш маркази, ОИТСга қарши кураш вилоят марказлари ҳамда Тошкент шаҳар ОИТСга қарши кураш маркази бериши мумкин.

ОИВ билан касалланган оналардан туғилган болаларда табиқисни аниқлашнинг ўзига хос жиҳатлари

Ҳомиладорлик пайтида ОИВ-инфекциясига учраган аёллардаги (IgG) зиддижисмлар йўлдош (плацента) орқали болага ўтади. Барча болаларда, биринчи 9-18 ойлик даврда, инфекция организмга ўтган ёки ўтмаганлигидан қатъи назар ОИВга қарши зиддижисмлар аниқланади. Инфекция организмга тушмаган кўпчилик болаларда 18 ойлик даврга қадар зиддижисмлар йўқолиб кетади. Инфекция организмга тушган болаларда эса, ОИВга қарши зиддижисмлар 18 ойлик даврдан кейин ҳам сақланиб қолади.

ОИВ юқтирган оналардан туғилган болаларда ОИВга нисбатан зиддижисмларнинг ўрганилиши

ОИВ зиддижисмлари иммунофермент ва иммуноблот усуллари билан аниқланади. 9-18 ойли болаларда 2 марта, 18 ойликдан катта болаларда эса, бир марта ўтказилган иммунофермент таҳлил натижаси салбий бўлса, болада ОИВ - инфекция йўқ деб топилади.

Баъзи ҳолларда кучли иммунтанқислик шароитида (гипогамаглобулинемия), серологик тестлар етарли даражада сезгир бўла олмаслиги ва салбий натижа бериши мумкин.

Сунъий озиклантириладиган 18 ойга тўлмаган болаларда вирус ДНКсини аниқлаш бўйича ПЗР тест икки марта ижобий натижа берса, ОИВ вируси юқтирилган, деб ҳисобланади.

Вирус ДНКсини аниқлаш бўйича ПЗР тестни биринчи марта бола биринчи ойдан иккинчи ойгача бўлган даврда ўтказиш лозим.

! Вирус ДНКсини аниқлаш бўйича, ПЗР тестнинг туғилгандан кейин 48 соат ичида ижобий натижа бериши боланинг, она қорнида ОИВ-инфекциясини юқтирганлигини билдиради.

! Агар биринчи 48 соат ичида, вирус ДНКсини аниқлаш бўйича, ПЗР тест салбий натижа бериб кейин ижобий натижа берса, бола туғилиш пайтида ОИВ юқтирганини билдиради. (Киндик қони ишлатилмайди!)

Табиий озикланадиган болаларда ОИВ ДНКсини аниқлаш бўйича ПЗР тест бола туғилгандан сўнг 6 ҳафта ва ундан ортиқ муддат ўтгандан сўнг ўтказилади. ***Ижобий натижа*** олинганда, бола ОИВ юқтирган ҳисобланади ва даволаш учун даволаш

муассасасига юборилади. *Салбий натижа* олинганда, эмизиш тўхтатилгандан кейин, 6 ҳафтадан кам бўлмаган муддатдан сўнг тест такрорланади. Салбий натижа олинганда, бола ОИВ вирусини юқтирмаган, деб ҳисобланади.

ОИВ юқтирмаган оналардан тузилган болаларда ОИВ зиддижисмларини аниқлаш

Усуллар: иммунофермент таҳлил ва иммуноблот.

Иммунофермент таҳлил ва иммуноблот таҳлилини ўтказиш учун зарур бўлган биологик материаллар: қон, қон зардоби.

Болалар ҳам катталар каби текширишдан ўтказилади. Бироқ, иммунофермент таҳлил биринчи марта ижобий натижа берганда, қўшимча равишда онасининг ҳам қон намунаси текширилади. Онасида таҳлил ижобий натижа берса, у катталарни текшириш алгоритмига асосан текширувдан ўтказилади.

Онасида ОИВ-инфекция тасдиқланганда, бола ОИВ-инфекциянинг вертикал юқиш йўлида кўзда тутилган тестлардан ўтказилади.

Онасида ОИВ-инфекция аниқланмаган тақдирда, бола катталарни текшириш алгоритмига асосан тестдан ўтказилади.

Қўшимча: болалар иммун тизимининг ўзига хослиги сабабли, ОИВ зиддижисмларининг пайдо бўлиши тўлиқ бўлмаслиги мумкин, шу сабабли иммунофермент таҳлил натижаси ижобий, иммуно-Блот натижаси салбий ёки ноаниқ бўлганда, вирус ДНКсини аниқлаш бўйича ПЗР тест қўлланилади.

§9 Антиретровирус терапияси (АРВТ)

ОИВ-инфекциянинг асосий даволаш усули бу антиретровирус терапиядир. Кашф этилган антиретровирус препаратлари туфайли, ОИВ/ОИТС билан оғриган беморларнинг турмуш даражасини ошириш ва ОИВ-инфекцияси туфайли ўлим ҳолатларини камайтиришга эришилди.

Аввалги пайтларда АРВТ фақатгина зидовудин орқалигина амалга ошириларди. Бунда, ОИТС клиник жиҳатдан намоён бўлгандан кейинги яшаш даври ўртача ҳисобда фақат 2 йилга (даволанмаган ҳолатда бу муддат 6 ой) узайтириларди, бугунги кунда эса, яшаш муддати 10-15 йилга узайтирилган.

Бугунги кунга келиб, махсус антиретровирус воситаларининг кўплаб турлари ишлаб чиқилган бўлиб, таъсир қилиш механизмига (ОИВ ферментларини ингибирлашига қараб) кўра, уларни 2 гуруҳга ажратиш мумкин: **тескари транскриптаза ингибиторлари (ТТИ) ва протеаза ингибиторлари (ПИ).**

Тескари транскриптаза ингибиторларига нуклеозид препаратлар (ТТИНП) ва нонуклеозид препаратлар (ТТИННП).

Нуклеозид препаратлар (ТТИНП) вируснинг нуклеотидли занжирига стандарт нуклеозидлар ўрнига сафланади. Бунинг натижасида, вирус таркибининг ўзгариши юз бериб ДНК занжирининг ҳосил бўлиши тўхтади. Нуклеозид препаратларга қуйидагилар киради: зидовудин, азидотимидин - 600 мг/ сут, фосфазид-600-800 мг/сут, ставудин-60-80 мг/сут; аденинни ҳосил қилувчи – диданозин-250-400 мг/сут; цитидинни ҳосил қилувчи-зальцитабин-2,25 мг/сут, ламивудин-300 мг/сут; гуанинни ҳосил қилувчи – абакавир-600 мг/сут.

Нонуклеозид препаратлар (ТТИННП) тўғридан-тўғри тескари транскриптаза билан боғланади ва бевосита уни қуршаб олади. Нонуклеозид препаратларга қуйидагилар киради: неврапин - 400мг/сут, ифавиренц - 600 мг/сут, делаавирдин - 1200 мг/сут.

Протеазанинг ингибиторларига қуйидагилар киради: саквинавир-1800 мг/сут, индинавир - 2400 мг/сут, нельфинавир - 2250 мг/сут.

ОИВ юқтирган беморларни даволашнинг асосий тамойиллари

1. Ижтимоий-руҳий жиҳатдан қўллаб-қувватлаш;
 2. Касалликнинг эрта босқичларида ташхис қуйиш ва йўлдош касалликларни даволаш;
 3. Антиретровирусга терапия чизма схемаларини танлаш;
 4. Беморнинг даволанишга мойиллиги;
 5. Ўз вақтида АРТни бошлаш;
- АРВТни бошлаш учун тавсия этиладиган кўрсаткичлар (3-жадвал);

Клиник босқичи (БССТ) ^a	Лимфоцитлар сони CD4	Тавсиялар
1	<200/мкл	Даволаш
	200–350/мкл	Даволаш имкониятини қараб чиқиш ^a
2	<200/мкл	Даволаш
	200–350/мкл	Даволаш имкониятини қараб чиқиш
3	200–350/мкл	Даволаш
4	CD4 сонига қаятиназар	Даволаш
^a Лимфоцитлар сони 350/мкл га яқинни ташкил этганда, бемор билан унда АРТни бошлаш ва муолажани бошлашга тайёргарлик масаласини жиддий муҳокама қилиш лозим.		

Даволашчи шифокорнинг истагига кўра кўшимча тадқиқотлар ўтказилиши мумкин.

АРВ терапиянинг самарадорлигини баҳолаш қуйидаги мезонлардан келиб чиқиб амалга оширилади: бемор умумий клиник ҳолатининг яхшиланиши, қондаги вирус концентрациясининг сезиларли даражада пасайиши, қондаги CD4-лимфоцитлар миқдорининг (тахминан 30%га) ошиши. Ушбу тадқиқотларни АРВ терапия бошлангандан кейин 1 ой ўтгач, кейинчалик эса, ҳар 3–6 ой давомида изчил равишда ёки зарур ҳолларда ўтказиш тавсия этилади.

ОИВ-инфекциясининг кечишини назорат қилиш учун, қўлланиладиган текшириш усуллари

ОИВ юқтирганларнинг назоратини олиб бориш, уларнинг клиник ҳолати ва инфекциянинг ривожланиб бориш ҳавфига умумий баҳо беришни кўзда тутати. Иммун тизимнинг ҳолати CD4-Т-лимфоцитлар сони билан белгиланади.

CD4-Т-лимфоцитлар миқдорини аниқлаш. Фоиз ҳисобидаги миқдори оқар цитофлюорометрия усулида аниқланади. Абсолют сони – лимфоцитларнинг умумий сони ва лейкоцитар формулани аниқлаш асосида саналади.

Вирус юкламаси. Вирус юкламаси кўрсаткичи фақат 1 мл қон плазмасидаги вирус РНКсининг эркин нусхалари сонини акс эттиради ва вирус репликацияси кузатиладиган лимфоид тўқима ва бошқа хужайраларнинг тўлиқ ҳолати, ОИВ-инфекциясининг патогенези ва ОИВ репликацияси даражаси бу кўрсаткич билан бевосита боғлиқ бўлади.

ОИВ-инфекциянинг профилактикаси

1- § Профилактика ишларининг йўналиши

ОИВ/ОИТСга қарши курашда профилактика энг муҳим йўналиш ҳисобланади. ОИВ юқишининг олдини олиш, яъни юқишнинг *бирламчи профилактикаси* жуда долзарб ва муҳимдир. ОИВ- инфекциясининг асосий профилактика йўллари:

- ОИВ юқишини камайтириш ёки йўқотиш учун инсонларнинг ҳулқиға таъсир қилиш;

- ОИВға қарши махсус вакциналар ишлаб чиқиш ва қўллаш.

Иккиламчи профилактика ОИВ юқтирганларни аниқлаш ва ҳаёт тарзини ўзгартириш мақсадида уларға маслаҳат беришға қаратилган. Иккиламчи профилактикаға ОИВ-инфекцияси аниқланганда тестдан кейин маслаҳат бериш, онадан болага ОИВ юқишининг олдини олиш тизими, оилани режалаштириш масалалари бўйича маслаҳат беришлар мисол бўлади.

Учламчи профилактика - ОИВ юқтирганларда ОИТС ривожланишининг олдини олиш, уларнинг ҳаёт тарзини ўзгартириш, саломатлиғиға мадад бўлиш, ижтимоий муҳофаза қилишға қаратилган. Учламчи профилактикаға оппортунистик инфекцияларнинг номахсус ва махсус профилактикаси, овқатланиш масалалари бўйича маслаҳат бериш, ОИВ-инфекциясида кузатиш олиб бориш ва даволаш мисол бўлади.

Кўпчилик беморларда гемоконтакт йўл билан юқадиган инфекциялар касаллик белгиларисиз ва беморнинг ташқи кўринишиға қараб аниқлаш имкони бўлмаганлиғи учун, барча беморларға профилактик чора тадбирларнинг асосий тамойил-лариға риоя қилган ҳолда мулоқатда бўлиш лозим. Стандарт профилактика чора тадбирлари қон ва организмнинг биологик субстратлари, организм бошқа суюқ муҳитлари, зарарланган тери ва шиллик пардалари билан алоқада бўлганда риоя этиш лозим. Яъни, стандарт профилактик чора тадбирларнинг қўлланилиши даволаш ва профилактика муассасалари ички нозокоминал инфекциялар олдини олишнинг асосий стратегияси бўлади.

Вирусли гепатитлар ва ОИВ-инфекциясини юқтириш ҳавфлари турлича (4-жадвал).

4-жадвал. Бемор қони билан ифлосланган ўткир тигли асбоблардан теринининг жароҳатланиши оқибатитда юзага келадиган ҳавф

Юқиш манбаи	Юқиш ҳавфи
В вирусли гепатит билан оғриган бемор – HBsAg(+), В гепатитга қарши вакцина килинмаган:	
HBeAg(+)	37 – 62%
HBeAg(-)	23 – 37%
С вирусли гепатит билан оғриган бемор	1,8%
ОИВ-инфекцияси билан оғриган бемор	0,3%

2-§ Эҳтиёт чора тадбирлар тузилишининг асосий тамойиллари

- 1. Ҳар бир кишига** (беморга ёки тиббий ходимга) ОИВ ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа инфекциялар билан зарарланган деб қаралиши лозим;
- 2. Қўлларни тозалаб ювиш** – шифохона ички инфекцияларини бир-бирига юқтиришнинг олдини олишда ўта муҳимдир;
- 3. Қўлқопларни кийинг** (иккала қўлга ҳам) – теридаги жароҳатларга, шиллиқ пардаларга, қон ёки организмнинг бошқа биологик суюқликлари, ёхуд ишлатилган асбоблар билан муолажа ўтказиш чоғида, ўтказгандан сўнг;
- Организм ҳар қандай суюқ муҳитининг тўкилиш ёки сачраб кетиш эҳтимоли бўлганда, **жисмоний ҳимоя воситалари (кўзойнак, ниқоб, фартук) дан фойдаланиш зарур;**
- Беморларнинг терисини ёки шиллиқ пардаларини даволаш чоғида ҳамда тиббий ходимларнинг тиббий муолажаларни бошлашларидан олдин ва ушбу муолажалардан кейин, шунингдек, деконтаминация (тозаланиш) жараёнларида - **Антисептиклардан фойдаланинг;**
- Тиббий муолажаларини **бажариш чоғида ҳавфсиз услублардан фойдаланиш.** Тиббий ўткир асбобларни эҳтиёткорлик билан узатиш, шприцларнинг ёки игналарнинг қалпоқчаларини ўта эҳтиёткорлик билан кийдириш, игналарни бузмаслик;
- Тиббий чиқиндаларни** эҳтиёткорлик билан махсус жойга **қўйиб зарарсизлантириш лозим,** бу иш билан шуғулланувчи

ходим ёки маҳаллий аҳоли ўртасида юкумли касалликларнинг тарқалишининг олди олинади.

3- § Қўл гигиенаси

Қўлларни ювиш – бу жараён қўл терисидаги ёт нарсалар ва кирни совун ва сув ёрдамида механик тозалашдир.

Қуйидаги ишларни амалга оширишдан олдин қўлларни ювиш керак:

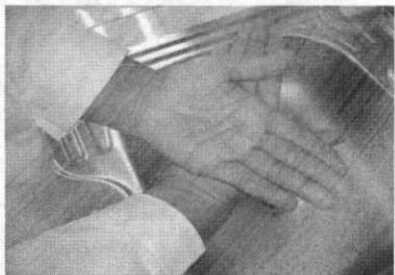
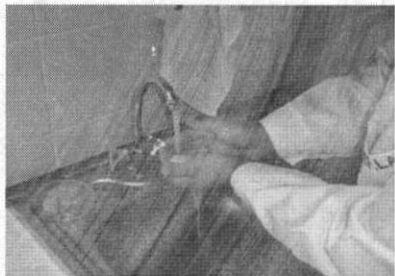
- беморни тиббий текширувдан ўтказиш (тўғридан – тўғри контакт)дан олдин;
- қўлқопларни кийишдан олдин;

Қуйидаги ишларни амалга оширгандан кейин қўлларни ювиш керак:

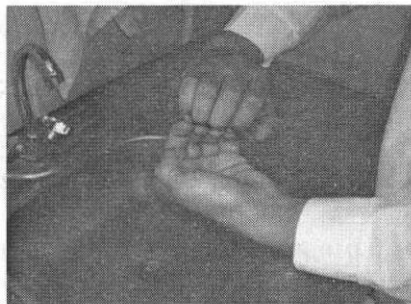
- Барча тиббий муолажалар чоғида, шу жумладан контаминация (ифлосланиш) ;

Тиббиёт ходимлари учун қўлларни тўғри ювишнинг алгоритми (тартиби)

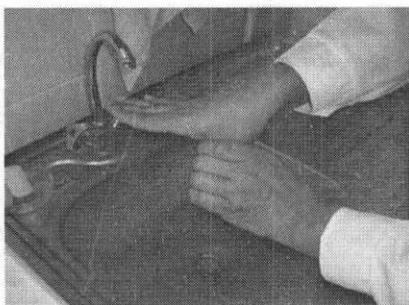
1. Қўлни кран суви остида, суюқ совун билан ювиш керак, бунда қўл панжалари кафт ва орқа томонлари билан яхшилаб ювилиши зарур;



2. Бармоқлар ораси ва тирноқ остлари ҳар бир қўлни ки навбат билан - 10-15 сония давомида, тозалаб ювилиши керак;



3. Қўлнинг бош бармоғи иккинчи қўл ёрдамида, айланма ҳаракатлар билан ювилади. Битта қўл бармоқларининг айланма ҳаракатлари билан иккинчи қўлнинг кафт юзаси ювилади.



4. Қўлларни тоза сув билан чайиб ташланг;

5. Қўлларни ювгандан кейин бир марта фойдаланиладиган юмшоқ қоғоз сочиқлар билан қуритилиши мақсадга мувофиқ ва шу сочиқлар билан кран жўмрағи қотириб қўйилади.

! Қўлларни ювиш учун хўжалик совунидан ҳам (2 мартаба совунлаш, суюқ совунни эса - 4 қисмга ажратиб ювиш), суюқ совундан ҳам фойдаланиш мумкин.

! Бўшаган суюқ совун идишига қайтадан суюқ совун қўймаг, чунки бу микробларнинг қайтадан тарқалишига олиб келади.

! Агар, кран суви бўлмаса, қўлларингизни совунлаш пайтида сув оқимини бошқариш мумкин бўлиши учун кранли баклардан ёки сув солинган челақ ҳамда кўзадан фойдаланинг.

Кўл антисептикаси

Кўллар ювиб қурилгандан кейин, кирлар ва транзитор микрофлорага антисептик эритмалар билан ишлов берилади. Ишлов бериш техникаси, кўл ювиш техникаси билан бир хил:

1. Дастлаб керакли антисептик эритма кўл кафтига қуйилади (1 чой қошиқ);
2. Сўнгра кўллар бир-бирига тезкорлик билан, бармоқлар орасига ва тирноқлар остига кўллар қуригунга қадар ишқаланади (15-30 сония).

! Кўлларни совун эритмалари билан тез-тез ювиш натижасида, келиб чиқадиган контакт дерматитнинг олдини олиш учун, кўл териси намлигини сақлайдиган кремлар ва лосьонлар билан парвариш қилиш лозим. Зеро, кўл терисини парвариш қилувчи воситалар, глицерин ва сорбит антисептик ёки антисептиксиз юқумли касалликларнинг бир кишидан иккинчи кишига ўтишини қамайтиради, чунки ушбу воситалардан фойдаланганда, бактериялар 4 соатгача тарқалиш фаоллигини йўқотади.

4-§ Индивидуал ҳимоя воситалари

Даволаш муассасаларининг тиббиёт ходимлари шахсий ҳимоя воситаситалари тўплами билан таъминланган бўлишлари керак. Улар шахсий жавонларда сақланиши лозим. Индивидуал ҳимоя воситаларига кўлқоп, ниқоблар, кўз учун ҳимоя воситалар, бахилалар, тиббий қалпоқчалар, халат ва фартук киради. Шунингдек, тиббиёт ходимлари ихтиёрида турли ифлосланишлар ҳолати юз бериши мумкин бўлган фавқулодда вазиятларда алмаштириш учун, махсус кийимлар тўплами ҳам бўлиши лозим. Уларнинг устки кийимлари тиббий ходимлар учун ажратилган махсус кийимхона (гардероб)да сақланиши керак. Муолажа хонасининг ҳар бир бўлинмаларида муолажа системалари, шприцларни зарур воситалар билан тўлғазиш фақат беморларнинг кўз ўнгида амалга оширилиши тўғрисидаги эслатмалар осилган бўлиши лозим.

I. Тиббий кўлқопларнинг ишлатилиши

Кўлқоплар тиббий ходим кўлларини контаминация (ифлосланган) бўлган материалдан ҳимоя қилади ва мижозга тиббий ходим кўл

терисида бўлиши мумкин бўлган микроорганизмлар ўтишининг олдини олади.

Қўлқоплар ҳар қандай беморнинг шиллиқ пардалари ва зарарланган териси, шу жумладан ҳар қандай тиббий манипуляциялар ўтказишдан олдин (мисол учун: қон, организм биологик муҳитлари билан, секрет ва экскримент билан алоқада бўлганда) ва ифлосланган юзалар ёки мосламалар билан ишлаганда кийилади. Агар игна санчилиши қўлқоплар кийилган ҳолда юз берса, унда игнанинг ташқи юзасидаги қон қисман қолади, ичкарига тушадиган қон миқдори бу ҳолатда 46-86% гача камаяди.

Даволаш профилактик муассасаларида (ДПМ) қўлқопларнинг уч хили ишлатилади: жарроҳлик, кўрик учун ва хўжаллик қўлқоплари.

Жарроҳлик қўлқоплари: латексли каучукдан тайёрланади, табиий пластик, сезгирлиги ва резинанинг пишиклиги учун қўлга таранг тортилиб туради. Кўрув қўлқоплари уч хил бўлади:

-винил кўрув қўлқоплари энг арзон. Бу қўлқоплар енгил ва қисқа муддатли, тиббий муолажалар ва инфекция тушиш ҳавфи кам бўлган муолажалар учун мўлжалланган. Улар эркин (халтасимон), эластиклиги кам ва тез йиртилади.

-тиббий каучукли латекс кўрув қўлқоплари энг яхши ва катта ҳажмдаги ҳимояланишни таъминлайди. Бу қўлқоплар жарроҳлик муолажаларида ва ўтиш ҳавфи юқори ва ўрта даража манипуляцияларда, қон билан контактда бўлганда, организмнинг инфекцияли биологик суюқликлари билан ишлаганда кийилади. Лекин, бу қўлқоплардан чуқур дезинфекция жараёнларида бир соатдан ортиқ фойдаланмаслик керак, чунки глутаральдегид ва шунга ўхшаган дезинфектантлар қўлқоплардаги латекс моддасининг емирилишига олиб келади, бу қўлқоплар самарадорлигини пасайтиради.

