

Б16
А-90

М.А.АХТАМОВ, К.А.СИДДИҚОВА

СТАФИЛОКОККДАН
ПАЙДО
БЎЛАДИГАН
КАСАЛЛИКЛАР

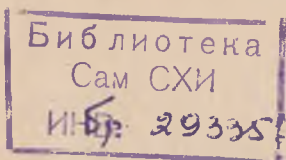


Б16 29335

М. А. АХТАМОВ, К. А. СИДДИҚОВА

616
А-90

**СТАФИЛОКОККАДАН
ПАЙДО БЎЛАДИГАН
КАСАЛЛИКЛАР**



ЎзССР «МЕДИЦИНА» ТОШКЕНТ
1980

✓

сарият касалхона муассасаларида учраб, асосан касалхонада рўй берадиган асоратларга сабаб бўлади.

Касаллик қўзғатувчи стафилококкларнинг тарқалишида уларни ташиб юрадиган кишиларнинг асосий роль ўйнаши исботланган. Заҳарли, дори препаратларига чидамли стафилококкларни ташиб юриш айниқса касалхона ва туғруқхоналарнинг ходимлари ўртасида кенг тарқалган.

Қундалик лаборатория-диагностика практикасида стафилококкларни турли материаллардан ажратиш ва касаллик қўзғатувчи стафилококкларни касаллик келтириб чиқармайдиган турларидан фарқ қилиш унчалик қийин эмас. Бироқ, амалий жиҳатдан соғлом одамлардан уларни топиш учун мураккаб диагностик методлардан (иммунологик, иммунохимиявий ва аллергик) фойдаланишга тўғри келади.

Оғир кечадиган, антибиотиклар билан даво қилиш қийин стафилококк касалликлари сонининг ўсиб бориши ташвишлантирадиган ҳолдир. Бундай ҳолларда замонавий амалий медицина ихтиёридаги специфик препаратларни қўлланиш муҳим аҳамият касб этади, деб ҳисоблашга ҳамма далиллар бор.

СТАФИЛОКОКК ТУҒРИСИДА

Стафилококкни биринчи марта 1879 йилда француз олими Луи Пастер топган, сўнгра 1884 йилда Розенбах уни ўрганган ва тасвирлаган. Бу ферментатив хоссаларига, одам ва ҳайвон организмда касаллик қўзғатувчи таъсири даражасига, заҳарлар ҳосил қилиш хусусиятига ва бошқа кўпгина жиҳатларига кўра бир-биридан фарқ қиладиган микробларнинг катта бир гуруҳидир.

Стафилококклар сиртдан қараганда диаметри 0,5 дан 1 микронгача бўлган шарсимон ҳужайралардир. Катта-кичиклиги ҳар хил, ташқи муҳитнинг турли омиллари таъсирида ўзгариб туради. Химиявий моддалар, антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар таъсирини, шунингдек уларнинг яшаш шароитларини шулар қаторига киритса бўлади.

Соф культурасидан тайёрланган суртмаларда стафилококклар микроскоп остида узум бошлари кўринишида жойлашади, турли патологик материаллардан тайёрланган суртмаларда эса улар одатда якка-якка, жуфт кокклар ва жуда кичик «тўдалар» кўринишида аниқланади.

Стафилококклар ҳаракатсиз. Споралари бўлмайди, одатда капсулалар ҳосил қилмайди. Ҳамма анилин бўёқлари билан яхши бўялади, граммуслат; улар факультатив, яъни кислород миқдори ошган ва пасайган шароитларда ва турли хил атмосфераларда, жумладан 20—25% карбонат ангидрид гази сақлаган шароитда ўсиш хусусиятига эга бўлган анаэроблардир. 35—37°C стафило-

коккининг ўсиши учун энг қулай температура ҳисобланади. Муҳитнинг оптимал реакцияси 7,2—7,8 атрофида. Суюқ муҳитларда стафилококклар кучли диффуз лойқаланиш бериб, аста-секин чўкма ҳосил қилади. Камданкам ҳолларда улар бульон юзасида парда кўринишида ўсиб, муҳит деярли тиниқлигича қолади. Стафилококк культураси гушт-пептонли, қандли ва суг-тузли агарга экилганда 24—48 соат ўтгач, юзаси ялтироқ, нам туташи парда ҳосил бўлади. Зич озиқли муҳитларда стафилококкларнинг колониялари диаметри 2 дан 4 мм гача юмалоқ шаклда бўлади. Колонияларнинг четлари текис, юзаси бир оз бўртиб чиққан, ялтироқ, ранги штамм ҳосил қиладиган пигментга боғлиқ (кўпинча тилла ранг, лимон ранг сариқ, оч жигарранг, оч сариқ ва оқ). Пигмент ҳосил қилиши даражаси жуда ўзгариб туриши мумкин.

Стафилококкларнинг кўшайиш тезлиги культуранинг ёшига, озиқли муҳит таркибига ва атроф муҳит температурасига, карбонат ангидрид газининг концентрациясига ва бошиқа кўпгина омилларга боғлиқ. Экинидан 3 соат кейин одатда жадал ўсиш кузатилади.

Стафилококклар суттин чиритади, сўнгра пептонлайди, глюкоза, лактоза, сахароза, мальтозани ферментлаб, ғазсиз кислотани ҳосил қилади, водород сульфидини ажратади ва индол ҳосил қилмайди.

Микроб қуритиши, музлатишга, қуёш нурини ва химиявий моддалар таъсирини исбатан юқори чидамлилиги билан характерланади (қуритилган ҳолда, масалан, олтин ойдан кўп, чангда 50—100 кун тирик сақланади). Патоген стафилококклар қиш даврида тупроқда 2 ойдан кўп, сувда 3 ҳафтагача яшай олади. Суг-тузли агарда улар 30—40 кун мобайнида, суюқроқ (0,7%) агар солинган кавшарланган пробиркаларда уй температурасида 4—6 ойгача яшаш қобилиятини сақлаб қолади. Тик тушадиган қуёш нурлари таъсирида улар нобуд бўлмайди ва 70°C температурада бир соатдан ортиқ яшайди, 80°C да

20—30 минутдан сўнг ҳалок бўлади. 110°C температурадаги қуруқ пессиклик уларни 45—60 минутда, 150°C дагиси 10 минутда ўлдиради. 3—5% ли карбол кислота эритмаси ёки 0,1% ли сулема эритмаси уларни 15—20 минут мобайнида ҳалок қилади.

Стафилококкларнинг антибиотикларга чидамлилиги муаммоси устида микробиологлар ва фармакологлар, биохимиклар ва химиклар, биологлар ва биофизиклар, шунингдек ҳамма ихтисосликдаги врачлар иш олиб боришмоқда.

Пенициллин ва таъсир спектри кенг бошқа айрим антибиотикларни кенг қўлланиш дастлабки йиллардаёқ стафилококкли касалликларнинг сезиларли камайишини таъминлади. Бироқ, 50-йиллардан бошлаб одам патологиясида стафилококкларнинг роли қайтадан ошди. Бунга сабаб шунки, бир неча ўн йилликлар мобайнида турли хил антибиотикларни ҳамма жойда ва кўпинча иррационал қўлланиш, уларга чидамли стафилококкларнинг пайдо бўлиши ва кенг тарқалишига олиб келди.

Антибиотикларга чидамли штаммларнинг кўпинча вирулентлик хусусияти ортиқлиги ва даволаш муассасаси шароитларида касалликларнинг кесинма юқишида катта роль ўйнаши исботланган. Кўп сонли антибиотикларга чидамли стафилококклардан вужудга келган касалхона инфекцияси ҳозирги вақтда медицинанинг ихтиёжда муҳим проблемаси бўлиб қолди, чунки стационарларда уларга қарши курашиш жуда қийинлашиб қолган. Бундай стафилококклар касалхона коллективларида, айниқса туғруқхоналарда ва хирургик стационарларда эпидемия ҳолида тарқалиш хусусиятига эга бўлиб, аксарин оғир асоратлар пайдо бўлишига олиб келади. Касалликларнинг асосий манбаи хизмат қиладиган ходимлар ва медицина ходимлари ҳисобланади.

Г. Н. Чистович таърифига кўра патоген стафилококк ташувчиларнинг ҳаммаси доимий «ашаддий», доимий «транзитор» типда ва вақтинчалик бўлади. Бир хил фа-

готипларга мансуб патоген стафилококкларни кўп миқдорда ташийдиган биринчи категория энг хавфли ҳисобланади.

Стафилококклар бурундан, ҳалқум шиллиқ пардасидан, теридан ажралиб чиқиб, асосан ҳаво-томчи йўли билан юқади.

Ўта чидамли, вирулент стафилококклар штаммларининг туғруқхоналардаги циркуляцияси аксари стафилоинфекцияларнинг эпидемик авж олиши ҳоллари билан ўтади. Бунда чақалоқлар ҳам, оналар ҳам кўп касалланади. Кузатишлар касалликнинг кўпчилик ҳолларда туғруқхонадан уйга қайтилгандан сўнг 8—10-кунни пайдо бўлишини кўрсатади.

Стафилококкларнинг ўта чидамли, «госпитал» штаммлари келтириб чиқарган маститлар ва чақалоқларнинг йирингли касалликлари оғир ўтади ва кўпинча узоқ муддатга чўзилади.

Нафас органларининг патоген стафилококклардан зарарланиши ҳар хил респиратор касалликлар ва пневмониялар авж олишига сабаб бўлса, терининг зарарланиши йирингли касалликлар ва сепсисга олиб келади, ичакларининг зарарланиши эса чақалоқ болаларда диспептик бузилишлар ва энтеритларни юзага чиқариши мумкин.

СТАФИЛОКОККЛАР ПАЙДО ҚИЛАДИГАН КАСАЛЛИКЛАР

Юқорида айтилганидек, патоген стафилококклар кўп сонли тери касалликлари (чипқон, ҳўппос, милкак, пиодермия, дерматитлар), жароҳат инфекциялари, томоқбурун ва қулоқ касалликлари (ринит, гайморит, отит, мастоидит, паротитлар), нафас йўллари касалликлари (пневмония, бронхопневмония, ўпка абсцесси: плевритлар), меъда-ичак йўллари касалликлари (энтероколит, овқат токсикоинфекциялари), сийдик йўллари касаллик-

лари (буйрак абсцесси, пиелонефритлар), шунингдек маститлар, остеомиелитлар, артритлар, менингитлар, перитонит ва сепсис ва бошқаларни келтириб чиқаради, яъни стафилококкдан пайдо бўладиган касалликларнинг кўришиши жуда турли-тумандир. Бунда стафилококкларнинг антибиотикларга чидамли штаммлари асосий ўрин тутади ва процесснинг кечишини оғирлаштириб, унинг аксарият ўлим билан тугашига олиб келади.

Бирор органнинг стафилококклардан зарарланишига иши тушмаган ва шу касалликларга қарши кураш масалаларини ҳал қилишда қийинчиликка дуч келмаган клиник фан мутахассисини топиб бўлмаса керак. Ҳозирда стафилококклар келтириб чиқарадиган мустақил формадаги касалликларнинг 45 дан зиёд тури маълум.