-нитрил кўрув қўлқоплари – латексга аллергия реакцияси бўлган тиббий ходимлар фойдаланиши учун маъқул келади. Бу қўлқоплар инфекция тушиш ҳавфи юқори ва ўрта даражали тиббий манипуляцияларни бажаришга мўлжалланган. Нитрил ва латексли қўлқопларнинг аксарият хусусиятлари ўхшашдир, лекин нитрил қўлқоплар мойли препаратга чидамлироқ.

Хўжалик қўлқоплари - булар қалин резинадан тайёрланган қўлқоплар бўлиб, улардан ифлосланган асбоблар ва бошқа буюмларни, чиқитларни, бемор ётган кўрпа-тўшакларни қўлга

олганда, шунингдек, зарарланган жойларга ишлов бериш чоғида фойдаланилади. Ушбу қўлқоплар яхшилаб ювилгач ва дезинфекция қилингач, улардан бир неча бор фойдаланиш мумкин.

Қўлқоплардан фойдаланиш усуллари алгоритми (тартиби)

1. Қўлқопларни кийишдан олдин қўлдаги узук ва бошқа безаклар ечиб олинади. Тиббиёт ходимларининг бармоқларидаги тирноқлар узун бўлиши мумкин эмас.

2. Қадокланган стерил қўлқопларни чиқариб олинг. Қўлқопларни ҳар сафар кийишдан олдин уларнинг бутунлигини текшириш зарур. Бунинг учун улар ҳаво билан тўлдирилади ва ҳавонинг сирқиб чиқмаслиги текширилади.

3. Қўлқопларни шундай кийиш керак-ки, бунда халат енглари қўлқоплар ичига қолиши зарур. Халат енгларининг чиқиб туриши мумкин эмас.



4. Қўлқопларни кийганда улар қўлларга маҳкам ёпишиб туриши зарур, қўлқопларни навбат билан ҳар бир қўлларни бармоқлар орасига босган ҳолда тўғрилаш зарур. Қўлқопни пастидан тортиш мумкин эмас, чунки у йиртилиб кетиши мумкин.



5. Қўлқопларни қўлга тўғри кийгандан кейингина муолажаларни бажаришга киришиш мумкин.



6. Муолажани тугатгандан кейин қўлқоп ички томони ташқари қилиниб, иккинчи қўлқопнинг ички юзасига қўл бармоқларини теккизмасдан ечилади.

Қўлқопнинг етарли даражада зарарсизлантирилмаган бўлиши ва тиббиёт ходимига унинг ташқи юзасидан қон ва организмнинг бошқа биологик суюқликлари сачраш эҳтимоли мавжудлигини эътиборга олган ҳолда, қўлқопни шовмасдан аста-секин ечиш зарур. Қўлқопларни ечганингиздан сўнг, уларни дастлабки ҳолатга келтирмаган ҳолда, яъни тескари ағдармай туриб, 0,5 %ли хлорли дезинфектантга ёки унинг аналогига бўлган бошқа бир препаратга солиб 10 дақиқага қолдиринг.

! Ишлатилган қўлқоплар албатта йўқ қилиниши зарур.

Сўнгра, ушбу иш жойининг ўзида ишлатилган қўлқопларни янгилари билан алмаштирган ҳолда бошқа муолажаларга киришиш мумкин. Агар муолажалар ишлаб чиқариш эҳтиёжи бўйича ёки бошқа зарурий сабабларга кўра номаълум муддатгача тўхтатилган бўлса ҳам иш столлари дезинфекция қилинади ва қўлқоплар ва қўллар зарарсизлантирилиши зарур.

7. Қўлқопларни ечгандан кейин, қўл яхшилаб кран суви остида совунлаб ювилади.

!Тиббий ходимлар қўлқоплар билан етарлича таъминланмаган вақтларда, ишлатилган жарроҳлик, нитрил ёки латекс каучукли қўлқопларни ишлатиш мумкин, бунда қўйидагиларни амалга ошириш шарт:

- 1. Аввал, 0,5% хлорли эритмада 10 дақиқа давомида зарарсизлантирилган бўлиши лозим;***
- 2. Сўнгра, ювиб, чайилади;***
- 3. Кейин, автоклавда ёки юқори босимли буғли дезинфекцияловчи воситалар билан стерилланади.***

II. Ниқоблардан фойдаланиш:

Ниқоблар етарли даражада катталиқда бўлиб бурун, юзнинг пастки қисми ва жағларни беркитиб туриши лозим. Улар тиббий ходимлардан тушиши мумкин бўлган ёт жинсларни гапирганда, йўталганда, акса урганда беморга тушишининг олдини олади, тутиб қолади ҳамда тиббий ходимларнинг бурун ва оғзига тўсатдан қон ёки контаминация бўлган биологик суюқликларнинг сачраб кетишидан ҳимоя қилади.

Читдан ёки қоғоздан тайёрланаган ниқоблар жуда қулайдир, лекин улар намлик ўтказувчан. Синтетик матодан қилинган ниқоблар эса йўталганда, акса урганда, йирик томчи заррачаларни тиббий ходимдан беморга ўтишидан ҳимоя қилади.

! Оғиз ва бурунни ёпадиган ниқоблар ҳар тўрт соатда алмаштирилиши зарур.

III. Респираторлардан фойдаланиш

Респиратор – бу ўзига хос кўринишдаги ниқоб бўлиб, у асосан нафас олинаётган ҳавони намлаб ҳамда филтрлаб бериш каби лозим бўлган шароитлар учун қўлланилади. У кўп қаватли филтр бўлиб, тиббий ходимнинг юзига зич тегиб туради. Шунинг учун, респиратор билан нафас олиш қийинроқ.

IV. Кўзларни ҳимоя қилиш воситаларидан фойдаланиш

Бундай вақтларда ялтироқ пластик кўзойнақлар, махсус кўз ниқоблари, махсус юз совутлари кийилади. Уларнинг барчаси, агар беморнинг қони ёки организмнинг бошқа бирор биологик суюқлиги сачраб кетганда, тиббиёт ходимларини улардан ҳимоя қилади. Шунингдек, улар фойдаланувчининг кўзларини ҳам беркитиб туради.

V. Оёқ кийимлардан фойдаланиш

Оёқ кийимлар оёқларга ўткир асбоблар, оғир нарсалар тушиб кетиб жароҳатлашидан асраш учун кийилади. Резина ёки чарм оёқ-кийимлар оёқлар учун муҳим ҳимоя воситаси бўлиб, уларга қон ёки биологик суюқлар сачраб кетмаган бўлиши лозим. Ихчам оёқ-кийимлар бўлганда, бахилаларга ҳожат йўқ, жарроҳлик амалиёти ўтказиладиган хоналар бундан мустасно.

!Юқумли касалликлар шифохонасида хизматчи ходимларга ва беморларга матолардан тикилган пойабзал кийишга рухсат этилмайди.

Ҳ. Тиббий қалпоқлардан фойдаланиш

Тиббий қалпоқлар сочни ва бош терисини ҳимоя қилиш учун кийилади. Тиббий қалпоқлар беҳосдан бошга қон ва биологик суюқликларнинг тушишидан асрайди ва сочларга микро-организмлар тушишининг олдини олади.

! Қалпоқлар, (дуррачалар) ҳафтасига камида 2 марта, ифлосланган ҳолларда эса, ўша заҳотиёқ алмаштирилиши лозим.

Ҳ. Фартуқлардан фойдаланиш

Фартуқлар тиббий ходимнинг кийимлари ва терисига қон ва контаминация бўлган суюқликларнинг тушишидан, сачрашидан сақлайди. Резина ёки пластик материалдан қилинган фартуқлар сув ўтказмайдиган тўсиқ бўлиб, тиббий ходим танасининг олд қисмини ҳимоя қилади.

Ҳ. Халатлардан фойдаланиш

Халатларни кийим устидан ёки шундай кийиш мумкин. Улар бемордан микроорганизмлар, қон ва биологик суюқликлар тиббий ходимга ўтишидан сақлайди. Шунингдек, тиббий ходимдаги микроорганизмларнинг беморга ҳам ўтишига йўл қўймайди. Халатлар намлик ўтказмайдиган синтетик матодан тикилган бўлиши керак. Биз яхши кўрадиган пахтали матодан қилинган халатлар етарли даражада ҳимоя воситаси бўлолмайди.

! Халатлар ҳафтасига камида 2 марта, ифлосланган ҳолларда эса, ўша заҳотиёқ алмаштирилиши лозим.

! Бир гуруҳ беморларнинг ёнидан иккинчи гуруҳ беморлар ёнига ўтиш чоғида, тиббиёт ходимлари эгиларидаги халатларини, қалпоқларини (дуррачаларини), ниқобларини алмаштиришлари керак.

! Юқумли ичак касалликлари палатасидан чиқиш жойида, дезинфекцияловчи эритма билан ҳўлланган гиламча бўлиши шарт.

5-§ Деконтаминация

ДПМда бу юкумли касалликларнинг олдини олиш учун қўйидаги чора-тадбирларни кўриш зарур:

- тиббий буюмларни такроран ишлатиш учун –деконтаминация → тозалаб ювиш ва чайиш → стериллаш → ваёки чуқур дезинфекциялаш;

- бир марта ишлатиладиган тиббий буюмлар учун: деконтаминация → тозалаб ювиш → утилизация қилиш.

Деконтаминация (зарарсизлантириш) ва ювиш – бу иккала усулдаги профилактика тиббий ходимлар учун, қон орқали юқадиган юкумли касалликларнинг олдини олишда юқори самарали ҳисобланади.

Деконтаминация – бу барча тиббий асбоб-ускуналарни, қўлқопларни, кўрпа-тўшакларни ҳамда хоналарни махсус воситалар ёрдамида тозалаш ва зарарсизлантиришдир. Фойдаланилган асбоб-ускуналар уларни дезинфекция қилувчи суюқликка солиб қўйиш ёрдамида зарарсизлантирилади. Асосан улар 0,5 %ли хлорли суюқликка 10 дақиқага ёки, агар, бу асбоблар йиринг ёки қон билан жуда ифлосланган бўлса, уларни 3,6%ли водород пероксидига 30-60 дақиқага, агар асбоблар сил касаллигига чалинган беморларга ишлатилган бўлса, уларни 3 соатга водород пероксидига солиб қўйиш лозим. Асбоб-ускуналар деконтаминация қилинган, уларга кейинги ишлов бериш ҳавфсиз бўлади.

! Агар, муолажа хоналари юзасига (палаталар ва ҳоказолар) қон ва унинг препаратлари ва бошқа биологик ажралмалар тўкиладиган бўлса, хонанинг ушбу қисмига 0,5%ли хлорли препарат (ёки унинг аналогли билан) 10 дақиқага қуйиб қўйилади (агар қон юқлари кўпроқ бўлса, бу жойга препарат сепилиб, 10 дақиқа сақланади), сўнгра махсус латта ёки пол латта билан артиб ташланади. Шундан сўнг, пол-латта дезинфектантда зарарсизлантирилади, ҳамда ювилади.

Жилдлар деконтаминацияси (зарарсизлантириш) 40°C ҳароратдан юқори бўлмаган сувда ўтказилади. Биологик субстратлар билан ифлосланган жилдлар совуқ сувда

(оксилларнинг димланиб қолмаслиги учун) дезинфектантлар билан зарарсизлантирилади.

№ 5 жадвал. Қон ва нажас ёки организмнинг бошқа суюқликлари билан ифлосланган кўрпа-тўшакларни деконтаминация қилиш (зарарсизлантириш)

Ишлатиладиган дезинфектантлар	Давомийлиги	Дезинфектант ишлатиш нормаси
0,5% хлорли препарат эритмаси	10 дақиқа	4 л/кг курук жилдларга
0,1% натрий (калий) тузи ДХЦКда эритмаси	60 дақиқа	4 л/кг курук жилдларга
3%- водород пероксид 0,5% юувчи воситадаги эритмаси	30 дақиқа	4 л/кг курук жилдларга

0,5%ли юувчи воситада ёки 2%ли совун-сода эритмасида қайнатиш 15 дақиқа давомида қайнаш вақтидан бошлаб жилдларни тўлиқ ботишга қадар (юувчи восита = 30,0 сода + 30,0 совун ёки 35,0 кир ювиш кукуни 1кг курук жилдларга). Чайиш махсус ваннада ёки кир ювиш машиналарида ўтказилади.

6-§ Ювиш

Ювиш – бу ифлосланган тиббий буюмлардаги микроорганизмларни камайтиришнинг энг афзал усулидир.

! Ифлосланган тиббий буюмлар олдиндан ювиб тозаланмаса, уларни стериллаш ва чуқур дезинфекция қилиш самарасиздир.

Ювиш учун совун ва ювиш воситаларидан фойдаланиш зарур, лекин совун бўлакчалардан кўра, суюқ совундан фойдаланган маъқул, чунки у сувда осон эрийди. Бундан ташқари, суюқ совун билан ёғларни, ёт жинсларни ва бошқа қон қолдиқларини ювиш осон. Совунлардан фойдаланиш юкорида қайд этилган қолдиқларни фақат сув билан ювгандан кўра ишончлироқ.

!Ифлосланган тиббий буюмларни ювиш вақтида хўжалик учун ишлатиладиган қўлқопларни кийинг.

!Кўзга, юзга ва танага ювиш вақтида томчилар сачраб кетмаслиги учун: кўз учун пластик ҳимоя кўзойнақларини, пластик ҳимоя совутларини, пластик ёки резинали фартукни кийиб олинг.

!Ифлосланган тиббий буюмларни юваётганда сув томчилари сачраб кетмаслиги учун, ювишни сув сатҳида бажаринг.

Асбоб-ускуналар ювилгач, уларни ювиш воситалари қолдиқларидан тозалаш учун яна бир неча бор тоза сувга чайиб олиш лозим. Чунки улар чуқур дезинфекция ёки стерилизация учун фойдаланиладиган дезинфекцияловчи суюқликлар таркибидаги моддалар билан ўзаро таъсирга киришиши мумкин.

7-§ Стериллашдан олдинги (зарарсизлантириш – ювиш) жараёнларини назорат қилиш

Буюмларнинг стериллашдан олдинги тозаланиш сифатини баҳолаш учун, организмнинг қони ва биологик субстратларининг қолдиғи мавжудлигини азопирам, амидопирин ҳамда НИРИ пробаларини ўтказиш (йўриқномага мувофиқ), шунингдек, ювиш воситалари қолдиқларининг мавжудлигини аниқлаш учун, фенолфталеин пробаларни қўйиш керак бўлади.

1. Азопирамли синама

1л (дм³)ли азопирамнинг дастлабки эритмасини тайёрлаш учун қуйидагилар тарозида тортилади: 100г амидопирин; 1,0-1,5 шўрхок-нордон анилин; уларни қуруқ мис идишда аралаштирилиб 96%ли этил спирти билан - 1л (дм³) ҳажмига етказилади. Аралашма ундаги моддалар мутлақо эриб кетгунга қадар обдон аралаштирилади.

Синамани қўйишдан олдин азопирам реактиви тайёрланади, бунда азопирамнинг дастлабки эритмаси ва 3%ли водород пероксида тенг миқдорда қўшилади.

Азопирам реактивини кўпи билан 2 соат сақлаш мумкин.

!Иссиқ асбобларни текшириб қўриш, шунингдек, азопирам эритмасини чарогон ёруғликда ва иситиш ускуналари ёнида сақлаш мумкин эмас.

Ижобий азопирамли синама жараёнида: қон доғлари мавжуд бўлса - зудлик билан ёки узоғи билан 1 дақиқа ичида дастлаб

эритманинг ранги бинафша рангга, кейин эса тезлик билан бир неча сония ичида қизғиш пушти, кўкиш ёки кўнғир тусга киради.

!Азопирам, гемоглабиндан ташқари, буюмлардаги ўсимликлардан қолган қолдиқ пероксидазлар миқдорини, ишқорловчилар (хлорамин, хлор оҳаги, оқловчи ювиш қуқуни, идишларни ювиш учун иилатиладиган хромли аралашма ва ҳоказоларни), шунингдек, зангни (темирнинг ишқорланган тузларини) ва кислоталарнинг мавжудлигини ҳам аниқлайди.

Ўрганилаётган буюмларда занг ва юқорида тилга олинган ишқорлар мавжуд бўлса, реактив кўнғир тусга киради, бошқа ҳолларда унинг ранги пушти – сиёҳранг тусда бўлади.

2. Амидопиринли синама

96%ли этил спиртида 5%ли амидопириннинг спиртли эритмаси тайёрланади. Ушбу эритма флаконда мустаҳкам қопқоқ билан беркитилиб, музлаткичда сақланиши керак. Эритманинг яроқлилиқ муддати – 1 ой. Синамани қўйишдан аввал реактивлар тайёрланади: амидопириннинг 5%ли спиртли эритмаси, 50%ли сирка кислотасининг эритмаси ва 3%ли водород пероксид аралаштирилади.

Ижобий амидопиринли синама жараёнида зудлик билан, яъни реактив қон билан алоқага киришганидан кейинги биринчи дақиқа ичида кўкимтир-сиёҳранг туснинг турли кўринишларда пайдо бўлиши буюмлардаги қон қолдиқларидан далолат беради.

3. Фенолфталеинли синама

Фенолфталеиннинг 1%ли спиртли эритмасини 96%ли этил спиртида тайёрланади;

Ушбу эритма флаконда мустаҳкам қопқоқ остида музлаткичда 1 ой давомида сақланади.

Ижобий фенолфталеинли синама жараёнида: реактивнинг пуштирангга кириши буюмлардаги ювиш воситаларидан қолган ишқорий компонентларнинг мавжудлигидан далолат беради.

Синамаларни қўйиш услуби

Бўшиқсиз идишлар. Текширилаётган буюмлар реактивлардан бири билан ҳўлланган дока сочик билан артилади ёки томизғич (пипетка) ёрдамида, буюмга 2-3 томчи реактив томизилади.

Шприцлар. Уларнинг ичига 3-4 томчи реактив томизилади ва шприцнинг ички қобиғини айниқса унинг шиша ва металл

бириккан жойларини реактив билан хўлаш мақсадида, бир неча бор поршенини ҳаракатлантирилади, чунки аксарият ҳолларда, шприцнинг айнаи шу ерида қон юқлари қолади; 1 дақиқа давомида реактивлар шприцда қолдирилади. Шундан сўнг, улар дока сочиққа суриб чиқарилади.

Игналар. Реактивлар ҳеч қандай емирилиш асоратлари бўлмаган, тоза шприцга олинади. Шундан сўнг, бир неча бор игналар алмаштирилиб, улар орқали реактивлар ўтказилади. Реактивлар 3-4 томчи миқдорида дока сочиққа суриб чиқарилади.

Катетерлар ва бошқа бўйлиқли идишлар. Реактивлар, бундай буюмларнинг ичига, шприц ёки томизгич ёрдамида киритилади. Реактивлар миқдори буюмнинг ҳажмига боғлиқдир. Реактивлар буюм ичида 1 дақиқага қолдирилади, шундан сўнг, дока сочиққа суриб чиқарилади.

! Қон ёки ювувчи воситаларнинг қолдиқларига ижобий синама жараёнида текшириладиган буюмларнинг бутун гуруҳини то салбий натижа олинмагунча такрорий тозалаш керак бўлади.

! Назорат натижалари № 366/ У / шаклидаги журналда қайд этилади.

8-§ Стериллаш

Стериллаш жараёни ҳамма микроорганизмлар, ҳамда бактериал эндоспораларни йўқотади.

! Инвазив муолажалар ўтказиш учун, ишлатиладиган тиббий асбоблар, жарроҳлик қўлқоплари ва бошқа тиббий буюмлар стерилланиши лозим.

Стериллашнинг бир неча усуллари фарқланади: *иссиқлик воситасида, кимёвий ва ультрабинафша нурлари ёрдамида.*

Иссиқлик ёрдамида стериллаш усули одатда 2 турга ажратилади:

- а) юқори босим остида иссиқлик билан стериллаш (автоклавирлаш);
- б) куруқ-иссиқ билан стериллаш.

Буг билан юкори босим остида стериллаш (автоклавирлаш)

Буг юкори стерилизатор бўлиб, икки томонлама кулайдир. Биринчидан, тўйинган буг иссиқлик энергиясининг ташувчиси ҳисобланади. Бунда иссиқлик энергиясининг тиббий буюмга узатилиши иссиқ курук ҳавога қараганда бир неча баробар ошади. Иккинчидан, микроорганизмларни ҳар қандай ташқи ҳимоя қобиғи буг таъсирида тез ва осон юмшайди ва бунда микроорганизмларнинг сезгир ички қисмлари коагуляцияга учрайди (худди тухум оқсиллини пиширишдаги каби). Тиббий буюмларни автоклавирлаш ўралган ҳолатда - 30 дақиқа давомида ўтказилади, ўралмаган ҳолатда - 20 дақиқа давомида, 121°C (250°F) ва босим 106 кПа (15 ф/д²) ўтказилади. Шундан сўнг, 20-30 дақиқа стерилизатор етарли даражада совушини кутиш керак. Сўнгра, бугни чиқариб, ўралган тиббий буюмларни - 30 дақиқа давомида қуришини кутиш керак, чунки қадокланган пакетлар вирусларни, бактерияларни, замбуруғларни ташқи муҳитдан ўзига тортиб олади. Чиқарилган асбоблар конденсация бўлмаслиги учун, уларни стерилланган қоғоз ёки мато устига қўйиш керак. Стериллангандан кейин, ўралмаган тиббий буюмларни тезда ишлатиш керак ёки ёпиқ стерил идишларда сақлаш лозим.

! Резина қўлқопларни стериллашдан олдин, уларнинг ичига ва сиртига, бир-бирларига ёпишиб қолмаслиги учун, тальк сепиб қўйилади. Қўлқопларнинг оралиғига дока ёки қоғоз қўйилади, ҳар бир қўлқопни алоҳида дока ёки қоғозга ўраб, шундан сўнг, ана шу ҳолатда, уларни стерилловчи қутига ёки бошқа идишга солинади.

! Бугнинг ноҳуш таъсирини камайтириш мақсадида, резинадан тайёрланган буюмларни 120-122°C ҳароратда стериллаш лозим.

Курук иссиқ билан стериллаш

Иссиқлик таъсирида стериллаш жараёни учун, зангламайдиган пўлатдан қилинган панжарали, иссиқлик изоляцияланган камерали конвекцион печлар тавсия қилинади, печларда иссиқ ҳаво айланади.

Микроорганизмларнинг оқсил пардалари, курук-иссиқ таъсирида, секин парчаланади. Стериллашнинг бу усули, автоклавирлашга қараганда кўп вақтни олади.