Энтеритлар ва энтероколитлар. Стафилококк инфекциясига бола организми жуда сезувчан бўлади, касаллик аксарият чақалоқларда учрайди. Бунга сабаб бола организмнинг иммунологик реактивлиги ва туғилгандан сўнг биринчи ҳафтalarda ва ойларда ўз-ўзини ҳимоя қилиш қобилияти такомиллашмаганлиги ва хали жуда заифлигидир. Бу ҳол калласининг ичи шикастланган, рахит, гипотрофия, экссудатив диатез билан оғриган, ой-куни етмасдан туғилган ва она қорнида инфекция юққан, сунъий боқилadиган болаларга айниқса тааллуқлидир.

Стафилококк пайдо қилadиган касалликлар катта ёшдаги кишиларда ҳам учраб туради ва хилма-хил формаларда юзага чиқади.

Стафилококкларнинг этиологияси масалалари билан кўпгина муассасалар шугулланган ва шугулланиб келмоқда, бироқ касалланиш проценти ҳозирги вақтда бирмунча юқорилигича қолмоқда. Хусусан, болаларда меъда-ичак органлари зарарланганда стафилококкларнинг салмоғи 1,6—8,5% атрофида ўзгариб туради. Қузатишлар чақалоқ болалар (1 дан 3 ойликкача) бу касалликларни жуда оғир ўтказишини кўрсатди. Аксарият ичак

деворларида чуқур ўзгаришлар аниқланиб, улар йирингли-некротик яралар ва кўпинча уларнинг тешилиб кетиши билан ўтади. Буларнинг жами йирингли перитонитларни келтириб чиқаради, натижада ўлим кўпаяди (7—8%).

Соғлом болаларда ичак флораси таркибида одатда озроқ миқдорда стафилококклар учраб, булар бола организмга таъсир кўрсатмай қолмайди. Иссиқлаб кетиш ёки совқотиш, овқатланиш режими бузилиши ёки ёшга тўғри келмайдиган овқат еб қўйиш, узоқ вақт давомида антибиотиклар билан даволаш (дисбактериоз пайдо бўлишига олиб келади) ва бошқа омиллардан сўнг бу стафилококклар жадал ривожлана бориб, патоген микроб хоссаларини олади ва энтеритлар ҳамда энтероколитларга сабаб бўлади.

Баъзан стафилококклардан келиб чиқадиган энтеритлар ва энтероколитлар ўткир шамоллаш касалликлари, пневмония, ич терлама, дизентерия, қизамиқ, грипп ва бошқалар заминда ривожланиши, яъни иккиламчи характерга эга бўлиши мумкин, чунки биринчи касалликларни даволаш мақсадида антибиотикларни, айниқса *pen os* (оғиз орқали) қўлланиш аксарият ичак микрофлорасининг айрим вакиллари ўртасидаги мувозанатнинг бузилишига олиб келади. Антибиотикларга сезувчан микроб турлари ҳалок бўлади, уларнинг ўринини чидамли нусхалари, хусусан мослашув хусусияти бирмунча юқори стафилококклар эгаллайди. Шунга кўра ичакдан ташқарида жойлашган бирор касалликка сульфаниламидлар ёки антибиотиклар билан даво қилиш жараёнида кўпинча патоген стафилококклар томонидан қўзғатиладиган ва «дорилардан келиб чиқадиган» деган ном олган ичак бузилишлари рўй беради.

Стафилококк энтероколитларининг кечиши бўйича енгил, ўртача оғирликдаги ва оғир формалари фарқ қилинади.

Касалликнинг енгил формаси бирданга бошланади,

температура 38°C гача чиқади, беморнинг кунига 4—5 марта ичи суради.

Интоксикация симптомлари бўлмайди, беморларнинг аҳволи қониқарлигича қолади. Бемор касаллиқнинг фақат дастлабки кунлари қусадди.

Ўртача оғирликдаги формаси тўлқинсимон кечади ва кўпчилик ҳолларда оддий диспепсияни стационар даволаш заминида пайдо бўлади. Токсикоз ҳодисалари 5—12 кун давом этади. Суткасига 8—10 марта сувдек, шилимшиқ аралаш ич кетади.

Оғир формаси асосан 6 ойликкача бўлган чақалоқларда кузатилади. Температура вақти-вақтида 37,5—38,5°C гача кўтарилиб, нормага жуда секин тушади. Қусиш узоққа чўзилиб, 8—12 кун мобайнида, яъни токсикоз ҳодисалари тўхтагунча бола кунига 2—3 мартадан қусадди. Суткасига 7—10 мартадан сувдек суюқ, шилимшиқли ич кетади.

Стафилококк энтероколити ҳодисасини мисол тариқасида келтирамиз.

М. Ф. исмли бола, 11 ойлик, 1975 й. 7. VI дан буён оғрийди. касаллик тўсатдан температура кўтарилиши билан бошланган, йўтал ва тумов пайдо бўлган. Ахлати диспептик, суткасига 5—6 марта ичи кетади. Эмизишдан сўнг 2 марта қусган.

Касалхонага келтирилганда аҳволи ўртача оғирликда эди, бола-нинг ранги оқарган, бушашган. Тили қуруқроқ, оқ кзраш билан қопланган, суткасига 2—3 марта қусадди. Диагноз — оддий диспепсия (бирга қушилиб келган касалликлари — рахитнинг II даражаси, гипертрофиянинг II даражаси).

8. VI — нажасидан экма қилинган. Пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, окситетрациклин, хлортетрациклин, левомецетин, мономицин ва эритромицинга носезувчан тилла ранг стафилококкларнинг кўп сонли колониялари ундирилган. Стафилококк культураларининг гемолитик, плазмани коагуляция қиладиган, лецитиназага активлик хоссалари бор, анаэроб шаронтларда манитни ферментлайди. Шу куннёқ мономицин ва умумий мустаҳкамлайдиган даво тайинланди. 11. VI гача температура аста-секин пасая борди, 12. VI да эса 38°C гача кескин кўтарилди (14. VI 39°C). 14. VI да мономицин тайинлаш бекор қилинди. 15. VI дан кейин температура яна пасая борди, соғайиш бошланди.

Бошқа бир ҳодиса.

Қ. Б. исмли бола. 9 ойлик, Самарқанд инфекцияно касалликлар касалхонасига 1975 й. 3. V да токмикоз ҳодисалари бўлган токмик диспепсия касаллиги диагнози билан касаллигининг 3-куни олиб келинди. Касаллиги икки томонлама майда ўчоқли пневмония билан оғирлашган. Болада гипертрофиянинг III даражали типни бўйича дистрофия ва рахитнинг I даражаси бор.

Касалхонага келтирилган вақтдаги шикоятлар: температураси баланд (40°C), қусади, тез-тез ичи кетади. Териси ва шиллиқ пардалари оқарган, қуруқ. Юрак тоилари бўғиқлашган, томири минутига 140 марта уради. Ўпкада нафас олиши қаттиқ, қуруқ хириллаган товушлар кўп. Суткасига 6—7 марта қусади.

Дастлабки 2 ойгача бола кўкрак сутини эмган, сўнгра сунъий овқатлантиришга ўтказилган.

4. V. — боланинг аҳволи жуда оғир: температураси 40°C , антибиотиклар ва бошқа литик воситалар таъсирида пасаймади. Эси кирали-чиқарли, пульси нисмон, қорни кепчиган, кунига 6 марта сарғимтир-кўк рангли ичи кетади.

Копрологик текширувлар: 4. V — лейкоцитлар миқдори кўп, эритроцитлар кўрув майдонида 6—8 та. Бактериологик анализ — нажасдан антибиотикларга чидамли гемолитик, плазмани коагуляция қилдиган, лецитиназоактив стафилококкнинг соф культураси ажратилган.

Шу маълумотлар асосида стафилококкли энтероколит диагнози қўйилади.

Шундай қилиб, ичаклар стафилококкдан зарарланганда стафилококк соф ҳолда ёки бемор ичак микрофлорасининг бошқа вакиллари орасида кўп миқдорда ажралиб чиқади. Бундан ташқари, унинг касаллик ривожланишидаги етакчи ролни тап олиш учун стафилококкнинг патогенлик ва вирулентлик хоссалари борлигини унутмаслик керак.

Энтероколитларнинг клиник кечиши стафилококклар ишлаб чиқарадиган ферментлар ва токсинга боғлиқ. Плазмокоагулаза, ДНК-аза, фибринолизин, лецитиназа ва гиалуронидаза стафилококк энтероколитлари патогенезида етакчи ўрин тутадиган стафилококкларнинг токсиген турларига киради. Маълумки, силлиқ мускулларга, бинобарин ичак моторикасига таъсир этадиган ва энтероколитларда юқори типларда ишлаб чиқариладиган

альфа-токсин билан энтероколит кечишининг оғир-енгиллиги ўртасида бевосита боғланиш мавжуд.

Энтероколитларнинг сурункасига, қайталаниб кечишига стафилококкларнинг кўп сонли антибиотикларга чидамли штамлари сабаб бўлади; юқорида айтилганидек, улар пенициллин, стрептомицин, хлортетрациклин, окситетрациклин, левомицетин ва тетрациклинга мослашув хоссасига эга, бироқ мономицин ва эритромицинга сезувчан.

Сепсис. Сўнги йилларда стафилококк сепсиснинг салмоғи билинарли даражада кўпайди. Болалардаги сепсиснинг ҳамма ҳолларида у бир яшаргача болаларнинг 80—98% да учраб, булардан 55—61% бола ҳаётининг биринчи ойига тўғри келади.

Стафилококк сепсис микробнинг қонга киндик жароҳатидан тушиши оқибатида пайдо бўлади. Киндик сепсисиде инфекция она қорнида ёки туғруқ вақтида тушиши мумкин, бироқ кўпинча у бола туғилгандан кейин киндик қолдиғини ва киндик жароҳатини парвариш қилиш даврида рўй беради.

Киндик сепсисиде касал боланинг аҳволи оғир, бўшашган, кўкракни олмай қўяди, ориқлаб кетади. Қусадн, ичи кетади, баъзан терисида гемorraгик токсикоаллергик тошмалар пайдо бўлади, температураси субфебрил ёки кўтарилган. Стафилококкларнинг буйрақларга токсинли таъсири натижасида ёки уларда пневмик ўчоқлар мавжудлигидан сийдикда кўпинча оқсил, лейкоцитлар, эритроцитлар топилади.

Периферик қонга анемия, лейкоцитоз (15000—3000 атрофида), эритроцитлар чукиш тезлигининг ошиши (соатига 30 мм гача) хосдир. Оғир ҳолларда гемorraгик синдром кузатилади. Бу фазада отит, пневмония каби янги-янги ўчоқлар, йирингли ярачалар қайта пайдо бўлиши мумкин.