Куруқ-иссиқ билан стериллаш жарроҳлик асбобларини (игналар, скальпеллар, қайчилар) стериллашда қулайдир, чунки бунда мазкур асбобларнинг ўтмас бўлиб қолиш ҳавфи камаяди.

Куруқ-иссиқ билан стериллашда ҳарорат ва вақт нисбатлари қуйидагича:

170°C (340°F) – 60 дақиқа;

160°C (320°F) – 120 дақиқа;

150°C (300°F) – 150 дақиқа;

140°C (285°F) – 180 дақиқа;

121°C (250°F) – 12 соат.

Қадоқланган тиббий анжомлар совутилгандан кейин чиқарилиб, тахлаб сақлашга қўйилади. Қадоқланмаган тиббий анжомлар эса стерил пинцетлар ёки қисқичлар ёрдамида олиниб, тезда ишлатилади ёки қопқоғи зич ёпиладиган стерил идишларда сақланади.

! Стериллаш ниҳоятда самарадор бўлиши керак. Бунинг учун эса - Вақт, Алоқа, Ҳарорат лозим бўлади. Бунда стериллаш учун эса, яна юқори Босим ҳам зарур.

Кимёвий стериллаш

Бу усул тиббий асбоб-анжомлар буғли юқори босимда ёки куруқ иссиқ таъсирида емирилиши мумкин бўлган ҳолларда қўлланилади.

Кимёвий стериллаш учун, тарқалган кимёвий дезинфектантлардан глютаральдегид ва формальдегид ишлатилади.

Стериллаш буюмларни 2-4%ли глютаральдегид суюқлигида, камида 10 соат намлаш (ёки солиб қўйиш) ёки 8%ли формальдегидга, камида 24 соатга, солиб қўйиш орқали амалга оширилади.

! Глютеральдегид ва формальдегид фойдаланилганда қўлга қўлқоп кийиш керак, юз ниқоблари ва кўзойнақлар тақиш лозим, териға ва кўзға тушмаслиги учун, бу иккала кимёвий препарат билан ишлаш вақтини камаййтириш керак. Иш жараёнида яхши шамоллатиладиган хоналардан фойдаланиш керак.

! Формальдегидга хлор ёки хлораминли эритмалар аралаштирилмаслиги керак, чунки улар аралаштирилса заҳарли газ дихлорметил эфир ҳосил бўлади.

Ультрабинафша нурлар билан стериллаш

Ультрабинафша нурлар билан стериллаш ҳаво, томчи йўли билан ўтадиган инфекцияларни, ёпик биноларда яхши шамоллатилмайдиган хоналарни стериллашда самаралидир, лекин ультрабинафша нурларнинг чанг заррачаларига, шилимшикларга ва сувга таъсири бўлмайди. Ультрабинафша нурлар фақат бевосита тушган микроорганизмларни ўлдиради, улар игна тиркишидаги ва лапораскопдаги микроорганизмларга таъсир этмайди.

Дезинфекцион препаратлардан тасодифан заҳарлаганда биринчи ёрдам

Бу моддалар ҳимояланмаган териға тушганда гавданинг бу қисмини тоза сув билан яхшилаб ювиш керак. Формальдегид териға текканда териға 5%ли нашатир спирт билан ишлов бериш керак. Нафас йўллари зарарланганда зудлик билан жабрланувчини хонадан тоза ҳавоға ёки яхши шамоллатилаган хонаға олиб чиқиш лозим. Тезда оғиз ва бурун халқум йўлини сув билан чайиш лозим. 2- 3 томчи нашатир спирт қўшилган сув буғидан нафас олиш тавсия этилади. Бу ҳолларда натрий (ичимлик содаси) қўшилган иссиқ сут бериш мумкин. Симптоматик муолажалар, юрак гликазидлари, тинчантирувчи ва йўталға қарши воситалар ҳам кислородли нафас бериш мумкин.

**Оғир ҳолатларда, бемор шифохонаға зудлик билан ётқизи-
лиши лозим.**

Формальдегиддан заҳарлаганда нашатир спирт қўшилган сув ёки натрий ацетат 3%ли карбонат қўшилган сув билан ошқозон ювилгандан кейин, хом тухум оқсили, сув ва сут берилади.

Ҳар қандай препарат кўзға тушганда, зудлик билан кўзлар сув ёки 2% гидрокарбонит натрий билан бир неча дақиқа давомида ювилади. Кўз шиллиқ пардалари зарарланганда - альбucid эритмаси томизилади, оғрик бўлганда 1-2% новокаин эритмаси томизилади. Ошқозонға, тасодифан, хлор актив препаратлар тушганда, ошқозон 2%ли тиосульфат (гипосульфит) натрий билан ювилади ва 5-15 томчи нашатир спирт, сут, ичимлик содаси ёки магнезиал аралашма ичишға берилади (бир стакан сувға 1-2 ош қошиқ).

9- § Стериллаш жараёнини назорат қилиш

Стериллаш жараёнини назорат қилиш одатда биологик, кимёвий ва механик индикаторлар воситасида олиб борилади.

Биологик индикаторлар – бу мослама стандарт, яшаш қобилятига эга микроорганизмлар популяцияси бўлиб, стериллашга чидамлидир.

Биологик индикатор манфий кўрсаткичи барча тиббий буюмларнинг стериллаш жараёнида ностерил эканлигини тасдиқламайди.

Буғли стерилизатор учун, *Bacillus stearothermophilus*, ҳафта давомида, эҳтиёжга қараб ишлатилади.

Куруқ иссиқ воситасида стериллаш учун, *Bacillus subtilis*, ҳар ҳафта, имконият даражасида ишлатилади.

Кимёвий индикатор - бу мосламада кимёвий ўзгаришларга хос хусусиятларни табиий шароитларда, стериллаш камераларида аниқлаш йўли билан стериллаш жараёни назорат қилинади.

Кимёвий индикаторлар қоғоз парчалари ёки биркалар бўлиб, буғли стерилизаторда вақтни, ҳарорат ва босимни назорат қилади, куруқ иссиқлик билан ишлайдиган стериллашларда вақт ва ҳароратни назорат қилади. Бу индикатор асосан стериллашнинг яширин камчиликларини аниқлашга мўлжалланган.

Механик индикаторлар – улар стериллаш жараёнида вақтни, ҳарорат ва босимнинг аниқ циклини қайд этиб бориш учун фойдаланилади.

10- § Тиббий чиқиндиларни йўқ қилиш

Шифохона ва клиникалардан чиқадиغان тиббий чиқитларнинг, тахминан 85%, улар билан муомалада бўладиган ходимларга юқумли касалликларни юктириш ҳавфига эга эмас. Қоғозлар, кутилар, пластик идишлар ва озиқ-овқатларни оддий усул билан ҳам йўқ қилиш мумкин. Бироқ, инфекцияга эга ёки заҳарли бўлган чиқитлар, нафақат тиббий ходимлар учун, балки агар улар белгиланган тартибди йўқ қилинмаган бўлса, аҳоли учун ҳам катта ҳавф туғдиради.

Контаминацияловчи (ифлословчи) чиқитлар – булар қон, пешоб, йиринг, жароҳатларни ўраш материаллари, шприцлар, боғичлар, биологик тўқималар, намликлар ва ҳоказолардан иборат.

Контаминацияланган (ифлосланган) тиббий чиқитлар

(операцияларда ишлатиладиган, жароҳатларни боғлашда ишлатиладиган материаллар – дока, пахта ва бошқалар) дастлаб улар 0,5%ли хлорли эритмада (ёки бошқа рухсат этилган дезинфектантда) 10 дақиқа мобайнида зарарсизлантирилади. Шундан сўнг, ишлатилган дезинфектант канализация қувурига қуйиб юборилади, бунда дезинфектант идишнинг қопқоғи орасидан қуйилади, бошқа чиқитлар эса, ҳўл бўлмайдиган контейнерга солиниб, унинг барча тирқишлари елимланиб, агар полиэтилен халтачадан фойдаланилаётган бўлса, уларнинг оғзи тугилиб, ахлат қутисига ташланади. Агар, чиқитлар ёқиб юбориладиган бўлса, уларда дастлабки зарарсизлантиришни ўтказиш шарт эмас.

!Контаминацияланган тиббий чиқитларни зарарсизлантириши учун, қопқоқли сирланган идишларни (кострюллар, челақлар)дан фойдаланиш зарур.

!Зарарсизлантириши жараёнида резина қўлқоплардан фойдаланиш зарур.

Контаминацияланган чиқитлар, улар учун махсус ажратилган жойда ёқиб юборилиши ёки кўмиб ташланиши керак. Шунингдек, ёқиш жараёнида портлаб кетиши мумкин бўлган кимёвий ва фармацевтик чиқитлар ҳам (таблеткалар, вакциналар, лаборатория реактивлари, органик эритувчилар, цитотоксик чиқитлар, оғир металлларга эга бўлган чиқитлар (симоб), стоматологик материаллар, аэрозоль идишлари) ҳам кўмиб ташланиши шарт.

Инфекция тушган қаттиқ чиқитларни йўқотиш учун, ўткир предметлар тешиб юбормайдиган **мустаҳкам идишлар**, масалан, қалин картон қутилар, пластик идишлар ёки қопқоқли банкалардан фойдаланиш зарур. Пластик идишларнинг оғизлари зарарланган нарсани солиш мумкин бўлган катталикда ва айна пайтда улардан солинган нарсани олиб бўлмаслик даражасидаги ҳажмга эга бўлиши керак. Контейнернинг $\frac{3}{4}$ қисми тўлдирилгач, унинг тирқиши елим (скотч) билан елимланиб, у муолажа зонасидан йўқотиш жойига олиб чиқиб кетилиши шарт. Агар, йўқотилаётган чиқитлар контейнер билан ёндирилиб юбориладиган бўлса, унда чиқитлар бирваракайига контейнерга ташланади.



! Суюқ тиббий чиқитлар билан ишлаганда шахсий ҳимоя воситаларидан, яъни – хўжалик қўлқоплари, кўзойнаклар ва пластик фартуклардан фойдаланиш зарур.

! Канализация мавжуд ҳолларда, суюқ чиқитлар эҳтиёткорлик билан дастлабки дезинфекциялаш ўтказилмаган ҳолда, унитазга қуйиб юборилади. Агар, суюқликлар бирор бир ускуна ёки буюмнинг устига сачраб кетса, уларга 0,5% хлорли дезинфектант воситасида ишлов бериш керак.

! Канализация мавжуд бўлмаган ҳолларда, суюқ чиқитлар, шу мақсадда бунёд этилган чуқур ёпиқ хандақларга қуйилади.

! Операцияда ишлатилган ва жароҳатлар боғланадиган материалларни зарарсизлантирмасдан ташлаб юбориш; контейнерга солинаётган чиқитларни қўл билан босиб-зичлаш; зарарли чиқитлар солинган қопларга (идишларга) уларни кўтариш ва ташини чоғида, қўл ва танани теккизиш - Қатъиян ман этилади! Пластик пакетларни, уларнинг юқори қисмидаги тутқичлардан ушлаб кўтариш лозим.

Контейнерларнинг 2/3 қисми тўлгач, уларни махсус муфелъ печларида йўқ қилиш зарур.

Йўқ қилишнинг энг яхши усули – бу ёқиб юборишдир. Шу сабабли ҳам, муфелъ (ахлат ёқувчи) печларга эга бўлиш зарур. Оддий муфелъ печларини иссиқликка чидамли ғиштлардан ва цемент блоклардан қуриш мумкин. Печлар, шу мақсад учун ажратилган махсус жойларга ўрнатилиши керак. Тиббий чиқитларнинг куйдирилишидан қолган қолдиқлар бир жойга тўпланиб, шу мақсадда бунёд этилган хандақларга кўмилиши керак.

! Зарарсизлантирилган шприцлар ва бошқа бир маротабалик пластик буюмлар, иқтисодий мулоҳазалардан келиб чиқиб

иккиламчи қайта ишлов учун, эритиш ҳарорати 200-220°Cга етадиган печларда қайта ишланиши мумкин ва улардан кейинчалик яна янгидан пластмасса буюмлар ишлаб чиқаришда фойдаланса бўлади.

11-§ Бинолар ичини тозалаш

ДПМ биноларда ва ОИВ билан касалланган беморлар парвариш қилинадиган палаталарда, ҳўл тозалаш ишлари дезинфекцияловчи воситалар билан ўтказилиши лозим. Хоналарни тозалаш кам ифлосланган томондан, кўп ифлосланган томонга қараб амалга оширилади, хона деворлари тепадан пастга қараб ювилиши керак.

Тозалаш ишларини бошлашдан олдин дезинфекцияловчи ювиш воситаларини тайёрлаш лозим. Бунинг учун, 0,5% хлорли эритма ёки мумкин бўлган бошқа дезинфектантга (1%-2% фенол, ёки 5% карбол кислота) ювиш воситаси қўшилади ва совунли ювиш восита ҳосил қилинади.

Ҳўллаб тозалашнинг бир нечта услублари мавжуд:

1. Битта челақ услуби – бунинг учун, битта челақ ювиш воситаси билан ишлатилади. Суюқлик ифлосланганда ювиш воситасининг самарадорлигини ошириш учун, уни алмаштириш лозим бўлади;

2. Иккита челақ услуби – бунинг учун, иккита ҳар хил челақ ишлатилиб, биттасида ювиш воситаси, бошқасида чайиш учун сув бўлади. Бунда, латта ювиш воситасига солиш олдидан, сувда яхшилаб ҳўлланиб, сиқилади. Бу услубда, биринчи челақдаги ювиш воситаси яроқлилик муддати ошади (камрок алмаштирилади), шу билан тежамкорликка эришилади;

3. Учта челақ услуби – иккита челақ услубига ўхшаш бўлиб, бунда учинчи челақ фақат латтани сиқиш учун бўлади, бунда чайиш учун, ишлатиладиган сувнинг яроқлилик муддати чўзилади.

!Чанглари қуруқ латта ва чўткалар билан асло артманг;

Ҳеч қачон латталарни ва чўткаларни силтаб чанглари артманг, бу микроорганизмларнинг тарқалишига олиб келиши мумкин.

!Тозалаш ишлари вақтида шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланинг, улар тиббий ходим кийимига, қўлига ва танасига

тозалаш ишларида ишлатиладиган эритмалар сачрашидан сақлайди.

!Тозалаш учун, ишлатиладиган анжомларни зарарсизлан-тириш зарур, қон ёки биологик суюқликлар билан ифлос-ланган буюмларни - 10 дақиқа давомида, 0,5% хлорли эритмада ёки бошқа мумкин бўлган эритмаларга, солиб қўйиш керак.

! Хўл тозалаш ишларини ҳар куни ўтказиш кераклигини унутманг, зеро, Тозалик – соғлиқнинг гаровидир!!!

Барча турдаги шифохоналар учун умумий тозалаш ўтказиш тартиби

1. Қабул қилиш бўлимини тозалаш камида кунига 3 марта ўтказилади. Шу жумладан, бир марта дезинфекцияловчи воситаларни қўллаган ҳолда.
2. Умумий тозалаш тасдиқланган жадвал асосида 7 кунда бир маротаба ўтказилади.
3. Умумий тозалаш чоғида санитар-гигиеник қопламаларга эга бўлган деворлар ювилади. Шунингдек, ушбу жараён чоғида эшиклар, деразалар, плинтуслар, ёритувчи мосламалар ва бошқа жиҳозлар ҳам ювилади.
4. Умумий тозалаш бир пайтнинг ўзида 2 та челақдан фойдаланиш орқали амалга оширилади. Биринчи челақда - 0,5%ли хлорли дезинфектант тайёрланади ва унга 50 грамм ювиш воситаси, яъни бўлакли хўжалик совуни ёки бўлмаса, исталган ювиш қукунидан 25 грамм қўшилади. Иккинчи челақка эса тоза сув солинади.

! Жарроҳлик – боғламалар қўйиш хонасини тозалаш ишлари кунига камида 2 маротаба, 6%ли водород пероксид ва 0,5%ли ювиш воситаси қўллаш орқали, хўллаш усулида, амалга оширилади.

Умумий тозалаш ўтказиш алгоритми (тартиби)

1. Умумий тозалаш ўтказишдан олдин, хона камида 20 дақиқага шамоллатиб қўйилади;
2. Шундан сўнг, хонадаги барча ускуна ва жиҳозлар ювувчи, дезинфекцияловчи воситалар билан артиб чиқилади;

3. Шундан сўнг, барча ускуна ва жиҳозларнинг юзаси тоза сувга ботирилган латта билан артилади;

4. Тозалаш ишларини ўтказгандан сўнг, ишчи хоналарга бир соат мобайнида қуввати 2,5 Вт м³ бўлган, бактерцид лампаларни ёкиб қўйилади.

Эслатма:

Дезинфекцияловчи воситаларни ҳафтасига алмаштириб қўллаш тавсия этилади: улар хлорли, водород пероксидли ёки Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан рухсат этилган, бошқа дезинфектантлар бўлиши мумкин. Дезинфекцияловчи эритманинг сарфланиши 1м² га – 200 – 300 мл дан иборат.

Барча турдаги шифохоналарда ўтказиладиган умумий тозалашни қайд этиш журналида қуйидагилар акс этган бўлиши лозим:

“Сана/ Ўтказилган ишлар ҳажми/ Фойдаланилган дезинфектант/ Тозалаш ким томонидан ўтказилганлиги/Имзо/ “

Барча турдаги шифохоналар учун кварцлашни қайд этиш журналида қуйидагилар акс этган бўлиши лозим:

“Сана/ Кварцлаш вақти/ Бошланиши/ Тугаши/ Имзо/”

12-§ ОИВ/ОИТС ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа касалликларнинг касбга алоқадор тарзда юқишининг профилактикаси

Касбга алоқадор тарзда (профессионал) юқиш профилактикасининг мақсади - ОИВ ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа инфекциялар (В, С, D гепатитлар, геморрагик иситмалар ва бошқалар)нинг тиббий ходимлар ва уларнинг беморларига юқиш ҳавфини, энг кам микдоргача камайтиришдир.

Игна, қайчи ва бошқа ўткир буюмлар билан ишлаш қоидалари:

- Ўткир буюмларни ташиш ва бошқа ходимга бериш учун, кюветадан фойдаланинг;
- Ўткир буюмларни ҳавфсиз жой (масалан, кювета)дан ташқари ҳеч қаерда қолдирманг;
- Ўткир буюмларни бошқа ходимга бераётганингизда албатта уни огоҳлантиринг;
- Ҳар бир игна ва шприцни фақат бир марта ишлатинг;

- Шприц ва игнани ишлатилгандан кейин синдирманг;
- Игна ғилофини қўлда ушлаш ва уни игнага киритиш учун, ҳаракат қилиш, ташлашдан олдин игнани букиш ва синдириш мумкин эмас;
- Ишлатилган шприц ва игналарни зарарсизлантириб, тешилмайдиган контейнерга ташланг;
- Игналарни куйдириб йўқ қилинг ва шу орқали улардан қайта фойдаланиш имконини йўқотинг.

Қуйидагилар қатъий ман этилади!

- иш столида у ёки бу ёзувларни амалга ошириш, журналларни сақлаш ва айниқса овқат ейиш;
- қўлланишдан олдин шприц игнасига қўл теккизиш ва унга ишлов бериш, ушбу ҳолат беморларда инъекциядан кейин асоратлар келиб чиқиш ҳавфини туғдиради;
- кейинги муолажаларни ёки бошқа бирор- бир хатти-ҳаракатни амалга ошириш учун, олдин ишлатилган қўлқоплардан фойдаланиш (журналга ёзиш, телефондан фойдаланиш ва ҳоказолар).

13-§ Постконтакт профилактика (ПКП)

Авария ҳолатларида ўтказиладиган тадбирлар

1. Тери шикастланганда (игна санчилиши, кесилиш-тилинишлар) қон ва бошқа биологик суюқликлар билан мулоқотда бўлиш:

- Қўлқопнинг ишлатилган юзаси ичкарига қилиб ечилади
- Жароҳат тезда совун билан ювиб ташланиши шарт
- Қон жароҳатдан бемалол чиқиши учун, яраланган жойни кран суви остида (бир неча дақиқа ёки қон оқиши тўхтагунча) ушлаб туриш керак
- Кран суви бўлмаган ҳолларда, жароҳатга дезинфекцияловчи гель ёки қўл ювиш эритмаси билан ишлов берилади
- Қўллар кран суви остида, совунлаб ювилади

! Жароҳатни сиқиш ёки эзгилаш мумкин эмас.

! Игна санчилиши оқибатида ҳосил бўлган ярадан чиқаётган қонни сўриш мумкин эмас.

2. Тери шикастланмаган ҳолатда қон ва бошқа биологик суюқликлар билан мулоқотда бўлиш:

■ Ифлосланган жойни дарҳол ювиб ташлаш керак

■ Қран суви бўлмаган ҳолатларда, терига гель ёки қўл ювиш эритмаси билан ишлов берилади

■ Кучсиз дезинфекцияловчи воситалардан фойдаланиш, масалан, 2-4%ли хлоргексидин глюконат эритмасидан фойдаланиш мумкин

! Мулоқот қилинган жойни артиш ёки қириш мумкин эмас.

! Ўрамларни устма-уст қўйиш мумкин эмас.

3. Биоматериалнинг шиллик пардаларга тушиши

• **Бирор-бир модда оғизга сачраган ҳолларда:**

- оғзингизга тушган суюқликни зудлик билан, туфлаб ташланг;

- оғзингизни сув ёки физиологик эритма билан обдон чайқанг, шундан сўнг, яхна сув билан, бир неча бор чайқаб ташланг.

! Оғзингизни ювишда, ҳеч қачон, совун ёки дезинфекцияловчи эритмадан фойдаланманг.

• **Бирор-бир модда кўзга сачраган ҳолларда:**

- кўзлар зудлик билан, сув ёки физиологик эритма ёрдамида ювиб ташланади;

- ўтириб, бошлар орқа томонга ташланган ҳолда, ҳамкасбингиздан кўзингизга сув ёки физиологик эритмани қўйишни сўранг;

- сув ва эритма қовоқларнинг остига ҳам кириши учун вақти-вақти билан уларни эҳтиёткорлик билан кўтариб қўйиш зарур;

!Кўзларни ювиш чоғида, контакт линзаларингизни олиб қўйманг, чунки улар ҳам ўзига хос тўсиқ вазифасини ўтайди.

- кўзларингизни ювиб бўлгач, контакт линзаларингизни ечишингиз ва одатдагидек уларга ишлов беришингиз мумкин; шундан сўнг, улардан бемалол фойдаланишингиз мумкин, зеро, улар энди мутлақо ҳавфсиздир.

!Кўзларни ҳеч қачон совун ёки дезинфекцияловчи эритма билан ювманг.