Чала туғилган болалардаги сепсис алоҳида диққат-эътиборни талаб қилади, бунда касаллик аксарн ўртача

Ўткир ёки сурункали кечади. Стафилококклардан инфекцияланган киндик жароҳати узоқ вақтгача (20 кунгача ва бундан кўпроқ) эпителийланмайди ва киндик намланиб туради.

Сепсисда чала туғилган болалар организми ниҳоятда ҳолдан кетади, ҳимоя функциялари пасаяди, шунга кўра бундай беморларда кўпинча отит ва пневмония пайдо бўлади. Бунда токсикоз кучаяди, аксари ичакда ҳаракаат функциясининг пасайиб кетганлиги қайд қилинади.

Чала туғилган болаларда киндик сепсиси кўпинча ярали энтероколит билан оғирлашиб, кейинчалик ичак яраси тешилади ва перитонит рўй беради.

Боланинг аҳволи кескин ёмонлашади, у оқариб кетади, безовталанади, нафас олиши юзаки бўлиб қолади. Буларнинг ҳаммаси чала туғилган болаларда сепсис туфайли ўлим ҳолларининг юқорилигича қолаётганидан далолат беради.

Пневмония мустақил касаллик сифатида бирламчи ёки организмда бошқа стафилококкли ўчоқлар бўлганда иккиламчи пайдо бўлиши мумкин. Бирламчи пневмония одатда қўзғатувчининг ҳаво орқали бронхларга тушиши, иккиламчи инфекция — стафилококкнинг бирламчи чокдан қон билан ўпкага ўтиши натижасида вужудга келади. Иккиламчи пневмония аксари тери ва киндикнинг стафилококкли зарарланишидан, ўрта қулоқнинг йирингли яллиғланишидан ва бошқалардан кейин кузатилади.

Бир ёшгача болалар стафилококк пневмониясига нисбатан жуда чидамсиз бўлади. Касаллик ўткир бошланиши, оғир ўтиши, бола организмнинг бирмунча интоксикацияланиши ва нафас олишнинг етишмаслиги ҳодисалари билан характерланади. Беморларда нафас қисилиши биланиб туради, бурун-лаб учбурчаги кўкимтир тус олади, қаттиқ йўтал азоб беради. Қусиш, тез срада ориқлаб кетиш кузатилади. Интоксикация юрак, жигар, ҳазм органлари ҳолатига ва ишига таъсир қилади. Қориннинг

кепчиганлиги кўпинча «қориндаги ўткир оғриқ»ни эсла-
тиб, ичак инвагинацияси туғрисида ўйлашга мажбур
этади.

Стафилококк этиологияли пневмония учун касаллик-
нинг тез авж олиши, аксари бир томонлама зарарланиш
ва яллиғланиш процессига плевранинг тортилиши хос-
дир. Патоген стафилококклар актив равишда некроток-
син ишлаб чиқаради, шунга кўра стафилококкли пнев-
монияда ўпка тўқимасининг некрозга учраши натижа-
сида зарарланган соҳада рентгенологик текширувда
аниқланадиган бўшлиқлар ҳосил бўлади. Баъзан бу
бўшлиқларда йиринг йиғилади, касаллик оғир ўта бош-
лайди. Бунда тери кулранг тусга киради, нафас қисиши
яққол билинади, нам йўтал сабабли баъзан йирингли
балғам ажралади.

Иккиламчи пневмонияда аксари ўпка икки томонла-
ма касалланади, бу формасида кўпинча плевра зарар
кўради, ўпкада абсцесслар ҳосил бўлади. Иккиламчи
пневмония стафилококкли септикопнемия оқибати бўл-
ганлиги сабабли ҳамиша оғир ўтади.

Пневмококкли ва бошқа этиологияли пневмониялар-
дан фарқ қилиб, стафилококкли пневмония узоқ вақтга
чўзилади, кўп сонли асоратлар беради. Унга, шунингдек,
айниқса чақалоқлар ва ҳаётининг биринчи ойидаги бо-
лалар орасида ўлимнинг юқорилиги хосдир.

О в қ а т д а н б ў л а д и г а н т о к с и к о и н ф е к ц и я л а р—токсиген стафилококклардан инфекцияланган ов-
қат ейишга алоқадор касалликлардир. Улар учун тўсат-
дан бошланиш, оммавий тус олиш, жадал авж олиш,
қисқа муддат ичида кечиш ва «эпидемик дум» нинг
қолмаслиги характерли. Овқатдан бўладиган токсико-
инфекцияларда кескин токсикоз симптомлари, аниқ кў-
ринган гастроэнтерит, сув-туз алмашинувининг бузилиши
биринчи ўринни эгаллайди.

Овқатдан заҳарланишлар ғоят турли-туман патоген
ва шартли патоген микроорганизмлар томонидан қўзға-

тилиши мумкин. Бироқ токсикоинфекция авж олишига сабабчи бўладиган стафилококклар биринчи ўринни эгаллайди. Бу ҳолда турли-туман кишилар, жумладан йирингли — яллиғланиш ва ўткир шамоллаш касалликлари бўлган, муртак безлари яллиғланган беморлар, шунингдек патоген стафилококкларни ташиб юрадиган соғлом кишилар инфекция манбаи бўлади.

Овқатдан бўладиган токсикоинфекциялар авж олишига аксари стафилококк туфайли эмчаги йирингли яллиғланган сигирлар ва бошқа касал ҳайвонларнинг сути, шунингдек патоген стафилококклар билан инфекцияланган турли хил озиқ-овқат маҳсулотлари сабаб бўлади.