Авария ҳолати ва ўтказилган тадбирлар ҳақида даволаш-профилактика муассасаси (ДПМ) маъмурияти хабардор қилиниши

зарур. Авария ҳолати ҳақида, ёзма равишда, тўлиқ маълумот берилади, махсус журналда қайд этилади, бу эса, ўз навбатида, тиббий ходимга АРВ-профилактика тайинлаш учун асос бўлади.

Мулоқот қайд қилингандан кейин, тиббиёт ходимига маслаҳат олиш (тестгача ва тестдан кейин) ва ОИВга тест топшириш тавсия қилинади (мулоқотдан кейин 5 кундан кечиктирмасдан). Тест натижаси махфий (конфиденциал) ҳисобланади.

Мулоқотдан кейин, 6 ой давомида, презервативлардан фойдаланиш зарур.

Қони ёки бошқа бирор-бир биологик суюқлиги зарарланган кучли манба бўлиши мумкин бўлган ҳар қандай киши, имкон қадар, ОИВ бўйича текшириб кўрилиши шарт. Агар, унинг кимнингдир қони ёки бошқа материали (биологик суюқлиги, тўқимаси) билан мулоқотда бўлганлиги аниқланган бўлса, имкон қадар, ўша одам ҳам ОИВ бўйича текширилиши шарт; агар одамни текширишнинг имкони бўлмаса, унда мулоқотга киришилган материал тадқиқ этилади (қон, тўқима ва ҳоказолар).

Юқумли касаллик вируси манбаи бўлган одамни ўрғанаётганда қуйидаги қоидаларга амал қилиниши шарт:

- тест ўтказиш учун ахборотлашган розилик олиш;
- тестдан олдин ва тестдан кейин маслаҳатлашув (консультация) ўтказиш;
- ижобий натижа олинган ҳолларда тегишли маслаҳат, даволанишни олиш учун қўллаб-қувватлаш хизматида йўллаш;

Агар ИФТ натижаларини 24-48 соат ичида олишнинг иложи бўлмаса, ОИВ зиддижисмлари бўйича тезкор-тест ўтказиш мақсадга мувофиқдир. ИФТнинг ёки тезкор тестнинг 2 та ижобий натижаси ОИВ-инфекцияси мавжудлигини юқори даражадаги аниқликда тасдиқлайди; салбий натижалар эса, ОИВ бўйича зиддижисмлар мавжудлигини рад этади. ИФТ ва тезкор тестнинг натижаларини тасдиқлаш учун иммуноблотнинг ўтказилади, бироқ унинг натижасини кутиб, ПКПни кечиктириш керак эмас.

! Мулоқотда бўлган кишида ПКПни ўтказиш ҳеч қандай сабаб билан ва ҳеч қандай шароитда тестлар натижасини кутиб туриш тўғрисида, кейинга қолдирилиши мумкин эмас.

! Юқумли вируснинг потенциал манбаи бўлган кишилар ҳам, худди С ва В вирусли гепатит вирусини ташувчилар каби, текширувдан ўтказилади.

Потенциал манба бўлган кишиларни текшираётганда, қуйидагиларга алоҳида эътибор бериш лозим:

- ОИВ бўйича олдинги тест натижалари;
- клиник белгилар (симптомлар)нинг мавжудлиги; (масалан, ОИВ-инфекциянинг дастлабки босқичига мос келувчи синдром ва сўнгги 3 ой мобайнида ОИВ билан мулоқотда бўлиш эҳтимолларининг мавжудлиги), шунингдек, ОИВ билан мулоқотда бўлиш эҳтимолларининг мавжудлигини кўрсатувчи анамнез маълумотлари;
- анамнездаги АРВТ (унинг давомийлиги, даволаниш самардорлиги ёки муваффақиятсизлиги, даволаш схемаси, даволаш режимида ризоия этилиши).

Агар, инфекция юктириши мумкин бўлган манба номаълум бўлса ёки уни ўрганишнинг иложи бўлмаса, ёхуд уни ўрганишларини рад қилса, ОИВни юктириш ҳавфи эпидемиологик маълумотлар асосида баҳоланади:

- контакт шакли;
- жамиятнинг эҳтимол тутилаётган инфекция манбаи бўлган киши мансуб бўлган тоифаси орасида ОИВнинг тарқалганлик даражаси.

Агар, мулоқотда бўлинган шахснинг ОИВ юктирган киши эканлиги аниқ бўлса, ПКПни ўтказиш схемасини танлашда қуйидагиларни билиш зарур:

- ОИВ-инфекциясининг клиник босқичини – CD4-лимфоцитларининг сонини;
- ўтказилган АРВТ;
- вируснинг генотипик ёки фенотипик барқарорлиги (агар аниқланган бўлса);
- жинсий – алоқада бўлганда – оғизнинг ёки жинсий аъзоларнинг шилимшиғида яра ёки жинсий йўл билан ўтувчи бошқа инфекцияларнинг (ЖИБЎИ) белгилари ёки бошқа инфекцияларнинг бор-йўқлиги ва алоқа ҳайз кўриш ёки бошқа этиологиядаги қон оқишлар билан бирга бўлган-бўлмаганлиги;

- ногаҳон игна санчилганда – игнадаги қоннинг янги ёки эскилигини, игнанинг қанчалик чуқур кирганлигини, игна венага кирган-кирмаганлигини;

Юқорида тилга олинган барча омиллар юктириш ҳавфини янада оширади.

Юқоридаги санаб ўтилган маълумотлар бўлмаганда ёки кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда ПКПни кейинга суриш мумкин эмас. Агар, кейинчалик қўшимча ахборотлар олинса, схемани ўзгартириш мумкин бўлади.

! Агар, вирус юктириш эҳтимоли бўлган манбада, мулоқотдан кейинги текширувлар жараёнида, ОИВга зиддижисмлар ҳам, ОИТС белгилари ҳам ёки ОИВ-инфекцияси ҳам аниқланмаса, уни текширишлар тугатилади. Чунки, ОИВ юктириш потенциал манбасининг ўрганилиши “дераза даври” (яъни ОИВ-инфекциясининг серо-негатив даври) кучли ретровирус синдроми белгиларисиз кечадиган даврига мос келиб қолиш эҳтимоли жуда кам.

Мулоқотга киришган шахсни текшириш

Мулоқотдан кейинги текширув (у иш жойида ёки бошқа жойда бўлганлигидан қатъи назар)ни, имкон қадар, тезроқ дастлабки соатларда ўтказиш зарур. Бунда, қуйидагилар тавсия этилади:

- Мулоқотдан олдин инфекция юктирган ёки юктирмаганлигини аниқлаш учун, мулоқотда бўлган шахсда дарҳол ОИВга зиддижисмлар бўйича тест ўтказилади;

- Бунинг учун, олдиндан ахборотли розилик олиш керак бўлади.

Албатта, тестдан олдинги ва тестдан кейинги маслаҳатлашувларни ўтказиш шарт;

- ОИВ-инфекциясининг кучли қалтираш босқичи белгилари мавжуд ҳолларда мулоқотнинг эски ёки янгилигидан қатъи назар ОИВ бўйича тўғридан-тўғри тестлар ўтказилади;

- беморнинг ҳолати, касални юктириш сабаблари ва ПКП учун препаратлар танлашга таъсир кўрсатиши мумкин бўлган, ичиладиган доривор воситаларни аниқлаш лозим (масалан, ҳомиладорлик, боласини кўкрак сути билан боқиш). Агар, мавжуд

ресурслар имкон берса, асосий лаборатория тадқиқотларини ўтказиш мақсадга мувофиқдир:

а) тестлар ўтказиш, зеро уларнинг натижалари кейинчалик ёндош эффектларни аниқлашда жуда қўл келади:

- лейкоцитар формулалари ва тромбоцитлар сонини ҳисоблаган ҳолда, қоннинг умумий таҳлили;

- жигар фаолиятининг кимёвий кўрсаткичларини аниқлаш (АлАТ ва АсАТ фаоллиги ва билирубиннинг даражаси);

- қондаги мочевина азотининг ёки зардобдаги креатинини аниқлаш;

б) С ва В вирусли гепатит бўйича асосий серологик тестлар (ИФТ).

Тиббий ходимнинг В гепатит бўйича иммун статусини аниқлаш зарур; агар у эмланган бўлмаса, В вирусли гепатит бўйича суш ёки фаол иммунопрофилактика ўтказилади.

АРВ профилактика

! АРВ профилактика контактидан кейинги биринчи 2 соат ичида (дастлабки 72 соатгача) бошланиши зарур.

ПКП учун АРВ препаратларини танлаш

Бугунги кунда, ретроспектив тадқиқотга асосланган ПКПларнинг, зидовудин билан монотерапиядан фойдаланиш орқали амалга ошириладиган назоратнинг самарадорлиги ҳақида маълумотлар мавжуд. Мазкур ишда, тиббиёт ходимларининг тери орқали мулоқотидан сўнг, ОИВ-инфекциясини юктириш ҳавфининг қарийб 81%га пасайтирилиши кўрсатиб берилган. Ушша АРВ препаратидан иборат схеманинг, иккита АРВ препаратидан иборат схемадан устунлиги исботланмади.

ПКП учун АРВ препаратларнинг схемалари

Иккита компонентли схема - 2 нуклеозидли ёки нуклеотидли тескари транскриптаза ингибитордан (ТТИН) тузилган бўлади (6-Жадвал).

6- Жадвал.

Иккита АРВ препаратдан иборат схема

Танлаш схемаси	<u>Зидовудин + ламивудин^а (ёки эмтрицитабин)</u>
Альтернатив	Тенофовир +эмтрицитабин (ёки <u>ламивудин</u>) <u>Ставудин + ламивудин</u>

^а Зидовудин, ламивудин билан, аниқ бир дозадаги мураккаблаштирилган шаклда чиқарилади препарат зидовудин/ламивудин (Комбивир, Дуовир); суткасига - 1 таблеткадан, 2 марта тавсия қилинади.

Тенофовир ва эмтрицитабин мураккаблаштирилган шаклда чиқарилади препарат тенофовир/эмтрицитабин (Трувада); суткасига - 1 таблеткадан тавсия қилинади.

Учта АРВ препаратдан иборат схема

Кенгайтирилган схемаси учта АРВ препаратдан иборат (иккита **ТТИН** ва бита протеаза ингибитори (ПИ)).

7 - Жадвал.

ПКПнинг кенгайтирилган схемаси

Танлаш схемаси	<u>Зидовудин + ламивудин^а + лопинавир/ритонавир</u>
Альтернатив	Зидовудин + ламивудин ^а + саквинавир/ритонавир ёки атазанавир/ритонавир ёки фосампренавир/ритонавир ёки Тенофовир + эмтрицитабин ^б + саквинавир/ритонавир ёки атазанавир/ритонавир ёки фосампренавир/ритонавир ёки Ставудин + ламивудин + саквинавир/ритонавир ёки атазанавир/ритонавир ёки фосампренавир/ритонавир

^а Зидовудин, ламивудин билан, аниқ бир дозадаги мураккаблаштирилган шаклда чиқарилади препарат зидовудин/ламивудин (Комбивир, Дуовир); суткасига - 1 таблеткадан, 2 марта тавсия қилинади.

^б Тенофовир ва эмтрицитабин мураккаблаштирилган шаклда чиқарилади препарат тенофовир/эмтрицитабин (Трувада); суткасига - 1 таблеткадан тавсия қилинади.

АРВ препаратларнинг дозаси

Зидовудин, 300 мг ичиш учун, суткасига - 2 маҳал,
овқатланаётганда.

Ламивудин, 150 мг ичиш учун, суткасига - 2 маҳал, ёки 300 мг
ичиш учун - суткасига 1 маҳал.

Эмтрицитабин, 200 мг ичиш учун, суткасига - 1 маҳал.

Тенофовир, 300 мг ичиш учун, суткасига - 1 маҳал.

Ставудин, 40 мг ичиш учун, суткасига - 2 маҳал (30 мг ичиш учун
суткасига 2 маҳал <60кг тана вазнига).

Лопинавир/ритонавир, 400/100 мг ичиш учун, суткасига –
2 маҳал, овқатланаётганда.

Саквинавир/ритонавир, 1000/100 мг ичиш учун, суткасига –
2 маҳал.

Атазанавир/ритонавир, 300/100 мг ичиш учун, суткасига –
1 маҳал.

Фосампренавир/ритонавир, 700/100 мг ичиш учун, суткасига –
2 маҳал.

II-Қисм

I-Боб Паллиатив ёрдам

1-§ Беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш

Паллиатив ёрдам – бу даволаб бўлмайдиган оғир беморга ҳар томонлама ёрдам бериш ҳамда бемор ва унинг оила аъзоларининг руҳий, маънавий, ижтимоий ва жисмоний талабларини қондиришдир. Паллиатив ёрдам :

1. Оғриқни қолдириш ва оғир асоратларни йўқотиш;
2. Ўлимни оддий қабул қилиш ва бемор ҳаётини яхшилаш;
3. Берилган умрни қисқартирмаслик ёки узайтиришга ҳаракат қилмаслик;
4. Беморга маънавий ва руҳий ёрдам кўрсатиш;
5. Турмуш тарзини фаоллаштириш билан бирга беморга умрининг охиригача ёрдам бериш ва қўллаб-қувватлаш;
6. Беморларнинг оиласини қўллаб-қувватлаш, уларнинг энг яқин кишилари оғир касалликга дуч келган пайтларда ёки улар вафот этганда юз берадиган қийинчиликларни енгиб ўтишларига кўмаклашиш;
7. Беморлар ва уларнинг оила аъзолари эҳтиёжларини қондириш учун турли мутахассисларни жалб этиш (шу жумладан вафот этган беморнинг яқинларига психологик ёрдам кўрсатиш);
8. Беморларнинг ҳаёт даражасини яхшилаш, шунингдек, касалликнинг енгилроқ кечишига кўмаклаш.

Паллиатив ёрдамнинг тамойиллари

Ҳар бир инсон ҳурматга, даволанишга ҳамда яхши шароитда яшашга ва ўлишга ҳақлидир. Бу дегани, бемор бедаво дардга учраганда, даволашнинг иложи бўлмаганда, инсон ёрдамсиз қолмаслиги керак.

Паллиатив ёрдамнинг мақсади

Бемор ҳаётини яхшилаш, оғриқларни қолдириш, бемор ва унинг оила аъзоларини руҳий, ижтимоий ва маънавий қўллаб-қувватлашдан иборатдир.

ОИВ-инфекциясининг илк босқичларидан интенсив даволаш билан бирга қўшимча паллиатив ёрдам кўрсатиш ишлари олиб борилади. Кейинчалик касаллик авж олганда, паллиатив ёрдам кўрсатиш бемор-га асосий даволовчи восита бўлиб қолади.

Паллиатив ёрдам кўрсатиш - беморга ва унинг оила аъзоларига кўрсатиладиган тиббий, психологик, маънавий, рухий ва ижтимоий ёрдамлар мажмуасидир. Беморга узоқ вақт давомида, яъни 1,5-2 йил паллиатив ёрдам кўрсатилади. Бу даврлар куйидагиларга бўлинади: касаллик даврида ташхис қўйиш, касаллик аломатларининг пайдо бўлиши, ахволининг яхшиланиш даври, терминал давр ва йўқотиш (ўлим) даври.

Паллиатив тиббий ёрдамнинг асосий вазифалари:

1. рухий, диний мадад;
2. ижтимоий-иқтисодий ёрдам;
3. қўллаб-қувватлаш;
4. паллиатив тиббий ёрдам;
5. парвариш;
6. бемор оиласига ёрдам;
7. яқин кишисини йўқотганларга ёрдам;

Паллиатив тиббий ёрдамдаги қийинчиликлар:

Тиббий

- юқумли касаллик турларининг кўплиги;
- толиктирувчи доимий даво;
- нохуш ҳолатлар келиб чиқиш ҳавфи;
- профилактик тадбирларнинг узоқ муддатлилиги;
- дори-дармоннинг кўплиги;

Паллиатив тиббий ёрдамнинг муҳим компонентлари:

1. Оппортунистик инфекция ва ОИТС – индикатор ўсмаларини даволаш;
2. Имкон даражасида антиретровирус терапия (АРВТ);
3. Кўрсатмаларга асосан профилактика тадбирлари;
4. Ижобий кайфият ва соғлом турмуш тарзи, ОИВ-инфекциясининг табиий кечишида, реабилитация;
5. Оғриқни даволаш ва симптоматик даво;
6. Беморни парвариш қилувчи қариндошлар ва бошқа одамларга ёрдам;
7. Ўлим олдидан даволаш ва қўллаб-қувватлаш.

Паллиатив тиббий ёрдам этикаси

Тиббий этика ахлоқий қоидаларни тиббий амалиётда ва тиббий текширишларда қўллашдан иборат. Тиббий этика масалалари муаммоли ҳолатларда муҳим аҳамият касб этади. Чунки тиббий

этикада масалани узил-кесил ҳал этиш талаб қилинмайди. Шунга қарамай, вақтинчалик тиббий ёрдам кўрсатиш хусусида бир қарорга келиш тўрт асосий тамойилга асосланиши лозим:

1. Бемор фикрини ҳурмат қилиш. Ушбу тамойил бемор шифокор тавсия этадиган даво усулини қабул қилмасликка-маъқулламасликка ҳаққи борлигини билдиради. Беморнинг қарори унинг дунёқарашини акс эттиради. Бемор фикрини ҳурмат қилиш шуни талаб қиладики, тиббиёт ходими беморга нисбатан ҳақгўй бўлгани ҳолда, унга унинг ҳақиқий аҳволи, даволаш усуллари ва имкониятлари, касаллик оқибатлари тўғрисида аниқ маълумот бериши лозим.

2. Яхшиликка хизмат қилиш. Тиббиёт ходимлари беморга энг юқори даражада фойда келтиришга ҳаракат қилишлари лозим. Масалан: яхши таъсир кўрсатувчи оғриқсизлантирувчи восита ёки симптоматик даво қўллаш.

3. Зарар келтирмаслик. Бу ерда билиб туриб зарар етказмаслик назарда тутилади. Масалан: нохуш маълумотларни ноҳўя тарзда етказиш, оғриқни ва бошқа белгиларни самарасиз усуллар ёрдамида даволаш, беморнинг розилигисиз транквилизаторлардан фойдаланиш, даволашдан бўйин товлаш ёки асосланмаган ҳолда дори-дармонлар ишлатиш.

4. Ҳақгўйлик. Бемор қонун доирасида унга зарур бўлган барча тиббий ёрдамни олиши лозим. Ҳақгўйликни “умумий тенглик”, “ҳар кимга керагича” деган маънода тушуниш лозим.

2-§ Оғриқни даволаш тамойиллари

Кўпчилик беморлар учун, оғриқ асосий белги ҳисобланади, шунинг учун, идеал даражада оғриқсизлантиришни кенг қамровли ёрдамнинг бир бўлаги, деб тушуниш лозим. Оғриқни даволаш паллиатив тиббий ёрдамнинг шифокорлар учун, ҳамда бошқа тиббиёт ходимлари учун, энг осон усули. Уни касалликнинг бошқа белгиларидан фарқлаш лозим, чунки унга касалликнинг бошқа белги ва бузилишлари ўз таъсирини ўтказди, беморнинг аҳволини оғирлаштиради.

ОИВ-инфекциясида оғриқнинг сабаблари:

- **оғиз ва томоқда оғриқ** – кандидоз, вирусли инфекция (герпес вируси, цитомегаловирус ва бошқалар), афтоз стоматит, ҳавфли ўсма; гингивит, периодонтит;

- **қоринда оғриқ** – ич кетиши, ич қотиши, холангит, ҳавфли ўсма (Капоши саркомаси, лимфома ва бошқалар), дориларнинг нохуш таъсирлари;

- **тўш ортидаги оғриқ** – кандидали эзофагит, цитомегаловирус ёки герпес инфекцияси, қизилўнғач яраси, зотилҷам;

- **бош оғриғи** – токсоплазмоз, криптококкли менингит, бош мия лимфомаси.

Шунингдек, артралгия, миалгия ва сабаблари турлича бўлган тери зарарлангандаги оғриқлар кузатилади.

БССТ (Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти) оғриқни ўрганишнинг 9 - та асосий қондасини ишлаб чиққан:

- Беморнинг оғриқ сезаётганлигига ишониш;
- Бемор билан оғриқ тўғрисида суҳбатлашиш;
- Оғриқ кучини баҳолаш;
- Оғриқ тарихи тўғрисида маълумот тўплаш;
- Бемор рухий ҳолатини ўрганиш;
- Беморни обдон жисмоний текширувдан ўтказиш;
- Барча зарур текширишларни буюриш ва уларнинг ҳулосалари билан шахсан танишиш;
- Оғриқни қолдиришнинг муқобил усулларини қўллашни кўриб чиқиш;
- Даво муолажаларини диққат билан кузатиш.

! Оғриқни даволашнинг асосий воситаси – анальгетиклар ҳисобланади.

ОИТС билан касалланган беморга ёрдам беришда қатнашувчилар:

1. Тиббий ҳамшира;
 2. Шифокорлар (шунингдек, ОИВ бўйича мутахассислар)
 3. Беморнинг дўстлари;
 4. Руҳонийлар;
 5. Ҷамоат ташкилотлари;
 6. Умумий даволаш профилактика муассасалари;
 7. ОИВга ихтисослаштирилган даволаш профилактика муассасалари, ОИТС марказлари;
- Маҳаллий қўллаб-қувватловчи гуруҳлар.

3-§ Ижтимоий ва маданий масалалар

Кўпинча ОИВга чалинганлар ўз атрофидагилар (қариндошлари, ўртоқлари, танишлари ва қўшнилари) томонидан камситиладилар. Шунинг учун, жамият бундай беморларнинг ҳуқуқ ва тинчликларини ҳимоя қилиши, уларга нисбатан ҳамдард бўлиши лозим.

! Стигма, стигматизация – бирор нарса ҳақида олдиндан бичиб - тўқиб маълумот тарқатиш, бирор киши ёки нарса ҳақида ёқимсиз фикр юритиш, дунёқарашга эга бўлиш.

! Дискриминация – таҳқирлаш – ёмон фикрга эга бўлган ҳолда киши ёки кишилар гуруҳи билан мулоқотда бўлиш. Бошқача қилиб айтганда, бу ўзгаларга ҳақоратомуз муносабат билдиришидир.