Стафилококкли овқат токсикоинфекцияси нисбатан қисқа инкубацион давр, тез орада кўнгил айнаши ва қусиш, туш суяги ости соҳасида ва қоринда оғриқ, бирданига бўшашиб кетиш билан характерланади. Кетма-кет қусавериш натижасида организм кўп миқдорда сув ва туз йўқотади, бу юрак-томирлар системаси ҳолатига ва қон босимига таъсир этади. Шунга кўра беморларда пульсининг юмшоқлиги, тери рангининг кўкимтирлиги, талвасалар қайд қилинади. «Ичаклар» томонидан бўладиган ҳодисалар ва организмнинг температура реакцияси унчалик яққол юзага чиқмайди.

Мастит. Асосан стафилококк инфекциясининг турли йўллари билан кириб, сут безини яллиғлантиришидир. Камроқ ҳолларда стрептококклар, пневмококклар ва бошқалар унга сабаб бўлиши эҳтимол.

Мастит аёлларда кўпинча, туғруқдан кейинги даврда ривожланади. Туққан аёлларнинг қарийб 1—1,5 проценти сут безларининг яллиғланишига учрайди. Кўпчилик ҳолларда касаллик туғруқдан кейин 10—12-кун, туққан аёлларнинг кўпи уйига қайтганидан сўнг бошланади. 70% ҳолларда мастит биринчи марта туққан аёлларда учрайди. 80% ҳолларда эмизикли аёлларда ва 4% ҳолларда ҳомиладорлик давридаги аёлларда куза-

тилади. Тахминан 15% ҳолларда мастит бола эмизмай-
диган хотинларда учрайди.

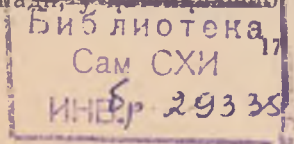
Тугруқдан кейинги маститлар ривожланишида эмчак
учининг жароҳатланиши: шилиниши, ёрилиши, мацера-
цияси катта аҳамиятга эга, булар инфекция кирадиган
дарвоза ҳисобланади.

Бола эмизадиган аёлларда эмчакнинг учини кўпинча
болага кўкракни нотўғри берилганда, ареоласўргич со-
ҳасидаги функционал ва анатомик нуқсонларда ҳосил
бўлади. Бола эмчак сўргичини қамраб олиши учун тез-
тез қаттиқ ҳаракатлар қилади, натижада сўргич шикаст-
ланади ва унда ёриқлар пайдо бўлади.

Ёриқларга йиринг ҳосил қиладиган микроблар, жум-
ладан стафилококклар тушади. Жароҳатланган жойлар-
га кийимлардан ва бола оғзидан тушган стафилококклар
лимфатик йўллари ва сут йўллари бўйлаб тез тарқа-
лади.

Ўткир яллиғланиш процессининг дастлабки босқич-
ларида, одатда, сўргич қонга тўлган, тараңлашган ва
болани эмизиш қаттиқ, азобли оғриққа сабаб бўлади.
Эмизишдаги оғриқ сезгилари сут бези секретор функция-
сининг бузилишига имкон беради, сутнинг димланиб қо-
лиши учун шароитлар вужудга келади, бу эса патоген
микроблар кўпайиши учун қулай шарт-шароитлар ҳисоб-
ланади. Сут йўллари ва улар деворларининг яллиғланиш
инфильтрацияси сут йўллари бўшлиғининг бекилиб қо-
лишига олиб келади. Яллиғланиш процесси кейинчалик
безсимон бўлакларга тарқалади ва алоҳида-алоҳида,
майда абсцесслар ҳосил бўлади. Улар деворининг йи-
рингли парчаланиши майда абсцессларнинг битта катта
йирингли ярага айланишига олиб келади.

Маститларни аниқлаш қийин эмас. Аввалига темпера-
тура 39—40°C гача кўтарилади, беморнинг эти увишади,
аъзойи баданида оғриқ бўлади, сут бези қизаради ва
зичлашади. Сут ажралиши камаёди, сут безининг ҳажми
катталашади, у қаттиқлашиб қолади, инфилтрат ҳосил



бўлади. Яқинида жойлашган лимфатик тугунлар катталашади ва оғрийди.

Йирингли процесс сут безларининг бағрида ёки орқасида жойлашган бўлса, сут безининг териси ва консистенцияси ўзгармай қолиши мумкин. Сут безининг орқасида йиринг тупланиши натижасида унинг шакли ўзгаради.

Ўткир йирингли маститнинг кечиши стафилококкнинг токсигенлик даражасига ва организмнинг иммунбиологик даражасига боғлиқ. Ҳозирги вақтда мастит аксари (80% гача ҳолларда) стафилококкларнинг дориларга чидамли шакллари томонидан қўзғатилмоқда ва асосан оғир ва узоқ давом қилмоқда.

Маститни даволашда антибиотикларни қўлланиш аксари наф бермайди ва бунга асосий сабаб уларни етарли дозаларда тайинламаслик ва асосий қўзғатувчига қарши таъсир этадиган антибиотикларни нотўғри танлашдир.

Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар билан бирга стафилококкларга қарши специфик препаратлар: анатоксин, бактериофаг, антифагин қўлланилади, булар ҳатто хирургик операциялардан кейин ҳам маститнинг кечишини енгиллаштиради. Туққан аёлларда анатоксинни 3 суткалик интерваллар билан ошиб борадиган дозада (0,4 0,7, 1 мл) тери остига юборилади. Бундай «экспресс-иммунлаш» сероз маститнинг қайтишига имкон беради, унинг кечишини ва натижасини яхшилайтиди.

Маститни тугруққа қадар олдини олишнинг катта аҳамияти бор. Ҳомиладор аёлларни стафилококк анатоксини билан актив иммунлашдан сўнг улар билан касалланиш проценти кескин камаяди. Хотинларга туғишга қадар сут безлари, кўкрак қафаси, қўлтиқ терисининг ҳар қуни илиқ сув билан совунлаб ювиб туриш тавсия этилади.

Тугруқдан кейинги мастит профилактикасида бола эмизиш даврида сут безлари функциясини сақлаш, ка-

саллик қўзғатувчи микроблар тушишининг олдини олиш асосий роль ўйнайди.

Эмчак учнда ёриқлар бўлганда туғруққача ва туғруқдан кейинги даврларда уларга 1% рибофлавин мази, фурацилин (1:5000), 2% грамицидин эритмаси, сепма дори сифатида стрептоцид, бриллиант яшили, калий перманганат эритмаси, 0,5% нашатир спирт эритмаси қўлланиб даво қилиш лозим.

Туғруқхоналарда пухта санитария режимини белгилаш, ҳамма анжомларни ўз вақтида дезинфекция қилиш, медицина ходимлари ва хизматчи ходимлар орасида микроб ташувчиларни аниқлаш ва ҳар кунни санация қилишининг аҳамияти катта.

Ҳомиладор ва бола эмизадиган аёл организми чидамини ошириш ва мустаҳкамлаш, туғруққа қадар ва туғруқдан кейинги даврларда парҳезга амал қилиш муҳим вазифа ҳисобланади. Ҳомиладор аёллар ва туққан хотинларнинг суткалик рақионида оқсиллар, ёғлар, углеводлар, А, В₁, В₂, С, Р витаминлари ва минерал тузларининг миқдори старлича бўлиши керак.

Терининг йирингли касалликлари. Стафилококк келтириб чиқарган йирингли тери касалликлари группасини даволаш ролига айниқса аҳамият берилади. Улар шунчалик кенг тарқалганидан тери касалликлари орасида уларга биринчи ўринни берилади. Бу стафилококкларнинг ҳамма жойда кенг тарқалганлиги ва уларнинг одам терисига тушиш имконияти катталиги билан изоҳланади.

Маълумки, стафилококкларни одам териси юзасида ҳаммаша учратилади, лекин соғлом кишиларнинг аксариятида унинг касаллик қўзғатмайдиган турлари кўп бўлади, соғлом кишиларнинг 6—10% ида эса, уларнинг патоген формалари топилади.

Стафилококкларнинг биологик ўзгарувчанлик хоссаси борлигини ва маълум шароитлар бўлганда непатоген

формадан патоген формага ўта олишини эслатиб ўтиш муҳим.

Йирингли тери касалликлари авж олишида тери сатҳида фақат патоген стафилококкнинг мавжудлиги юқумли яллиғланиш процессини келтириб чиқара олмайди. Бунда организмнинг табiiй ҳимоя кучларига ва терининг физиологик функцияларига таъсир кўрсата оладиган турли-туман ташқи ва ички мойиллик тугдирувчи омилларнинг организмга таъсири ҳам жиддий аҳамият касб этади. Терининг суртиладиган мойлар, ёнадиган суюқлиқлар, йирик чаш заррачаларидан кўп пфлосланиши, майда шикастлар, тери бичилиши, организмнинг совқетиниши ва иссиқлаб кетиши, гиповитаминозлар, сифатсиз овқатлар, узоқ муддат жисмоний чарчаш, асаб толиқиши ва бошқалар шундай таъсирлар жумласига киради.

Стафилококкли йирингли касалликлар учун асосан соч фолликуллари, ёғ ва тер безлари атрофида яллиғланиш ривожланиши, йирингли ва йирингли-некротик яллиғланиш реакцияси хос.

Терининг стафилококклар келтириб чиқарадиган йирингли-яллиғланиш касалликлари орасида қуйидаги турлари энг кўп тарқалган:

1) остеофолликулит терининг асосан механик таъсирланиши (инқаланиш, соч-соқол олдириш, мазь дорилар суртиш, кўп терлаш, қашиниш натижасида терининг мацерацияга учраши) сабабли пайдо бўладиган йирингли-яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан юз, бўйни, елка, болдир, сон терисида тўғнагич бошчасидек келадиган майда пуфакчалар тошини билан характерланади. Беморлар тери қичишишидан шикоят қилишади. 4—5 кун ўтгач, пуфакчалар қурий бошлаб, пўстлоқчалар ҳосил қилади ва тузалади.

2) ф у р у н к у л (ч и п қ о н), соч фолликули ва фолликулларни ўраб турган бириктирувчи тўқиманинг ўткир йирингли-некротик яллиғланиши. Чипқон чиқишига

кўпичча стафилококк сабабчи ҳисобланади, бироқ унинг тери сатҳида бор бўлиши ҳамиша касалликка олиб келавермайди. Бу ўринда мойиллик келтириб чиқарадиган ташқи омиллар ролини ҳам ҳисобга олиш зарур: корхонада терининг химиявий моддалардан ифлосланиши, унинг кийим-бошдан ишқаланиши, жумладан кўп терлаш, майда жароҳат кабилар шулар қаторига киради.

Айрим ҳолларда чипқон организмнинг стафилококкларга сезувчанлиги ошиши туфайли қайта-қайта чиқади.

Бу ҳол аксари нерв системаси фаолияти функционал жиҳатдан бузилганда, А, С гиповитаминозда, хроник ичак интоксикациясида, узоқ вақтгача жисмоний чарчаганда, моддалар алмашинуви, айниқса, углевод алмашинуви бузилганда кузатилади. Организмнинг совқотиши ва иссиқлаб кетиши ҳам аҳамиятга эга.