II-Боб

Бемор парвариши

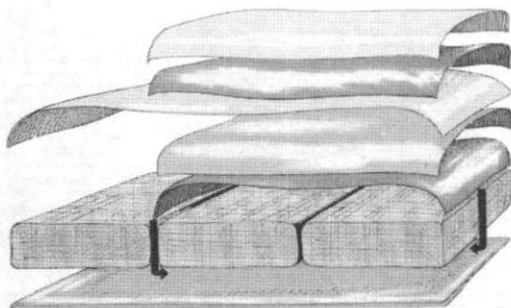
1-§ Бемор тўшагини тайёрлаш

Беморни тўғри парвариш қилиш учун, аввало унга хона ва каравот учун кулай жой танлаш лозим. Беморни бошқа бир юқумли касаллик (оппортунистик касаллик) билан касалланган бемор ёнига ётқизмаслик зарур. Агар, уни алоҳида ётқизишнинг иложи бўлмаса, худди шу инфекцион касаллик билан касалланган бемор билан бирга ётқизган маъқул. Бемор ётган хона куёш тарафга қараган бўлиши, ҳавонинг ичкаридан ташқарига қараб (ҳавонинг манфий босими) айланиши таъминланган бўлиши (вентилятор, ёки бошқа филтрловчи тизим ёрдамида) керак.

Каравотни беморни ҳар иккала томондан келиб кўриш имкони бўладиган қилиб жойлаштириш, уни матрац ва унинг қопламаси, чойшаб, ҳўл бўлмайдиган клеёнка, чойшаб (оддий чит), бир ва кўп марта ишлатиладиган кичик чойшаб, 2та ёстиқ, кичкина ёстиқ, кўрпа (парли, бурмачали тикилган ёки жунлик) билан таъминлаш зарур (1-расм).

Беморнинг, айниқса узоқ вақт тўшакда ётишга мажбур бўлган беморнинг каравотдаги ҳолати унинг кайфиятига таъсир кўрсатади. Узоқ ётадиган беморларда мушаклар ва бўғинлар контрактураси, ётоқ яралари ва бошқаларнинг олдини олиш мақсадида, уларнинг ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш лозим бўлади.

1-расм.



7-Таглик

6-Хўл бўлмайдиган

клеёнка

5-чойшаб

4-фланел чойшаб

3-клеёнка ёки клеёнкали

матрац қопламаси

2-матрац

1- каравот юзаси

Чойшабни нотўғри тўшаш қуйидаги *нохуш ҳолатларга* олиб келиши мумкин:

- беморни парваришловчи шахснинг соғлигига зарар етиши, чойшаб алмаштираётган пайтда энгашмаса, унинг бели зўриқиши мумкин;

- бемор соғлигига зарар етиши. Масалан, оғир кўрпа оёқ учларини босиши натижасида тоvon шаклининг ўзгариши (деформация) келиб чиқиши.

Бемор қулайлиги учун кўшимча воситалар:

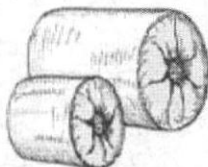
2-расм.



Таянч рамка – нафас олиш қийинлашганда, овқатланаётганда ва бемор ёнига бирор киши келганда гавданинг бош қисмини кўтаришга мўлжалланган.

! Рамка ўрнида тескари ағдарилган стулни ишлатиш ҳам мумкин.

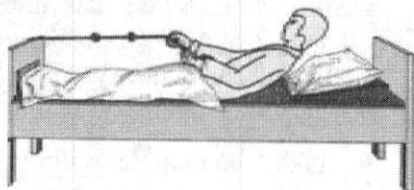
3-расм.



Тақим учун ёстик, қисқа муддат оёқ мушакларини бўшаштириш учун ишлатилади. Уни узоқ муддат ишлатиш тромбоз ва мушакларнинг калта бўлиб қолишига олиб келиши мумкин.

! Тақим учун ёстикни кўрпа ёрдамида вақтинча ясаб олиш ҳам мумкин.

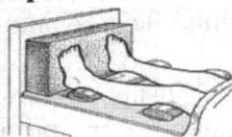
4-расм.



Каравот арқони, унинг ёрдамида бемор ўзи каравотда ўрнидан туриши мумкин. Шу йўл билан бемор ўз танасини машқ қилдиради, ҳамда унда ўзига ишонч пайдо бўлади.

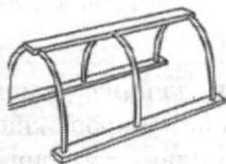
! Арқонда қўл сирганиб кетмаслиги учун, тугунлар бўлиши лозим.

5-расм.



Оёқ учун мослама, беморнинг пастга сурилиб кетишининг олдини олиш учун ишлатилади. Узоқ ётадиган беморларда, бу йўл билан контрактураларнинг олди олинади.

6-расм.



Симли рамка – унинг ёрдамида, тананинг бирор қисмига кўрпа босимининг олди олинади. Кўрпа четлари совуқ кирмаслиги учун симли рамка оёқчалари тагига киритилади.

7-расм.



Энсага қўйилувчи ёстиқ – бошга суянчиқ вазифасини ўтайди. Бироқ, уни узоқ муддат давомида ишлатиш умуртқа поғонасининг бўйин қисми учун хавfli ҳисобланади.

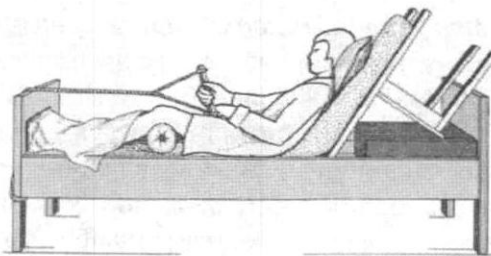
8-расм.



Шиширилувчи манжетлар шишириладиган болалар ўйинчоғи каби синтетик материалдан тайёрланади. Товонга ёки тананинг бошқа бирор қисмига оғирлик тушишидан сақлаш мақсадида фойдаланилади.

Тиббий мўйна – ингичка толалар ва уни ўраб турган ҳаво жунли-ҳаволи енгил ёстиқни ҳосил қилади. Унинг ёрдамида тана босими бир меъёрда катта майдонга тенг миқдорда тарқалади. Бунинг натижасида бемор учун қулайлик туғилиб, ётоқ яраларига сабаб бўлувчи босим ва ишқаланиш камаяди, намлик ва ҳаво етишмаслигининг олди олинади.

9-расм. Умумий кўриниш



! Бемор ётган хона (палата) ҳар куни нам латта ёрдамида дезинфекцияловчи воситалар билан артиб чиқиши лозим.

2-§ Бемор парваришига бўлган асосий талаблар

Шуни ҳар доим эсда тутиш лозимки, бемор ёнида унинг аҳволини яхши тушунадиган ва яхши парваришлай оладиган киши бўлишига муҳтож бўлади. Эътиборли энага бемор оғриқ сезаётганини ҳам, нотўғри ётганини ҳам, ўзини ёмон ҳис этаётганини ҳам тезда англаб олади.

Парваришловчининг эътибори, бемор эҳтиёжларини сезиши ва уларни ҳурмат қилиши, унда ҳимоя ва ҳавфсизлик ҳиссини пайдо қилади. Бу эса ОИВга чалинган, руҳияти жуда нозик бўлган беморлар учун катта аҳамиятга эга. Яхши парвариш ва эътибор бемордаги оғриқ ва азобланишларни енгиллаштиради.

Бемор тўшагига боришдан олдин, бир қатор асосий талабларга риоя қилиш лозим бўлади:

- аввало, беморни текшириш учун тайёргарлик кўрилади;
- соат ва тақинчоқлар ечилиб кўл яхшилаб ювилади, ҳимоя кийими: халат, фартук (беморда қусиш ва ич кетиши бўлса), жаррохлик никоби (беморда сил тахмин қилинса ёки аниқланса) кийилади.

Кейин бемор тайёрланади – унинг аҳволи билинади, олиб бориладиган тadbир ҳақида огохлантирилади.

Шунингдек, бемор учун зарур бўлган нарсалар – дори-дармон учун патнис, парвариш воситалари, чойшаблар учун - челақ, қушетка, стул, тоза чойшаб ва тоза кийим тайёрланади.

Ёстикни юмшатиш

1- ҳолат: Бемор тиббиёт ходимларига ёрдам бера олмайди

Бунда, беморнинг қаровчиси ва ёрдамчи ҳаракат қилишади. Беморга қаровчи киши каравотнинг бир томонида, ёрдамчи эса иккинчи томонида туришади. Қаровчи бир қўли билан беморнинг қўлтиғидан ушлаб, иккинчи қўли билан унинг энсасини суяб туради. Иккаласи беморнинг тана қисмини кўтаришади. Кейин ёрдамчи беморни кучоклаган ҳолда ушлаб туради. Қаровчи беморга орқаси билан турган ҳолда ёстикни олиб қоқади.

Беморни қайта ётқизишдан олдин ёстикнинг текис қўйилганлиги текшириб кўрилади.

Беморни кўтариб каравотнинг бош томонига суриш

2- ҳолат: Бемор парваришловчига ёрдамлаша олади

Беморни парваришловчи шахс бемордан оёғини тиззадан букиб оёғи билан матрацга таянишни сўрайди. Беморни кучоклаган ҳолда кўтаради (10-расм).



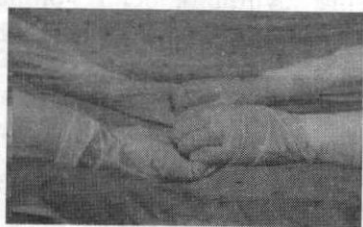
10-расм.

Беморни парваришловчи шахс беморнинг ўнг томонига туриб бир қўлини беморнинг ўнг қўлтиғи орқасидан, ўнг қўлини беморнинг чап қўлтиғидан ўтказишади. Бемор бошини кўтариб бир оз олдинга эгади. Парваришловчи беморни тепага қараб суради. Бемор оёқларига таяниб қаровчига ёрдам беради. Сўнгра беморни тўғри ётган -ётмаганлиги қаровчи томонидан текширалади.

3-ҳолат: Бемор парваришловчига ёрдам бера олмайди

Бундай ҳолда, парваришловчи беморга бир томондан, ёрдамчи иккинчи томондан яқинлашишади. Беморнинг қўллари кўкрагида бир-бирига чалкаштирилади. Беморни бир оз кўтариб, парваришловчи ва ёрдамчи бир қўлларини каравотнинг бош томонидан (11-расм), иккинчи қўлларини думба тагидан ўтказишиб бир-бирларини ушлашади ва бемордан бошини бир оз кўтаришни сўрашади. Ёрдамчи ва парваришловчи “бир, икки, уч” тартибидаги

биргаликдаги ҳаракатлари билан беморни каравотнинг бош томонига суришади (12-расм).



11- расм.

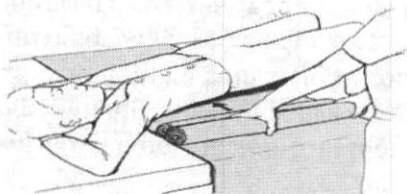


12- расм.

Таглик алмаштириш

4- ҳолат: Бемор парваришловчига ёрдам бера олади

Олдиндан тоза таглик ярмигача ўралиб тайёрлаб қўйилади. Кейин ишлатилган тагликнинг бир учи бемор танасигача ўраб борилади.



13-расм.

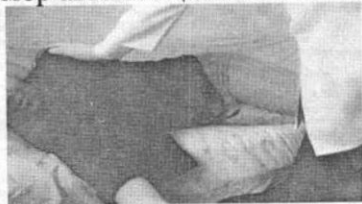
Кейин тоза таглик олиниб, ишлатилган таглик ёнига зич қилиб қўйилади ва каравот четларига бир учи текис ёзилади. Кейин парваришловчи, бемордан гавдасини бир оз кўтаришни сўрайди ва эски тагликни олиб янги тагликни солади. Ишлатилган таглик йиғиштириб олиниб, челака ташланади.

5- ҳолат: Бемор парваришловчига ёрдам бера олмайди

Бундай ҳолда ёрдамчи зарур бўлади.

Аввалги ҳолатдаги каби, аввал тоза чойшаб тайёрлаб олинади. Парваришловчи - бир томондан, ёрдамчи эса - иккинчи томондан каравот яқинига келишиб, бемор ёрдамчи томонга қаратиб ёнига бурилади. Бунинг учун, беморнинг бир қўли четга сурилади, иккинчи қўли эса танасига ёпиштирилади. Ёрдамчи энгашиб бир қўли билан беморнинг елка бўғинидан иккинчи қўли билан эса беморнинг тақимидан ушлайди. Парваришловчи эса беморнинг елка ва думбаларидан ушлаб туради. Парваришловчи бурилган

беморнинг пастки оёғини тўғрилаб, устки оёғини тиззадан букади. Кейин ишлатилган чойшаб бемор танасигача ўралади ва янгиси тўшалади. Сўнг, бемор тескари томонга бурилиб, эски чойшаб олинади, янгиси эса тўшалади. Чойшаб тўшаб бўлингандан сўнг, бемор аввалги ҳолатига келтирилади (14, 15- расмлар).



14- расм.



15- расм.

Чойшабдан ташқари, беморнинг кийимини ҳам алмаштириш зарурати мавжуд. Кийим зарурат туғилганда, аммо, ҳафтасига камида 2 марта алмаштирилади. ОИВга чалинганлар тез-тез терлайдилар, бу эса ич кийимларни тез-тез алмаштириш заруратини туғдиради. Кийим алмаштириш ёрдамчисиз амалга оширилади. Аввал тоза кийим, масалан, кўйлак тайёрлаб олинади. Дастлаб биринчи енг (аввал соғлом қўл) ечилади. Кейин иккинчи қўл, сўнг эса кўйлак бош орқали тўла ечилади. Янги кўйлакни кийиш тескари тартибда (бемор томондан бошлаб) амалга оширилади.

! Чойшаб ва кийимларни алмаштириш жараёни шахсий ҳимоя воситалари ёрдамида амалга оширилиши лозим.

! Ишлатилган чойшаб ва ифлос бўлган кийимлар махсус челаққа йиғилиши ва 0,5%ли хлор эритмасида 10 дақиқа давомида зарарсизлантирилиши лозим. Шундан сўнггина, уларни дезинфекцияловчи ювувчи воситалар ёрдамида ювиш мумкин.

Агар, чойшаб ва кийимлар қусик, балғам, шахват ёки нажас билан ифлосланган бўлса, ифлослик аввал механик йўл билан тозаланиши ва шундан сўнггина, зарарсизлантирилиши лозим. Бунда қалин резина қўлқоплардан фойдаланилади.

3-§ Беморни бевосита кундалик парвариш қилиш

Хонага (палатага) киришдан аввал, тиббиёт ходими ҳар қандай инфекция, ҳатто ҳаво-томчи инфекцияси ҳам ОИВга чалинган

беморлар учун жуда ҳавфли ҳисобланишини эсда тутишлари лозим. Шу сабабли, ОИВга чалинган беморлар ёнига *сувчечак* билан касалланган, ёки улар билан муносабатда бўлган, ёки яқинда касалликдан чиққан кишиларнинг, хоҳ тиббиёт ходимлари, хоҳ қариндошлари бўлсин кириши **қатъиян тақиқланади**. Шунингдек, ОИВга чалинганлар ёнига *герпес, ЎРВИ, ангина, вирусли гепатит А ва Е, ўткир ичак касаллиги билан касалланган* беморларнинг кириши ва уларнинг беморларни парвариш қилишларига йўл қўйилмайди.

Беморларни парваришловчи, беморда кузатилаётган касаллик белгилари (симптомлар) ва беморни безовта қилаётган бошқа муаммоларга қарши курашишга йўналтирилган бўлиши лозим.

Бемор парваришловчи, бемор аҳволи оғирлашган сайин, унинг олдида кўпроқ вақтини ўтказишга мажбур бўлади. Шу сабабли, у қуйидагиларга амал қилиши зарур:

- тўшақда касалнинг ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш;
- тери ҳолатини назорат қилиб бориш ва ётоқ яраларининг олдини олиш;
- микроблар ривожланиши қулай бўлган жойларга кўпроқ эътибор қаратиш (чотлар ораси, қўлтиқ ораси, жинсий аъзолар);
- имкон даражасида, беморнинг кўпроқ жисмоний ҳаракат қилиб туришини таъминлаш, зарур бўлганда бемор имкониятидан келиб чиқиб, енгил жисмоний машқлар бажариб бориш;
- беморнинг кайфиятини кўтаришга ҳаракат қилиш, масалан беморнинг елкасини, оёғини уқалаш, ёнига Сизни чақиритиш учун, кўнғироқча ўрнатиб бериш;
- овқатлантириш пайтлари иштаҳа яхши бўлмаганда, ҳар хил ҳикоялар билан чалғитишга ҳаракат қилиш;

Беморнинг умумий аҳволини ва ташқи кўринишини доимий кузатиб бориш ва бирор ўзгариш ёки оғирлашиш сезилса, шифокорга хабар бериш ҳам катта аҳамиятга эга.

Тана ҳароратини ўлчаш

Тана ҳароратини ўлчаш доимий равишда, кунига камида 2 марта: эрталаб соат 7.00да ва тушдан кейин - соат 16.00да ёки шифокор белгилаган муддатларда ўтказилиши лозим.

- Тана ҳароратининг $+36^{\circ}\text{C}$ паст бўлиши – *паст ҳисобланади*;

- Тана ҳароратининг $+37^{\circ}\text{C}$ дан - $+38^{\circ}\text{C}$ гача бўлиши - *субфебриль ҳарорат ҳисобланади*;

- Тана ҳароратининг $+38^{\circ}\text{C}$ дан юқори бўлиши - *фебриль ҳарорат ҳисобланади*;

- Тана ҳароратининг $+39^{\circ}\text{C}$ дан юқори бўлиши (қўлтиқда ўлчанганда) - *пиретик ҳарорат ҳисобланади*.

Тана ҳароратини ўлчашнинг бир неча усуллари мавжуд:

1. Аксилляр (қўлтиқ ости), қуруқ қўлтиқда 5 дақиқа давомида ўлчанади;
2. Оғиз (оғизда), давомийлиги - 8 дақиқа;
3. Ректал (тўғри ичак), қўйишдан олдин термометр вазелин ёки ёғ билан мойланади ва тўғри ичакка айланма ҳаракатлар билан киритилади. Давомийлиги - 3 дақиқа;
4. Электрон термометр ёрдамида ташқи эшитиш йўлида, давомийлиги - 1 дақиқа.

Ишлатилган термометр албатта зарарсизлантирилиши лозим:

- *термометр доимий равишда ишлатилганда* 2%ли хлорамин эритмасида 5 дақиқа давомида ёки 1%ли хлораминда 30 дақиқа давомида зарарсизлантирилади. Энг яхшиси термометрларни зарарсизлантирувчи модда солинган стаканда сақлаш лозим. Агар ҳарорат ректал усул билан ўлчанган бўлса, дезинфекциядан олдин термометр пахта ёрдамида артиб ташланиши лозим.

- *термометр бир марта ишлатилганда*, аввал пахта билан, кейин зарарсизлантирувчи модда билан артилади ва ғилофда қуруқ ҳолда сақланади.

4-§ Терини парваришlash ва ётоқ яраларининг олдини олиш

Парваришдан олдин тери ҳолати кўздан кечирилади.

Терининг қизариши – ҳарорат, тошмалар, аллергия реакциялар (овқатдан ёки доридан), қон босимининг ошиши, ҳамда исиб кетиш (ҳаводаги ҳароратнинг баландлиги, кийимнинг иссиқлиги) натижасида келиб чиқади.

Терининг оқариши – қон босимининг тушиб кетиши, ички қон кетиши ҳамда юрак қон-томир тизимидаги мавжуд камчиликлар натижасида келиб чиқади.

Терининг сариқлиги – ўтнинг туриб қолиши, жигарда яллиғланиш, паразитар ёки юкумли касалликларнинг (гепатит)

мавжудлигидан ҳамда интоксикация (масалан дорилар интоксикацияси) натижасида келиб чиқади.

Терининг кўкариши – кислород етишмаслиги (томоқ шишиши, бўғилиш, нафас йўлида бегона жисм туриб қолиши) юрак қонтомир тизимидаги ўзгаришлар оқибатида келиб чиқади.

Ётган бемор танаси маълум жойларга кўпроқ босим ўтказади. Тана билан матрац ўртасидаги ўзаро босим тана териси ва мушакларининг маълум жойларида қон айланишининг бузилишга олиб келади. Бунинг натижасида бу жойдаги тана тўқималари етарлича озиклана олмайди ва охир-оқибат бу тўқималар ўлади. Ётоқ яралари шу тарзда пайдо бўлади.

Бемор елкаси билан ётганда, тананинг қуйидаги жойлари айниқса кучли босимга учрайди:

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| а) бошнинг орқа қисми; | д) дум суяги; |
| б) кураклар; | е) товонлар; |
| в) тирсаклар; | ж) оёқ панжалари. |
| г) тос суягининг чеккалари; | |

Ён томон билан ётганда:

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| а) қулоқнинг юмшоқ жойи; | г) чанокнинг четлари; |
| б) елкалар; | д) тиззалар; |
| в) тирсаклар; | е) тўпиклар. |

Ётоқ яраларининг олдини олиш учун қуйидагиларга амал қилиш лозим:

1. Доимий равишда бемор ҳолатини ўзгартириб туриш (ҳар 2 соатда) - ён томондан елкага, кейин бошқа ён томонга, кейин яна елкага ва ҳоказо;

2. Доимий равишда чойшаб ва ич кийимларни алмаштириб туриш - камида ҳафтасига 2 марта, зарурат туғилганда ундан ҳам тез. Букилган жойлар ва ҳар хил нарсалар тушиб қолишига йўл қўймаслик;

3. Тананинг ҳавфли ҳисобланадиган жойларига тушадиган босимни камайтириш. Бунинг учун қуйидаги ёрдамчи воситалардан фойдаланилади: сувли ёстиқ, поролонли тўшама, ҳаво манжети, сунъий мўйна, ётоқ ярага қарши матрац.

4. Ётоқ яралари пайдо бўлиши мумкин бўлган жойларни яхшилаб ювиш ва одеколон ёки бошқа шунга ўхшаш воситалар

(ётоқ ярага қарши аэрозоль) билан артиш ҳамда ушбу жойларга фен ёрдамида навбатма-навбат иссиқ ва совуқ ҳаво пуркаш;

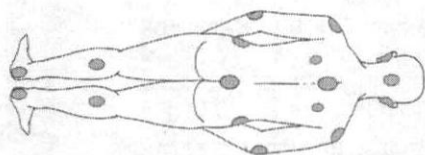
5. Агар, терининг куруқлиги сезилса, ҳар куни, айниқса, табиий бурим жойларини стерилланган ёғ ёки тери парваришига мўлжалланган бошқа хил ёғ билан мойлаш;

6. Агар, терида терлаш кучли бўлса, терни артиб куритиш ва теридаги табиий бурмаларга махсус кукун - тальк сепиш;

7. Витаминларга бой яхши овқат истеъмол қилиш.

Ҳамма ишлатилган тампонлар - сув ўтказмайдиган контейнер ёки пакетга йиғилади ва йўқ қилинади. Агарда, уларни йўқ қилиш учун печь бўлмаса (масалан уй шароитида) - 0,5% ли хлор эритмасида - 10-20 дақиқа давомида ушлаб турилади ва нам ўтказмайдиган пакетга солиб ахлат қутига ташланади.

16 - расм.



Ётоқ жаралари энг кўп пайдо бўлиши мумкин бўлган жойларнинг схемаси

! Тери парвариши давомида ҳамма муолажалар кўрув қўлқопида амалга оширилиши лозим.

5-§ Нафас ва қон -томир аъзоларида кузатиладиган иккиламчи касалликлар олдини олиш

Узоқ вақт давомида тўшакда ётган бемор етарли даражада чуқур нафас ола олмайди, шу сабабли ўпка вентиляцияси бузилади. Бу ўз навбатида, нафас йўллари ва ўпкада шиллиқ модданинг тўпланиб қолишига, ҳамда ўпкада яллиғланиш жараёни бошланишига сабабчи бўлади.

Шунинг учун, беморни парваришловчи қуйидаги белгиларга алоҳида эътибор қилиши керак:

- | | |
|-------------------------|--|
| - толиқиш; | - балғам; |
| - лаблар қуриши; | - кўкракда ўткир оғриқ; |
| - нафаснинг юза бўлиши; | - нафас етишмаслиги; |
| - қуруқ йўтал; | - ҳароратнинг аста-секин кўтарила бошлаши. |

Бундай белгилар ҳақида дарҳол шифокорга хабар бериш зарур.

Нафас йўллари асоратлари олдини олишнинг бир неча усули мавжуд. Бундай усулларга қуйидагилар киради:

1. Бемордан бир неча марта чуқур нафас олишни сўраш;
2. Бемор хонасини доимий равишда шамоллатиб туриш (елвизакдан сақланган ҳолда);
3. Бемор гавдасини кўтарган ҳолда (елка ва бошни ёстикқа таяган ҳолда) бир неча бор йўталишни сўраш;
4. Беморни ёрдамчи кўмагида, кунига бир неча бор, ўрнидан туриб юришга мажбур қилиш;
5. Агар бемор ўрнидан тура олмаса ва юра олмаса, у билан оддий оёқ ва қўл машқларини бажариш лозим;
6. Елка, кўкрак қафасида қон айланишини яхшилаш мақсадида, кўкрак терисини артиш, қафт ичи ёки сочиқ билан елкага уриш;
7. Агар, бемор кўп терласа, тез-тез ич кийим ва чойшабларни алмаштириш. Беморни юмшоқ ва яхши иситадиган ич кийим билан таъминлаш.

! Агар, беморда йўтал ва бурун оқиши кузатилса, бир марта ишлатиладиган рўмолчадан фойдаланиш керак бўлади. Бунда фойдаланилган рўмолчалар йўқ қилинишидан, ёки кир ювишидан олдин зарарсизлантирилиши лозим.

Узоқ вақт ётиб қолган беморда юрак-қон томир тизимида ўзгаришлар, хусусан томирларда тромбозлар кузатилиши мумкин.

Узоқ вақт давомида, ётиб қолган беморларда, мушаклар бўшашиб қолиши натижасида, улар орасидан ўтувчи вена қон томирлари ҳам бўшашиб қолади. Бунинг натижасида вена ўз тузилишини ўзгартиради ва қон оқиши секинлашади. Бу эса тромб (қон қуйқаси) пайдо бўлишига, кейин эса тромбозга (қон қуйқасининг қон томир деворига ёпишишига) сабабчи бўлади. Агарда, тромб қон деворидан кўчса, бемор ҳаёти учун ҳавфли бўлган эмболия келиб чиқиши мумкин. Шунинг учун, қуйидагиларга амал қилиш лозим:

1. Беморнинг, иложи борица, кўпроқ ҳаракат қилишини таъминлаш;
2. Оёқларга винт шаклида аввал бир томонга кейин иккинчи томонга қараб эластик бинт боғлаш. Эластик бинт таъсирида веналар ҳажми қисқаради ва веналарда қон оқиши тезлашади;

3. Мушакларни машқ қилдириш (изометрик машқлар) ва ҳаракат қилиш (изотоник машқлар);

4. Чўтка ёрдамида оёқни, шунингдек, оёқ кафтини уқалаш, танани юракка қараб уқалаш.

! Яллигланиш ва веналар кенгайиши эҳтимоли бўлган жойлар уқаланмайди.

5. Вақти-вақти билан беморнинг оёқларини кўтариб ётишини таъминлаш;

6. Оқсилга бой, ёғи кам, сифатли ва тўлақонли овқат истеъмол қилиш.

6-§ Бўғинлар контрактурасининг олдини олиш

Агар, мушаклар узок муддат давомида ўзаро мувозанатда ҳаракат қилиб турмаса, кичрайиб, аста-секин яроқсиз ҳолга келиб қолади. Мушаклар кичрайиши оқибатида бўғинлардаги ҳаракат чекланади. Бу эса ҳаракатнинг бутунлай чекланишига ва контрактурага олиб келади.

Беморларга хизмат кўрсатаётган ходимлар юз бериши мумкин бўлган 2 та контрактура мавжудлигини билишлари муҳим:

- елка бўғини контрактураси;

- тўпиқ бўғини контрактураси.

Контрактуранинг олдини олиш учун, қуйидаги тадбирлар амалга оширилади:

1. Узок вақт ётувчи беморлар махсус воситалардан фойдаланиши;

2. Ётганда махсус қоидаларга амал қилиш:

- қўл танага нисбатан 30 градус четга сурилган бўлиши;

- елка билан билак ўртасидаги бурчак 80 градус бўлиши;

- кафтнинг орқа тарафи тепага қараган бўлиши;

- бармоқлар рўмолча ёки коптокчани ушлаган бўлиши;

- оёқлар чўзилган бўлиши;

- оёқлар учун - яшиқ ёки ҳаракатланувчи мосламадан фойдаланиш;

3. Бўғинлар учун машқлар, юриш машқлари;

4. Физиотерапия.

7-§ Беморни симптоматик парваришлаш

1. Кўнгил айниши ва қусиш

Юқумли касаллик натижасида юзага келган интоксикация, ҳамда дорилар таъсирида кўнгил айниши ва қусиш кузатилади. Шунинг учун беморга имкон даражасида яхши шароит яратиб бериш зарур. Бунинг учун, бемордан унинг ўзини яхши сезиши учун нима ёрдам қила олиши ҳақида сўраш, имкон даражасида, хонадаги ёқимсиз ҳидларни кетказишга ҳаракат қилиш керак.

Агар, беморда қусиш кузатилса, қуйидагиларга амал қилиш лозим:

а) оғзига махсус мослама (лоток) тутиш;

б) бемор бошини бир томонга буриш ва кўтариш;

в) яхши сўзлар билан беморни тинчлантириш ва чуқур нафас олдириш.

Қусиш пайтида беморга ёрдам кўрсатиш давомида, унинг аҳволини диққат билан кузатиб туриш лозим бўлади:

а) қусиш сони ва такрорланишини аниқлаш;

б) қусиш жараёнини кузатиш (фонтан тарзида, узилиб, ютинишнинг қийинлиги билан);

в) қусиқ моддасининг ташқи кўринишига эътибор бериш (иложи бўлса бир қисмини шифокор – ташхиси учун, сақлаб қўйиш (1-жадвал));

г) беморнинг овқатдан кейин, оч қоринга, маълум бир таомдан сўнг ёки бошқа бирор таъсир натижасида қусганлигига эътибор бериш лозим;

д) беморнинг қусишдан олдинги ва қусишдан кейинги аҳволига эътибор бериш лозим.

Булардан ташқари, қусишдан кейин юзини ҳўлланган сочиқ ёрдамида енгил артиш, сув билан оғзини чайқаш, овқат ёки суюқлик ичишга тайёр бўлганидан сўнггина уларни бериш, кўнгил айниши ва қусиш ҳақида ўз вақтида дори буюриш учун шифокорни огоҳлантириш, берилган суюқликнинг ҳисобини олиб бориш, беморга ўз вақтида ёрдам беришга доим тайёр туриш керак.

! Қусиқ моддалари ҳамда овқат қолдиқлари хлор кукуни сепиш йўли билан зарарсизлантирилади.

! Шахсий ҳимоя воситаларини ишлатишни ҳам унутманг.

1 - жадвал. Қусиқ моддасининг ранги ва қуюқлик даражаси

Ранги	Қуюқлик даражаси	Сабаби
Рангсиз	Ошқозон шираси мавжуд; Суюқ; Шиллиқли	Ошқозоннинг бўшлиғи
Сарик/яшилсимон	Суюқ-шилликли; ўтсифат	Ўт моддаси аралашганда
Қизил-жигар ранг, қора	Кофе қуйкаси	Қон аралашганда

2. Нафас олиш фаолиятининг бузилиши ва балғам кўчиши

Беморда нафас олишнинг қийинлашуви, азобловчи йўтал тутиши, нафас бўғилиши кузатилиши мумкин. Бунинг оқибатида, бемор асабийлашади. Бундай ҳолатларда, йўтал ва нафас етишмаслигини бартараф этиш учун, жисмоний ҳаракатни камайтириш, беморнинг каравотдаги ҳолатини назорат қилиб туриш, жумладан, кўкрак қафасини сиқадиган нарсалардан озод қилиш, хонага сигарет тутуни киришига йўл қўймаслик, бемор нафасини тиклаб олгунча, унинг ёнидан кетмаслик, нафас олишини енгиллатиш учун, беморнинг гавда қисмини кўтариб қўйиш, елвизакдан сақлаш лозим.

Бемор олдида бўлган даврингизда ўзингизни имкон даражада осойишта тутинг. Чунки, ҳар қандай асабийликда ҳавога бўлган эҳтиёж ошади, нафас тезлашади. Сизнинг хотиржамлигингиз ҳам беморнинг тичланишига ёрдам беради. Нафас етишмаслиги, ўз навбатида, асабийлик ва кўркнчни кучайтиради.

Йўтал кўпинча балғам кўчиши билан кечади. Балғам – бу бронх, томок ва бурундан ажралиб чиқадиган шиллик бўлиб, қусиқ каби, унинг ҳам миқдори, ранги ва қуюқлик даражасига эътибор бериш лозим.

2 – жадвал. Балғамнинг ўзгариши

Ранги	Қуюқлик даражаси	Сабаби
Рангсиз-оқ	Шилликли	Табиий
Оқ-сарғиш-яшилсимон	Қуюқ; Шишасимон	Йиринг аралашганда
Зангсимон-жигарранг	Йирингсимон	Қон аралашганда

! Шунинг эсда тутуш лозимки, бемор балғамни ҳеч қачон ютиб юбормаслиги керак, уни махсус дезинфекцияловчи эритма солинган стакан (имкони бўлса бир марта ишлатиладиган) ёки махсус туфлагичга туфлаши лозим. Балғам - 3%ли хлорли эритмада, 30 дақиқа давомида зарарсизлантирилади.

! ОИВга чалинган беморларда йўталнинг сабаби, кўпинча, сил касаллиги бўлиши муносабати билан, йўталаётган беморларни парваришлаш ниқоб ёки респиратор таққан ҳолда олиб борилиши лозим.

! Хонадан чиққандан кейин ниқоб ёки респиратор ечилади ва пластик халтачага солиниб ахлат қутисига ташиланади. Агар, ниқоб қайта ишлатиладиган бўлса, у зарарсизлантириш учун-0,5%ли хлор эритмасига, 10-15 дақиқа давомида солиб қўйилади.

3. Шишлар

Шишлар тананинг ҳар хил жойларида, жумладан юзда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Маълумки, шишган жойларни юракка нисбатан юқорироққа кўтарсангиз шишлар қайтади (камаяди). Шунинг учун, агар шишлар тананинг бош қисмида бўлса, тананинг елка ва бошига ёстиқ қўйиш йўли билан кўтарилади. Агар, оёқда бўлса, оёқлар кўтарилади. Шишда совуқ компресс ҳам яхши самара бериши сабабли шишган жойларга совуқ компресс қўйилади. Бундан ташқари, шишган жойнинг териси доимий равишда назорат қилиб борилиши лозим, чунки шиш натижасида тери чўзилади ва ёрилади. Тери ёрилиши ва қуриб кетишининг олдини олиш учун, шишган жойни лосьон билан артиб туриш зарур.

Бемор парваришида, айниқса, юзда шиш пайдо бўлганда, пешоб ажралишини назорат қилиб бориш зарур. Бунда, пешоб ажралиши билан боғлиқ қуйидаги ўзгаришлар кузатилиши мумкин:

- а) сийишга ҳаракат бўлгани ёки бўлмагани ҳолда пешоб ажралмаслиги;**
- б) сийишга доимий эҳтиёжнинг мавжудлиги;**
- в) кечаси сийиб қўйиш;**
- г) пешоб ажралишини назорат қила олмаслик (сийишни назорат қила олмаслик);**
- д) пешоб пайтида оғриқ туриши;**

е) пешоб рангининг бузилиши ва ундаги тиниқликнинг йўқолиши.

Одатда, сутка давомида, ичилган суюқлик ҳажмига қараб - 1,5-2л, пешоб ажралади ва унинг асосий қисми кундуз кунига тўғри келади. Ётган беморлар учун махсус туваклардан фойдаланилади.

3 –жадвал. Сийдикнинг ўзгариши

	Ранги	Сабаби
Меъёрга	Оч-сарик; Тўқ-сарик, агар пешоб миқдори кам бўлса	Кўп суюқлик ичиш Кўп миқдорда суюқлик йўқотиш ёки суюқликни кам ичиш
Оғриқларнинг мавжудлиги	Жигар ранг (пиво рангида, сарик кўпик билан)	Жигарнинг зарарланганлигидан дарак беради.
Оғриқларнинг мавжудлиги	Қизғиш-жигар ранг (гўшт ювиндиси ранги)	Қон аралашмаси мавжуд
Оғриқларнинг мавжудлиги	Оқ “кипиклар” билан	Оқсил аралашмаси мавжуд

! Пешоб йиғилган идишлар қайта ишлатишдан олдин зарарсизлантирилиб, яхшилаб ювилади ва қурилади.

4. Оғиз бўшлиғи инфекцияси

Оғиз бўшлиғида стоматит пайдо бўлганда (оғизда яра, қоплама ва оғриқ пайдо бўлиши), оғиз бўшлиғини тиш чўткаси, бир марта ишлатиладиган губка, шифокор томонидан буюрилган дори воситаси ёрдамида парваришlash лозим бўлади. Бунда, яра ва пайдо бўлган қопламаларга тегмаслик зарур, чунки уларни кўчириб олишга ҳаракат қилиш қонашга сабаб бўлиши мумкин. Бемор овқат ейишга қийналса, бу ҳақда шифокорга хабар бериш лозим. Бундай ҳолларда, шифокор томонидан енгил чайналдиган ва ютиш осон бўлган таомлар, шарбатлар ва газланган сувлар ўрнига қайнатилган ва тозаланган сувлар буюрилади.

Агар, бемор уйда парваришланаётган бўлса, шифокор келгунга қадар, беморнинг оғзига Шостакович («Винилин») суртмаси суртилади. Шунда бемор бир оз ейиш ва ичиш имконига эга бўлади.

Стоматитда ҳар сафар овқатлангандан кейин оғизни чайиб, овқат қолдиқларидан тозалаш муҳим аҳамиятга эга. Бунинг учун,

беморнинг боши бир оз кўтарилиб, унинг елка ва бўйнига сочик ташланади. Кейин, унинг боши олдинга эгилиб, олдиндан тайёрлаб кўйилган махсус суюқлик, стакан ёрдамида, оғизни чайқаш учун



берилади. Бир қўл билан, туфлаш учун, бемор оғзига махсус идиш (лоток) тутилади, иккинчи қўл билан унинг боши энса қисмидан ушлаб турилади.

17-расм.

! Бемор болалар ва чақалоқларнинг оғиз бўшлиғига (ҳамда бурнига) қўл теккизишдан олдин, албатта қўлга янги қўлқоп кийиш шарт.

5. Ич кетиши ва ич қотиши

Беморни парвариш қилганда, унинг ич юришишини ҳам доимий равишда назорат қилиб бориш лозим. Нажасда сув ва шлаклар билан бирга бактериялар ҳам мавжуд. Унинг ранги асосан ўт моддасининг миқдори билан белгиланади. Нажас рангининг, шаклининг, қаттиқ-юмшоқлигининг, миқдорининг ўзгаришига қараб касаллик тури аниқланади. Шунингдек, ичнинг тез-тез ёки кам келиши ҳам бирор-бир касалликдан дарак беради. Ич бузилмаганда, ич кунига ёки икки кунда бир марта келади. Ич бузилиши, яъни юқоридаги белгилардан бирортасининг пайдо бўлиши - ҳазм қилиш тизимининг бузилганлигидан ёки иккиламчи инфекция кўшилганлигидан дарак беради.

Бундай бузилишларнинг асосийси - ич қотиши ёки ич кетиши ҳисобланади:

- ичакнинг бир кунда бир неча марта бўшаши, бунинг устига у суюқ бўлиши, баъзан оғриқ билан келиши ич кетаётганидан дарак беради;

- ичнинг бир неча кун давомида келмай қолиши - ич қотишидан дарак беради.

Ич кетишида чот терисини яхшилаб парвариш қилиш, уни тоза ва қуруқ сақлаш талаб этилади. Беморнинг йўқотилган суюқликни доимий равишда тиклаб туришига аҳамият бериш, ичнинг келиши, ранги ва шакли ҳақида шифокорга маълумот бериб туриш лозим. Бемор парвариш қилаётган кишининг, беморга нисбатан яхши муомалада бўлиши, ўзини осойишта тутиши, тувакни вақтида

кўйиш, бемор аҳволини яхши тушунган ҳолда нажасдан жирканмаслигини билдириб кўйиш катта аҳамиятга эга.

Ич қотганда беморга тозаловчи ҳукна (клизма) қилиш тавсия этилади. Бунинг учун, бемор ўнг томонига ётқизилади ва оёғи тизадан букилади. Кейин аввалдан тайёрлаб кўйилган ҳукна мосламасининг учи орқа тешикка киргизилиб, аста-секин, 15-20 дақиқа давомида катталарга - 1,5-2 л, болаларга - 50-500мл сув юборилади. Беморни, шу ҳолатда, 10-15 дақиқа давомида, ушлаб турилиб, тагига тувак кўйилади ва бемор елкасига ағдарилади.

Бир вақтнинг ўзида, беморга овқат таркибини ўзгартириш, яъни кўпроқ сут ва қатик маҳсулотлари истеъмол қилиш тавсия этилади.

Тувакдан фойдаланиш

Ҳар икки кўл ёрдамида бемор ёнбошлатиб ётқизилади ва бир кўл билан унинг сонидан ушлаб турилади. Иккинчи кўл билан тувак думба тагида, матрацга қаттиқ босиб ушлаб турилади. Бир кўл билан думба тувакнинг марказига тушадиган қилиб ётқизилади. Оёқлар ораси очилиб, олдинга узатилади. Усти ёпилиб, бемор учун кўнғироқ тайёрлаб чиқиб кетилади. Бемор ҳожатга чиқиб, жинсий органларини артиб, тозаланиб бўлганидан сўнг, тувакни ушлаб турган ҳолда, бемор ён томонига ағдарилади. Аввал бемор тозаланиб, кейин тувак олинади.

4 - жадвал. Нажас рангининг ўзгариши

Ранги	Сабаби
Сарғиш	Сут ичиш
Яшилсимон	Исмалоқ ейиш
Қизғиш-жигар ранг	Лавлаги ейиш
Қора	Таркибида кўмир бўлган дори қабул қилиш
Кул ранг- оқ (лой ранг)	Жигар ва ўт халта касалликлари (одатда ўт моддаси нажасни бўйайди)
Қора (мум ранг)	Ичакдан қон кетиши

! Беморнинг нажаси билан ишлаганда қалин резина кўлқоплар кийиш шарт.

! Ҳар куни ва ҳар бир кўлланишдан сўнг, беморлар ва тиббий ходимлар бирдек фойдаланиладиган тўшақларни ва ҳожатхона,

пардоз буюмларини дезинфектант билан (0,5% хлорли суюқлик ёки 1% лизол билан) тозалаш ва артиш лозим.

6. Иситма

Аксарият оппортунистик юқумли касалликлар кундузи ёки кечкурун субфебрил ҳарорат ва терлашни (айниқса кечкурунлари) келтириб чиқаради. Шунинг учун, беморга терлаш пайтида йўқотилган сув миқдорини тиклаш учун, кўп миқдорда суюқлик ичиш тавсия этилади. Ҳароратни тушириш учун, беморнинг баданига губка ёрдамида сув суриш тавсия этилади, бунда, беморнинг совқотиб қолишидан эҳтиёт бўлиш керак. Шунинг учун, баданга сув суртилган заҳоти иссиқ ўраниб ётиш, терлаш кўп бўлганда кийим ва чойшабларни тез-тез алмаштириш лозим бўлади. Шифокор тавсиясига кўра, ҳароратни тушириш учун муздан фойдаланиш ҳам мумкин. Бунинг учун, муз латтага ўралиб, кўлтиқ остига ёки чотга, баъзан бир йўла, ҳар иккала жойга қўйилади. Бемор ҳароратни туширувчи дорилар ичган бўлса, ҳароратни тез-тез ўлчаб туринг.

! Ҳеч қачон музни терининг ўзига қўйманг.

7. Озиб кетиш

Кўпчилик беморлар ёғ қатлами ва мушаклар ҳисобига 20% ва ундан ортиқ миқдорда озиб кетадилар. Бу ўз навбатида, инфекцияларни, тери ва шиллиқ пардаларнинг зарарланишини келтириб чиқариши мумкин. Шунинг учун, беморни оқсилга бой - творог, сариёғ, маргарин каби, юқори калорияли овқатлар билан озиқлантириш лозим. Иммун тизими учун муҳим аҳамиятга эга бўлган овқатлар хилма-хиллигини таъминлаш учун олма, банан бўлагига сариёғ суриш, чойга асал қўшиш мумкин.

Мушаклар тонусини сақлаш ва уларни ривожлантириш учун беморга жисмоний машқлар бажариш, ётоқ яраларининг олдини олиш учун тана ҳолатини ҳар икки соатда ўзгартириб туриш, терини яхши парвариш қилиш талаб этилади.

8. Сурункали чарчоқ

Сурункали чарчоқ ва ўзини ёмон ҳис қилиш ОИТСда тез учрайдиган белгилардан ҳисобланади. Беморни парваришlashда унинг эҳтиёжларини ҳисобга олиш, ўзини-ўзи парвариш қилишга қизиқтириш, ювиниш ва сайр пайтларида тез-тез дам олдириш,

қандай ёрдам олишни хоҳлашни билиш катта аҳамиятга эга. Беморни парваришловчи шахс, ўз ишини шундай ташкил қилиши керакки, бемор ўзига ёқадиган тадбирларда иштирок этганда (масалан ўртоқлари билан учрашганда) дам олиши керак. Парваришловчи, ҳар қандай шароитда, максимал ёрдам беришга тайёр туриши беморга куч-қувват бағишлайди.

9. Ақлий бузилишлар (бош мия фаолиятининг бузилиши)

ОИВ кўп ҳолларда асаб тизими ва бош миёга ўз таъсирини ўтказди, шу сабабли беморда хотиранинг бузилиши, хаёлпариишонлик кузатилиши мумкин. Шунинг учун, беморнинг атрофидагилар ҳавфсиз бўлиши, аксинча бемор дам олишига кўмакчи бўлишларига ҳаракат қилиш, шовқинни камайтириш, гаплашганда қисқа ва тушуниш осон бўлган жумлаларни ишлатиш, соат ва бошқа жиҳозлардан фойдаланган ҳолда, вақт ва шарт-шароитга мослашишга ўргатиш, мусиқа (яхшиси мумтоз мусиқа) қўйиб бериш, бемор билан мулоқотда осойишта бўлишлари лозим. Парваришловчи кишининг осойишталиги, беморнинг инжиқликларига бардошли бўлиши, беморни тинчлантиради ва унда ўзига ишонч пайдо қилади.

Иловаларни рўйхати

1-илова

Мулоқотда бўлган шахс учун ОИВ-инфекциясини юктириш бўйича кимёвий профилактикани ўтказиш юзасидан ахборотлашган розилик

Ф.И.Ш.----- Қайднинг тартиб рақами-----

Мен ҳавфли мулоқот натижасида ўзимга ОИВ юқиши мумкинлигини тушунаман. Менга Постконтакт профилактикаси (ПКП) ҳақида қуйидаги маълумотлар берилди:

- ПКПнинг ўтказилиши жараёнида менда ОИВнинг ривожланиш ҳавфи ҳақида ва қилинган мулоқотдан келиб чиқиб ПКПсиз ҳам унинг ривожланиши ҳақида;

- ОИВга тест ўтказишнинг фойдаси ҳақида (бу ҳолларда, 6 ҳафтадан сўнг, 12 ҳафтадан сўнг, ҳамда 6 ойдан сўнг);

- ПКПнинг фойдаси ва у билан боғлиқ ҳавф тўғрисида; ҳомиладорлик пайтида ПКП ни ўтказиш тўғрисида;

- ПКП ОИВнинг олдини олишни кафолатламаслиги ҳақида;

- қоннинг бошқа лаборатория текширувларининг муҳимлиги тўғрисида;

- (мулоқотнинг бошқа ҳолатлари учун) кейинги 6 ой давомида қатъий эҳтиёткорлик чораларига риоя этиш (масалан, презервативлардан фойдаланиш, наркотиклар қабул қилиш чоғида умумий игналардан фойдаланмаслик, болани кўкрак сути билан боқишдан воз кечиш);

- менинг 6 ой давомида донор сифатида қон, шаҳват ва тўқималаримни топиширишим мумкин эмаслиги;

- одатда ПКПнинг давомийлик муддати 4 ҳафтадан иборат бўлиши, бироқ менинг истаган пайтда препаратларни қабул қилишни тўхтатишим мумкинлиги (гарчи бу ПКПнинг самарадорлигини пасайтириб юборса ҳам);

- даволаш режимига қатъий амал қилишим лозимлиги (тайинланган дозаларни ўз вақтида қабул қилишим);

- ПКП учун, қўлланиладиган препаратлар ёндош эффектлар ҳам бериши мумкинлиги, шунингдек уларнинг бошқа дори воситалари билан ўзаро таъсирга киришиши мумкинлиги;

- (тиббиёт ходимлари учун) кейинги 6 ой мобайнида, ҳавфсизлик техникаси қоидаларига риоя этиш лозимлиги.

Менга берилган маълумотларнинг барчаси тушунарли. Менда суҳбат жараёнида бир неча савол туғилди, ва уларга ўзимни қониқтирадиган даражада жавоблар олдим.

☐ Мен постконтакт профилактикаси (ПКП)ни ўтказишга ўз ихтиёрим билан рози бўламан.

☐ Мен постконтакт профилактикасини ўтказишни рад қиламан.

Ф.И.Ш.

Имзо

Сана-----

Юқорида кўрсатилган ПКП тўғрисидаги маълумотларни такдим этганимни тасдиқлайман.

Ф.И.Ш.

Лавозими

Имзо

Сана-----

2-илова

Касбга алоқадор бўлганда қайд этиш варақаси

Ф.И.Ш.		Иш манзили		Уй манзили	
Туғилган йили	Жинси	Лавозими		Стажи	
Мулоқот куни ва вақти	Мулоқот жойи	Мулоқот вақтидаги фаолияти			
Шикастланиш характери (масалан: кесилиш, сачраб кетиш, инъекцион ниналар беҳосдан санчилиши)					
<u>Ўтказилаётган муолажалар тўғрисида батафсил маълумот, жумладан қаерда, қандай мулоқотда бўлган</u>					
<u>Мулоқот тўғрисида батафсил маълумот, жумладан хил ва организмнинг биологик суюқлик миқдори ёки материал ёки мулоқот характери</u>					
<i>Ифлосланиш манбалари ҳақида маълумот</i> Ифлослаш манбаи бўлган материал таркибида бўлган: Гепатит В вируси: Гепатит С вируси: ОИВ: Агар манбаи ОИВ юқтирган бўлса: ОИВ-инфекциясининг клиник босқичи: Вирус РНКнинг плазмадаги концентрацияси (миқдорий даражаси): Олдин ўтказилган антиретровирусли терапия:			<i>Бемор билан мулоқотда бўлган одам ҳақида маълумот</i> Юқтирган: Гепатит В вируси: Гепатит С вируси: ОИВ: Йўлдош касалликлар:		

АРТ препаратларга чидамлилик: Тестдан олдин ўтказилган маслаҳат: Текшириш натижалари: гепатит В вируси: гепатит С вируси: ОИВ: Тестдан кейинги ўтказилган маслаҳат: Йўланма:		Гепатит В га қарши вакцинация (эмлаш): Вакцинадан кейинги иммунитет: Тестдан олдин ўтказилган маслаҳат: Текшириш натижалари: гепатит В вируси: гепатит С вируси: ОИВ: Тестдан кейинги ўтказилган маслаҳат: Йўланма: ПКП бошланиши: Кўрсатилган муолажа билан ПКП ни схемаси:	
Мулоқотдан кейинги кузатув: 1- чи ҳафта 2- чи ҳафта 3- чи ҳафта 4- чи ҳафта ИФТ натижалари 1 ойдан кейин: 3 ойдан кейин: 6 ойдан кейин:	Умумий кон таҳлили Лейкоцитар формула	Жигарнинг ферментлари активлиги	Симптомлар ва белгилар

Варақа 2 нусхада тўлдирилади: биринчи нусха касаллик тарихига тикилади; иккинчи нусха ҳудудий ОИТС марказининг диспансер бўлимига юборилади.

Имзо

Ушбу шаклни тўлдирган шифокорнинг Ф.И.Ш.

Сана _____

Ётган беморлар учун машқлар

Беморнинг машқларни тўғри бажаришини таъминлаш учун куйидагиларга амал қилиш лозим: биринчидан – изометрик машқларни изотоник машқлардан ажрата билиш лозим. Иккинчидан – беморни маълум мушаклар тонусини ривожлантириш учун зарур бўлган машқларни ўзи бажаришига ўргатиш. Учинчидан – машқларни бемор билан биргаликда бажариш.

! Изометрик машқлар “пассив фаолият”га асосланган бўлиб, уларни бажариш давомида машқда фақат маълум гуруҳ мушакларгина иштирок этади.

Масалан: бемор ётган ҳолда кафтини очиб ёпади; ёки навбатма-навбат бошини ўнгга ва чапга буради. Бундай машқларни бажаришда, томир уриши ва нафас олиш ўзгармайди. Демакки, юракка оғирлик тушмайди.

! Изотоник машқлар “актив фаолият”га асосланган бўлиб уларни бажариш давомида фаоллик ошади, нафас олиш ва юрак-қон тизими фаоллашади.

Масалан: бемор бир неча марта стулга чиқади ва ундан тушади; ёки бир неча марта ўтириб туради. Бундай машқлардан сўнг, нафас олиш ва томир уриши тезлашади.

ОИВ-инфекцияга чалинган ётган беморлар учун изометрик машқлар қўлланилади. Бунда, ҳар бир машқни бажаргандан сўнг, қисқа (бир неча сония) танаффус қилиш, машқни бажариш давомида нафасни ушламаслик, юрак-қон томир тизимини зўриқтирмаслик, ҳар бир машқни 15 мартадан ортиқ бажармаслик лозим.

Бош ва бўйин учун машқлар

I. Бошни ўнгга ва чапга буриш (беморнинг имкониятидан келиб чиққан ҳолда);

II. Бошни навбатма-навбат ўнг ва чап елка томон эгиш;

III. Машқ беморни парваришловчи иштирокида амалга оширилади:

- беморни парваришловчи ҳар иккала кафтини беморнинг пешонасига қўяди. Бунда бемор, имкон даражасида, куч билан пешонасини тепага қўтариб, парваришловчининг қаршилигини енгишга ҳаракат қилади. Парваришловчи, ўз навбатида, кафти билан беморнинг пешонасини пастга босади.

IV. Машқ беморни парваришловчи иштирокида амалга оширилади:

- беморни парваришловчи кафтини беморнинг боши остига — энсасига қўйиб бемордан боши билан, имкон даражасида, кафтини босишни сўрайди.

Қўл мушаклари учун машқлар

I. **«Бармоқларни тўғри тутган ҳолда бир-бирига босиш».** Бемордан ҳар иккала қўлини тирсакдан буккан ҳолда, кўкраккача қўтариш сўралади. Ўнг қўл бармоқларини, чап қўл бармоқларига теккизган ҳолда, бармоқлар ораларини, бир оз очиб, уй томига ўхшаган ҳолда кўкракдан 30 см узоқликда ушлаб турилади. Машқ бармоқ учларини, бир неча сония давомида, бир-бирига босиб туришдан иборат.

II. **«Бармоқларни ажратиш».** Бемордан ҳар иккала қўлини тирсакдан буккан ҳолда, кўкраккача қўтариш сўралади. Бемор ўнг қўл бармоқларини, чап қўл бармоқларига ораларини очган ва тўғри тутган ҳолда, чалкаштиради. Бармоқлар кўкракдан 30 см узоқликда ушлаб турилади. Машқ қўл бармоқларини бир-биридан ажратмаган ҳолда, четга тортишга ҳаракат қилишдан иборат.

III. Бемордан ҳар иккала қўлини тирсакдан буккан ҳолда, кўкраккача қўтариш сўралади. Беморнинг қўлига қиррали қалам бериб, уни жипс тутилган кафтлар орасида айлантириш буюрилади.

IV. Бемордан қўлларини олдинга узатиб кафтларини парваришловчининг кафтларига қўйиш ва уни ўзидан итариш сўралади. Парваришловчи, ўз навбатида, кафтлари билан беморга қаршилиқ кўрсатади.

Оёқ мушаклари учун машқлар

I. Бемордан оёқларини узатиб, ўнг оёқ кафтини, чап оёқ устига қўйиш ва ўнг оёқ билан чап оёқни босиш, кейин оёқларни алмаштириб машқни такрорлаш сўралади. Машқ бир неча марта такрорланади.

II. Машқни бажаришдан олдин, беморни парваришловчи беморнинг оёқ учи томонига ўтиб, кафтини беморнинг оёқ кафтига қўяди (беморнинг оёғи тўғри ҳолатда). Кейин бемордан оёқ кафти билан парваришловчининг кафтини босиш сўралади. Ўз ўрнида, босимни ҳис қилган парваришловчи қарши ҳаракат қилади.

III. Машқни бажаришдан олдин, парваришловчи беморнинг оёқ учи томонига ўтиб, ҳар иккала қўли билан беморнинг тўғри тутиб турилган болдир-оёқ бўғимидан ушлайди ва бир оз (тахминан 30 см) юқорига кўтаради. Бемордан оёқларини куч билан пастга босиш сўралади. Ўз ўрнида, босимни ҳис қилган парваришловчи қарши ҳаракат қилади.

IV. Машқни бажаришдан олдин парваришловчи шахс беморнинг оёқ учи томонига ўтиб, ҳар иккала қўли билан бемор тўпиғини ташқи томондан ушлайди. Бемордан куч билан парваришловчининг қўлларини ташқи томонга суриш сўралади. Ўз ўрнида, босимни ҳис қилган парваришловчи қарши ҳаракат қилади.

V. Машқни бажаришдан олдин, парваришловчи шахс беморнинг оёқ учи томонига ўтиб, ҳар иккала қўли билан бемор тўпиғини ички томондан ушлайди. Бемордан куч билан парваришловчининг қўлларини ички томонга суриш сўралади. Ўз ўрнида, босимни ҳис қилган парваришловчи қарши ҳаракат қилади.

ОИВ билан касалланган беморларни овқатлантириш

ОИВга чалинган беморларнинг овқатланиш тартиби қўшимча касалликларни ҳисобга олган ҳолда, ҳамда беморнинг хоҳиш-истагига кўра тузилиши лозим. Беморнинг таомномасида асосан 4 гуруҳга оид озиқ-овқатлар бўлиши керак.

I Гуруҳ — нон, ёрма ва макарон маҳсулотлари. Улар мураккаб углеводлардан таркиб топган бўлиб, бемор учун муҳим кунлик калория ва қувват манбаидир. Беморларга ҳар куни 6 дан 11 бўлак (порция) юқоридаги озиқ-овқатлар тавсия этилади. Масалан, ўртача миқдор бир бўлак нон, яримта тешиккулча, бир стакан бодрок, олтита крекер (печенье), иккита кунжутли тандир нон, ярим стакан пиширилган макарон ёки учта галет.

II Гуруҳ — мева ва сабзавотлар. Бир кунда 3 дан - 5 бўлаккача (порция) сабзавот ва 2-4 бўлак (порция) мева тавсия этилади. Айнан ушбу гуруҳга мансуб маҳсулотлар организм фаолияти, айниқса иммун тизими учун зарур бўлган барча микроэлементлар ва озиқлантирувчи моддаларни ўзида мужассамлаштирган. Бир бўлак (порция) сабзавот - бир стакан янги ёки ярим стакан димланган сабзавотга тенг. Бир улуш мева - ярим стакан майдаланган (тўғралган) ёки консерваланган мевага тенг.

III Гуруҳ — гўшт, парранда ва балиқ, дуккаклилар, тухум, ёнғоқ ва писта, шунингдек, сут маҳсулотлари ва пишлоқ. Аксарият беморларга организмнинг оксил билан етарли таъминланиши учун бир кунда камида 2-3 бўлак (порция), шу гуруҳга оид озиқ-овқатлар буюрилади. Айрим беморлар учун истагига кўра, бундай маҳсулотлар таркиби ўзгартирилиши мумкин.

IV Гуруҳ — мол ёки ўсимлик ёғлари, ширинликлар. Бу маҳсулотлар қанча кам истеъмол қилинса, шунча яхши.

Ўртача миқдордаги ширинлик ёки ёғ фойдали ҳисобланса-да, парҳез пайтида ёғ миқдорини камайтириш мақсадга мувофиқ. Таҷрибалардан аниқланишича, ёғга зўр бериш иммун тизими фаолиятини сусайтиради, беморларда ич кетишига сабабчи бўлади. С вирусли гепатит билан касалланган беморларда, циррозга мойиллик келтириб чиқаради. Қонида ёғ миқдори ошиб кетган (АРВ препаратлар ёки дистрофия оқибатида келиб чиққан) беморларда, муттасил ёғ истеъмол қилиш, юрак-қон томир касалликларини келтириб чиқаради.

Барча беморлар кўп миқдорда суюқлик (сув, шарбат, шўрва) ичишлари лозим.

! Қайнатилмаган сув ичиш қатъиян тақиқланади!

5-илова

Дори моддаларнинг битта шприцда бирга қўллашда бир-бирига мос (тўғри) келмаслиги

Дори моддалар	Улар билан бир шприцда мос (тўғри) келмайдиган дорилар
Аскорбин кислотаси, 5%ли эритма	Викасол, 1%ли эритма, мушак орасига Кальций пантотенат Эуфиллин Полиглюкин Рибофлавин, 1%ли эритма
B ₁ витамин, 6%ли эритма	Пиридоксин, 5%ли эритма Алоэ экстракти B ₁₂ витамин
B ₁₂ витамин	Аскорбин кислотаси, 5%ли эритма Глюкоза, 10-20%ли эритма Кальций пантотенат Токоферол, 5-10-30%ли эритма Фруктоза, 10% ли эритма
Пенициллиннинг натрийли тузи	Пенициллиннинг калийли тузи
Хлортетрациклин	Рингер эритмаси
Эритромицин	Тетрациклин ёки окситетрациклин
Эуфиллин эритмаси	В гуруҳ витаминлари
Атропин сульфат, 0,1%ли эритма	Промедол, 1%ли эритма Кордиамин
Кордиамин	Дибазол, 1%ли эритма Папаверин, 2%ли эритма
Строфантин, 0,05%ли эритма	Новокаин, 0,5%ли эритма
Новокаин, 0,25-0,5%ли эритма	Глюкоза, 20%ли эритма
Этаминал-натрий	Фруктоза ёки глюкоза
Хинин гидрохлорид, 50%ли эритма	Новокаин, 0,5%ли эритма

Барча турдаги стационарлар учун битга қарши ишлов беришни ўтказиш тартиби:

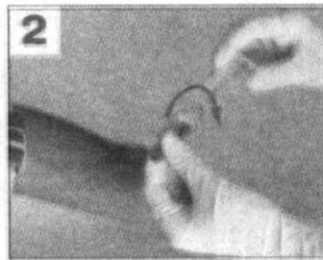
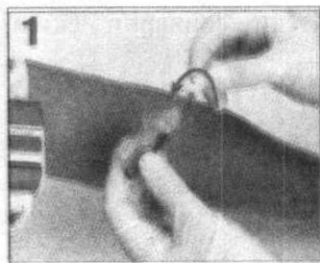
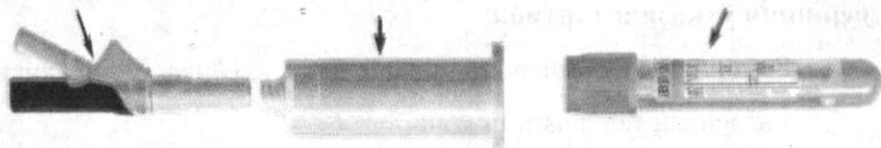
1. Беморнинг буюмларини йиғиш учун клеёнкасимон ёки чит матосидан тайёрланган қоп;
2. Рух билан ишлов берилган челақ ёки сочларни ёқиш, зарарсизлантириш учун махсус идиш;
3. Клеёнкасимон йўргак;
4. Резина қўлқоплар;
5. Қайчи;
6. Тишлари очикроқ тароқ (темир тароқ бўлгани мақсадга мувофиқ);
7. Соч олиш машинкаси;
8. Бошга ўраладиган қийиқча (2-3дона);
9. Пахта (вата);
10. Ошхона сиркаси ёки 5-10% ли сиркали кислота;
11. Бошдаги битларни йўқотиш учун зарур препаратлар;
12. Барча боскичдаги битларни ҳалок этувчи препаратлар: карбофоснинг 30%ли ёки 50 %ли эмульсия қилинадиган концентрати, ундан битларни ўлдириш учун - 0,15% ли “Нитифор”, “Дипол” ва бошқа педикулёзга қарши суюқлик тайёрланади.

7- Илова Вакуум тизими ёрдамида қон олиш муолажаси

Иккиёклама стерил
Игна

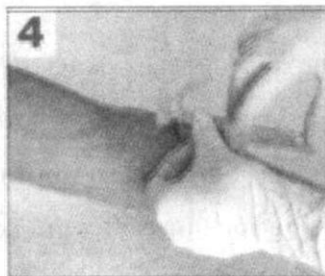
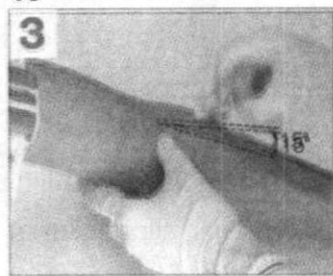
Бир марталик
тутқич

Қон учун стерил вакуумли
пробирка



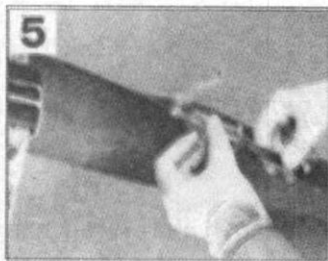
Жгутни боғланг. Игнани олиб,
уни оқ ва рангли қалпоқчаларини
икки қўлингиз билан ушланг, оқ
рангдаги химоя қалпоқчасини
бураб олиб ташланг.

Тутқичга резинали мембранага
игнанинг очилган учини
кирғазинг ва уни бураб
қотиринг.

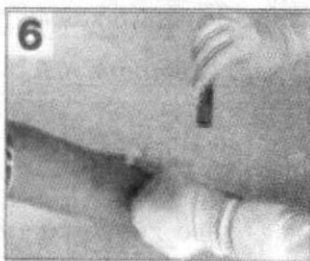


Рангли қалпоқчани ечинг ва
игнани венага кирғазинг.

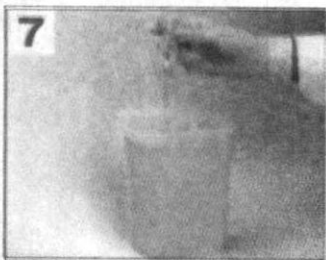
Тутқични чап қўлингизга олиб,
ўнг қўлингиз билан пробиркани
тутинг. Ҳамда уни қопқоғи билан
тутқичга ўрнатинг. Тутқични ўнг
қўлингизнинг кўрсаткич ва ўрта
бармоқлари билан ушлаб туриб,
пробиркани игнага мустаҳкам
килиб ўрнатинг.



Пробирка зарур ҳажмда
тўлдирилгач, уни тутқичдан
ажратиб олинг.



Тўлдирилган пробиркадаги суюқликни
уёқдан буюкка бир неча бор силкитиб,
яхшилаб аралаштиринг. Тутқични
навбатдаги пробиркага ўрнатинг. №4
банддан бошлаб ҳаракатларингизни
такрорланг.



Барча зарур пробиркалар тўлдирилгач,
игнани тутқич билан бирга венадан
суғуриб олинг. Игнани ишлатилган игналар
учун махсус контейнерга жойлаштиринг.
Венадан қон олинган жойга стерил боғлам
қўйинг.

ҚУЙИДАГИ ҲОЛАТЛАР ЮЗ БЕРСА НИМА ҚИЛМОҚ КЕРАК:

***Игна венага киритилган, пробирка тутқичда турибди, бироқ
пробиркага қон тушмаяпти?***

Сабаби: Сиз игнани венага тушира олмагансиз ёки игна билан вена
қон томири деворларини тешиб юборгансиз.

Сизнинг ҳаракатларингиз:

Аввало, пробиркани тутқичдан чиқариб олиш керак. Резинали
тиқиннинг эластиклиги туфайли пробиркадаги вакуум тўла
сақланади. Игнани венадан чиқармасдан туриб, унинг венадаги
ҳолатини ўзгартиришга ҳаракат қилинг. Агар, шунда ҳам,
аввалгидек қон пробиркага тушмаса, игнани янгиси билан
алмаштириб, бошқа венадан қон олишга киришинг.

№1-сабаби: Венадаги коллапс.

Сизнинг ҳаракатларингиз:

Пробиркани тутқичдан чиқаринг, вена қон билан тўлишини кутинг ва пробиркани яна тутқичга ўрнатинг.

№2- сабаби:

Пробиркага ҳаво кириб қолган (агар, пробиркага ўрнатилган игна венадан ташқарида қолиб кетса шундай ҳолат юз бериши мумкин).

Сизнинг ҳаракатларингиз:

- Агар, сиз қонни зардобни тадқиқ этиш учун олаётган бўлсангиз ва олинган қон миқдори сизни қониқтирса, унда пробиркадан кейинчалик ҳам фойдаланишингиз мумкин.

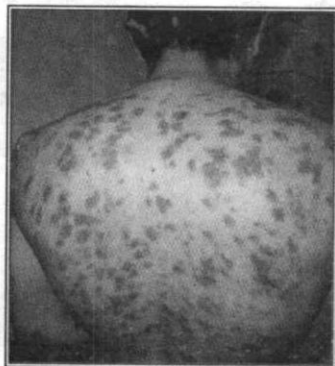
- Агар, қон пробиркага антикоагулянт билан бирга олинаётган бўлса, унда кам миқдордаги қон олинганда, қон/антикоагулянт мутаносиблиги бузилади. Бундай ҳолда, янги пробиркага яна қон олишингиз керак бўлади.

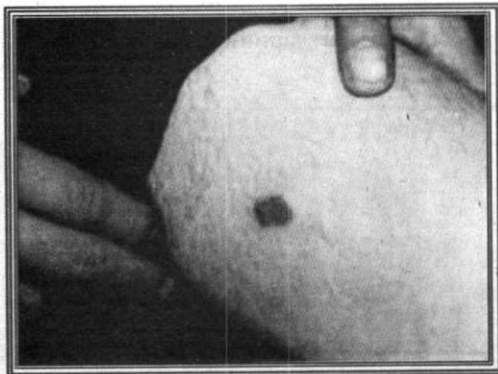
8-илова Суратлар

ОИВ инфекцияли беморларда турли асаб сегментларини зарарлаш билан бирга кечувчи герпетик тошмалар

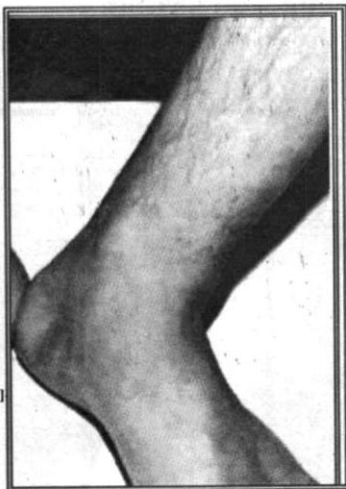


Капоши саркомасининг эпидемик шаклига эга
ОИВ-инфекцияли бемор

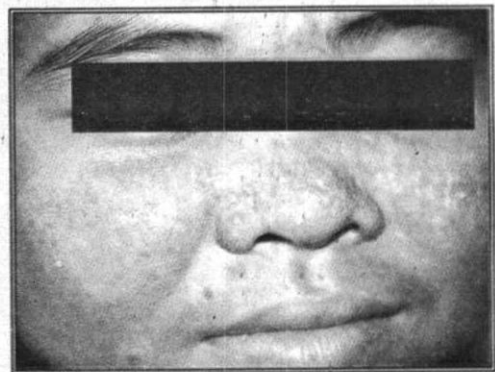
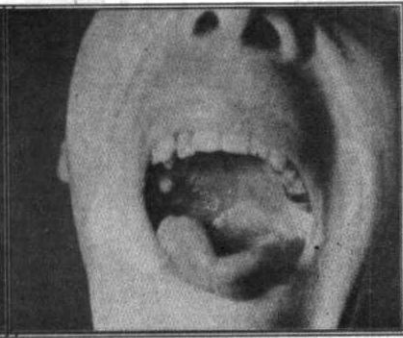
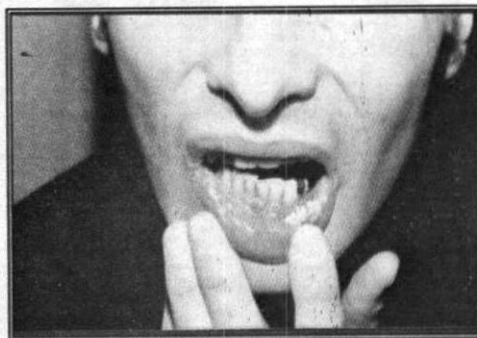




ОИВ инфекцияли беморнинг оёқ остидаги терисида Капоши саркомасининг локаллашган шакли элементлари



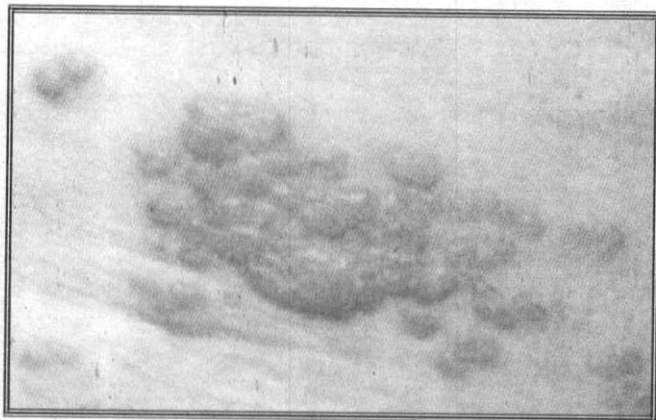
ОИВ инфекцияли беморнинг оғиз бўшлиғи каватидаги кандидоз



Юз терисидаги кандидоз

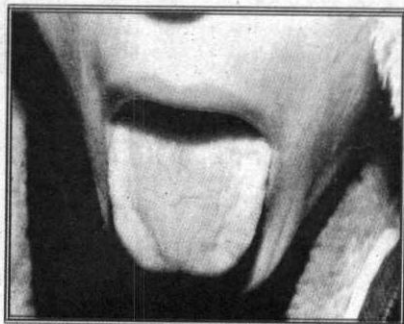
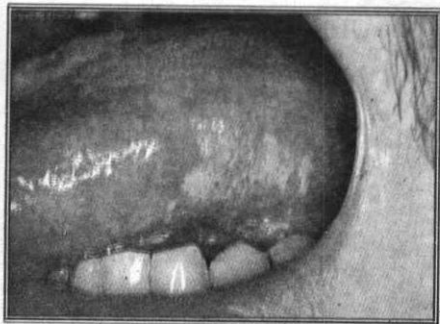


Лаблардаги герпетик
тошмалар



Ўраб олувчи
темиратки

Тилнинг тукли лейкоплакиясига эга ОИВ инфекцияли бемор



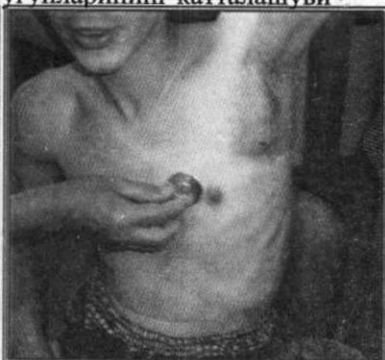
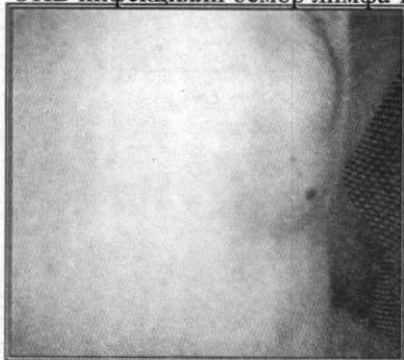


ОИВ
Кахексияси



ОИВ инфекцияли
беморнинг ташқи
жинсий аъзоларидаги
кандиломалар

ОИВ инфекцияли бемор лимфа тугунларининг катталашуви

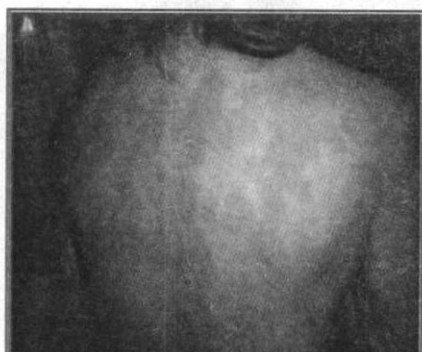


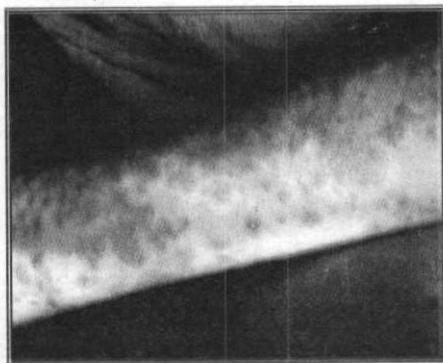
Лимфа тугунларининг кўк яралар ҳосил бўлиши билан кечувчи
йиринглаши



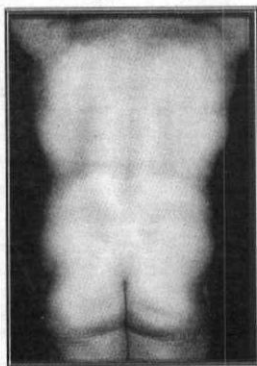
АРВ препаратларининг ножўя таъсири

Аллергик тошмалар





Хомиладорлик даврида ифаверенц
қабул қилган онадан туғилган,
чақалокдаги туғма умуртқа
чурраси



Липодистрофия - ОИВ-инфекцияли
беморда ёғ тўқимларининг
ноғўғри жойлашуви

Қисқартирилган сўзлар рўйхати

- АЗТ – азидотимидин
АЛАТ – аланинаминотрансфераза
АРВТ – антиретровирус терапия
АсАТ – аспартатаминотрансфераза
БССТ – Бутунжаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ВВГ – В вирусли гепатит
ВГВ – В гепатит вируси
ДНК – дезоксирибонуклеин кислота
ЖИБЮИ - жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар
ИБ – иммуно-Блот
ИФТ – иммунофермент таҳлил
ИФ – ишқорий фосфатаза
КС - Капоши саркомаси
КФК – креатинин фосфакиназа
КХТ - Касалликларнинг халқаро таснифи
ЛДГ – лактатдегидрогеназа
МНТ - марказий нерв тизими
ННТТИ – нонуклеозид тескари транскриптаза ингибиторлари
НТТИ - нуклеозид тескари транскриптаза ингибиторлари
нм – нанометр
ОИВ – одам иммун танқислик вируси
ОИТС – орттирилган иммун танқислик синдроми
ОИТС-АК - ОИТС-ассоциирланган комплекс
ООЯК – ОИВ/ОИТС билан яшовчи кишилар
ОУВ - Оддий учуқли вирус
ПЗР – полимераза занжирли реакцияси
ПИ – протеаза ингибиторлари
ПКП – постконтакт профилактика
ПТЛ - Персистирланувчи тарқалган лимфаденопатия
РНК – рибонуклеин кислота
СВГ– С вирусли гепатит
тРНК - транспорт РНК
ТТИ – тескара транскриптаза ингибиторлари
ЎРВИ- ўткир респиратор вирусли инфекция

ЎРК -ўткир респиратор кассалликлари

ЦМВ – цитомегаловирус

ЭЧТ – эритроцитлар чўкиш тезлиги

ЮКХ - юкумли касалликлар хонаси

ЮФАРТ - Юқори Фаол АРТ

enf - envelope

gag- group-specific anti-gen

gp - glicoproteide

IgM – М иммуноглобулин

IgG – G иммуноглобулин

INF – интерферон

МАК- M. avium -complex

p - proteine

pol - polymerase

Адабиётлар рўйхати

1. Бектимиров Т.А. «Состояние и перспективы разработки вакцин против ВИЧ-инфекции // Вопр. Вирусологии – 2002 - № 3
2. Бобкова М.Р. «Иммунитет и ВИЧ-инфекция» (популярные лекции). – М.: Олимпия Пресс, 2006. –240 с
3. ВИЧ-инфекция // Информ. Бюл. – 2002. - № 24 – 24 с
4. Всемирная организация здравоохранения, «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе», протоколы ВОЗ для стран СНГ, 2004 г
5. Под общей редакцией Академика АН РУз Даминова Т.А. «ВИЧ-инфекция», Ташкент – 2010 г.
6. Добровольное консультирование и тестирование (ДТК). – ЮНЭЙДС: Технический обзор, октябрь, 2000 – 15 с
7. Залялиева М.В., Рузыбакиев Р.М. «Генетические и иммунологические особенности ВИЧ-1 инфекции в Узбекистане», Ташкент – 2010 г.
8. Запорожан В.М., Аряев М.Л, «ВИЧ-инфекция и СПИД», – К.: 3-55 Здоровья, 2003 г.
9. Запорожан В.М., Аряев Н.Л., Котова Н.В., Низова Н.Н., Посокова С.П., Старец Е.А., учебный модуль «Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери ребенку», В– К.: ЮНИСЕФ, 2001 – 260 с
10. Лобзин В.Ю., Жданов К.В., Пастушенков В.Л. «ВИЧ инфекция: клиника, диагностика, лечение» Санкт-Петербург, ФОЛИАНТ, 2003 г
11. Под ред. проф. Ю.В.Лобзина, «Руководство по инфекционным болезням», – СПб: Фолиант, 2000 – 936 с
12. Мусабаев Э.И, Байжанов А.К., Юлдашова Г.Т. «ВИЧ/СПИД и другие заболевания, передающиеся гемоконтактным путем» – Ташкент, 2007 г.
13. Э.И.Мусабаев, А.К.Байжанов, Д.Б.Файзуллаева, Г.Т.Юлдашова, М.М.Газиева, “Даволаш-профилактика муассасалари ўрта тиббиёт ходимларининг ОИВ/ОИТС ва гемоконтакт йўл билан юкадиган бошқа касалликлар бўйича малакасини ошириш ва ихтисос-лаштириш бўйича дастури”, – Тошкент, 2006 – 14 б
14. Национальный протокол, «Предоставление медицинской помощи ВИЧ - инфицированным в Республике Узбекистан», Ташкент, 2005 г
15. Под ред. Е.П.Пурик, «Люди и ВИЧ», – К.: Фарм-арт, 2001

16. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и др. «Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции» – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001 – 96 с
17. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. «Инфекционные болезни и Эпидемиология», Москва, ГЭОТАР, Медицина, 2000 г
18. Проект «Мать и дитя», Клинико-организационное руководство по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, Москва, 2005 г.
19. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан №80, «Совершенствование профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан», от 28.03.2012 года
20. Приказ от 29.12.2007 год № 600 Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан «О соблюдении санитарно-гигиенического противоэпидемического и дезинфекционного режимов в ЛПУ МЗ РУз»
21. Рахманова А.Г. «Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных». – СПб: Издательство НИИХ СПбГУ, 2001.
22. Техника безопасности при работе с медицинскими иглами //ВИЧ-инфекция: многообразие аспектов. – 2001. - № 5. С. 36-49
23. Л.Тиджен, Д.Боссмейер, Н.Макинтош, «Профилактика инфекций», руководство для медицинских учреждений с ограниченными ресурсами, JHPIEGO – 2004 г.
24. «Ўзбекистон Республикасининг «Гиёҳвандлик воситалари ва психотроп моддалар тўғрисида»ги Қонуни. Тошкент, 1999 йил.
25. Эскулап, «Безопасные инъекции». Ташкент, 1998 г. - № 15
26. Berger P.B. The XIV International AIDS Conference: a call for action ...now // CMAJ. – 2002. – Vol. 167, № 5. – P. 483-484
27. Grant A.D., De-Cock K.M. ABC of AIDS. HIV infection and AIDS in the developing word //BMJ. – 2002. – Vol. 322, № 7300. – P. 1475-1478.
28. Report on global HIV/AIDS epidemic. – UNADS, July, 2002. – 226 p.

Мундарижа

Сўз боши	5
I - Қисм	
I – Боб ОИВ инфекцияси ва ортирилган иммунитет танқислиги синдроми (ОИТС)	
1-§ Этиологияси	7
2-§ Эпидемиологияси	13
3-§ Катталар ва ўсмирларда ОИВ-инфекцияси клиник босқичларининг БССТ томонидан қайта кўриб чиқилган таснифи	17
4-§ ОИВ инфекциясининг кечиши ва клиникаси	21
Касалликнинг ўткир даври	22
I – клиник босқич	24
II – клиник босқич	25
III – клиник босқич	26
IV – клиник босқич (ОИТС босқичи)	28
5-§ ОИВ инфекциясининг болаларда кечиш хусусиятлари	30
6-§ ОИВ-2 келтириб чиқарадиган инфекция	33
7-§ ОИВ инфекциясига чалинган беморларнинг руҳиятини ҳимоялаш	34
8-§ ОИВ инфекциясининг лаборатория ташхиси	34
9-§ Антиретровирус препаратлар билан даволаш	41
II - Боб	
1-§ ОИВнинг юқиш хавфини баҳолаш, камайтириш ёки йўқотиш	45
2-§ Эҳтиёт чора тадбирлар тузилишининг асосий тамойиллари	46
3-§ Кўл гигиенаси	47
4-§ Индивидуал ҳимоя воситалари	49
5-§ Деконтаминация	55
6-§ Ювиш	56
7-§ Стериллашдан олдинги (зарарсизлантириш – ювиш) жараёнларини назорат қилиш	57
8-§ Стериллаш	59
9- § Стерилаш жараёнини назорат қилиш	63
10-§ Тиббий чиқиндиларни йўқ қилиш	64
11 - § Бинолар ичини тозалаш	66
12-§ ОИВ/ОИТС ва гемоконтакт йўл билан юқадиган бошқа касалликларнинг касбга алоқадор тарзда (профессионал) юқишининг профилактикаси	68
13-§ Постконтакт профилактика (ПКП)	69
II -Қисм	

I -Боб Паллиатив ёрдам	
1-§ Беморларга паллиатив ёрдам кўрсатиш	77
2-§ Оғрикни даволаш принциплари	79
3-§ Ижтимоий ва маданий масалалар	81
II-Боб Бемор парвариши	
1-§ Бемор тўшагини тайёрлаш	82
2-§ Бемор парваришига бўлган асосий талаблар	85
3-§ Беморни бевосита кундалик парвариш қилиш	88
4-§ Терини парваришлаш ва ётоқ яраларининг олдини олиш	90
5-§ Нафас ва қон-томир аъзоларида кузатиладиган иккиламчи касалликлар профилактикаси	91
6-§ Бўғинлар контрактурасининг олдини олиш	94
7-§ Беморни симптоматик парваришлаш	95
1-илова	
Мулоқотда бўлган шахс учун ОИВ-инфекциясини юктириш бўйича кимёвий профилактикани ўтказиш юзасидан ахборотлашган розилик	103
2-илова	
Қасбга алоқадор бўлганда қайд этиш варақаси	105
3- илова	
Ётган беморлар учун машқлар	107
4-илова	
ОИВ билан касалланган беморларни овқатлантириш	110
5- илова	
Дори моддаларнинг битта шприцда бирга қўллашда бир-бирига мос (тўғри) келмаслиги	111
6 – илова	
Барча турдаги стационарлар учун битта қарши ишлов беришни ўтказиш тарти	113
7- Илова	
Вакуум тизими ёрдамида қон олиш муолажаси	114
8- Илова	
Суратлар	117
Қисқартиришлар рўйхати	123
Адабиётлар рўйхати	125
Мундарижа	127

5 лет на рынке

ООО «AVIKON MED»

является дистрибьютором таких компаний, как «Микроген», «Оболенск», «Фармстандарт» «Сибagroприбор», «АТОМТЕХ», «Мета Хром» R-BIOPHARM, AG.

Имеет своё производство с ООО НПП «BIOTEST» по лошадиной и бычьей сывороткам, единого бруцеллезного диагностикума, желчи лабораторной, кроличьей плазмы.

Наше предприятие занимается поставками химической, медицинской, фармацевтической продукции и посуды:

1. Питательные среды, диагностикумы, сыворотки (пр-ва России);
2. Тесты для контроля безопасности пищевой продукции и окружающей среды (пр-ва Германии);
3. Химические реактивы: кислоты, щёлочи, спирты, соли, индикаторы, фиксажы и т.п.;
4. Химико-лабораторная посуда из стекла и фарфора;
5. Медицинское лабораторное оборудование (автоклавов от 30 л. до 400л., дистилляторы, термостаты, сушильные шкафы, муфельные печи, весы и многое другое).

Наш адрес: офис - г. Ташкент 100011, ул. Гафура Гуляма, д.3, напротив Ганги.

тел: (+99871)1505568; 1505569; (+998974770664)

факс: 1505601;

e-mail: avikonmed@gmail.com;

УДК: 6169:612.017.1

КБК: 52.63

0-37

Э.И. Мусабаев, Г.М. Гиясова, Г.Т. Юлдашова ва бошқалар...

ОИВ-инфекцияси бўйича назарий ва амалий асослар

Муҳаррир: - *М.С. Омонов*

Рассом: - *Г.Т. Юлдашова*

**Компьютер
саҳифаловчи:** - *О.Ж. Абдуллаев*

Босишга рухсат этилди 26.07.2012. Буюртма № 11.
Қоғоз бичими 60x841/16. Шартли босма табағи-8,125.
«Меҳридарё» МЧЖ
Манзил: 100128, Тошкент ш., Авиация тор кўчаси, 13-уй
Лицензия рақами І№ 180.8.12.56.

Босишга рухсат этилди 26.07.2012. Буюртма № 50.
Қоғоз бичими 60x841/16. Шартли босма табағи-8,125. Адади 7000 нусхада.
«Geo fan poligraf» МЧЖ босмахонасида чоп этилган.
Босмахона манзили: 100170, Тошкент ш., Дўрмон йўли кўчаси, 24-уй.

ISBN 978-9943-351-25-7



© «Меҳридарё» МЧЖ