Чипқон, қўл-оёқ кафтдан ташқари, баданнинг ҳар қандай жойида пайдо бўлиши мумкин. Якка-якка чиқиб, умумий ҳодисаларсиз ўтиши ва кўп сонли бўлиб иситма чиқариши, интоксикацияни вужудга келтириши мумкин.

Стафилококк соч фолликулига киргандан кейин 1—2 сутка ўтгач, терида тез катталашадиган ва оғриғи зўрайиб борадиган инфилтрат ҳосил бўлади. 3—4-суткага келиб, инфилтрат маркази юмшайди, сўнгра чипқон ёрилиб, оз-моз йиринг чиқади. Пишиб ёрилгандан сўнг ҳосил бўладиган некротик ўзаги 2—3 кундан кейин чиқади. Оғриқ қолади, яллиғли инфилтрат ва шиш йўқолади ва яра бита бошлаб, кичкина ямоқча қолади. Шу ҳодисалар ҳаммаси бўлиб 8—10 кунни ўз ичига олади.

Айрим ҳолларда чипқон лимфатик томирлар ва безларнинг яллиғланишига олиб боради. Чипқоннинг юзга, лабга, бурунга чиқиши айниқса ёмон.

3) г и д р а д е н и т, тер безларининг йирингли яллиғланиши, стафилококкларнинг тер безининг чиқарув йўлларида тушиши оқибатида ривожланади. Стафилококклар тер безларини ўраб турган бириктирувчи тўқимага

лимфатик томирлар орқали тушиб, уни бирламчи зарарлантиради, тер безлари эса яллиғланиш процессига иккиламчи тортилади, деган фикр мавжуд.

Болаларда вояга етиш давригача ва кексаларда гидраденит кузатилмайди. Бу ҳол тер безлари билан одамда жинсий фаолиятнинг ривожланиш ва сўниш давлари ўртасида боғланиш борлигидан далолат беради.

Гидраденит асосан қўлтиқда жойлашади. Хотинларда гидраденит эмчак уни гардишида ривожланади. Қасаллик аксари кўп терлайдиган, дерматозли, исқирт одамларда қўлтиқ териси устара, депилляция қиладиган моддалар билан таъсирланганда ривожланади.

Гидраденит тери ва тери ости клетчаткаси бағрида нўхатдек келадиган оғрийдиган тугунчалар пайдо бўлиши билан характерланади. Тугунчалар тобора катталашиб, ерёнғоқ ёки ўрмон ёнғоғи катталигигача етади. Қасалланган безлар қирмизи-қизил ранга кириб, тери сатҳидан бир оз кўтарилиб туради. Яллиғланиш процесси йиринг тўпланиши ва пишиши билан ўтади, тугун флюктуация қила бошлайди ва ёрилиб қаймоқсимон йиринг ажралиб чиқади. Баъзан яллиғланиш процесси бир вақтнинг ўзида тер безларидан бир нечтасини эгаллайди, бунда қўлтиқнинг ҳамма жойига ёйилган катта инфилтрат ҳосил бўлади.

Гидраденит одатда ўткир кечади.

Остеомиелит, суяк системасининг йирингли яллиғланиш касаллиги, бунда яллиғланиш процесси суяк кўмигини, сўнгра суякнинг ҳамма элементларини қамраб олади. Остеомиелитнинг ўткир ва хроник формалари фарқ қилинади.

Ўткир гематоген остеомиелит билан 75% гача ҳолларда болалар касалланади, бунда скелетнинг ҳар қандай суяги, лекин аксари найсимон суяклар (соң, суяги, катта болдир суяги, елка суяги) касалланади.

Касаллик аксарият бошқа органлардаги йирингли

процесслардан сўнг иккиламчи инфекция сифатида ривожланади,

Остеомиелитни турли хил йиринг ҳосил қилувчи микроблар келтириб чиқариши мумкин, бироқ касалликнинг асосий сабабчиси (75—85%) патоген стафилококк бўлиб, унинг остеомиелитдаги салмоғи йил сайин ошиб бормоқда. Бу ҳол антибиотикларга чидамли патоген стафилококкларнинг тобора кенг тарқалаётганидан далолат беради ва врачларни ташвишлантирмоқда. Касалликнинг кечиши ҳам ўзгарди. Илгари стафилококка қарши яхши таъсир кўрсатадиган антибиотиклар ўз активлигини йўқотганидан аксарият оғирлашадиган (флегмона, сепсис ва бошқалар) сурункали ва хроник формалари кўпроқ қайд қилинадиган бўлди.

Чақалоқлардаги остеомиелит алоҳида диққатга сазовор, унинг ривожланишида киндик ярачаси катта ўрин тутади.

Операциядан кейинги стафилококк асоратлари. Ҳозирги вақтда операциядан кейинги жароҳатнинг йирингли асоратлари «антибиотиклардан олдинги давргача» тез-тез учраши маълум даражада ташвишлантирадиган ҳол ҳисобланади. Гарчи замонавий медицина муваффақиятларини ва бактерияга қарши дори препаратларининг кўплигини ҳисобга олишганда бунинг аксича бўлиши керак эди.

Шунга кўра О. В. Барояннинг пенициллин ўз вазифасини бажариб бўлди, деган сўзларини келтириш ўринли. Бу антибиотикка ўта сезувчан стафилококклар йўқотилган эди, пенициллинга чидамли штамmlари эса кенг тарқалди.

В. А. Проскуровнинг хирургик бўлимларда стафилококк инфекцияларининг эпидемик авж олиш ҳоллари алоҳида хавф туғдиришига доир фикрларининг туғрилигини тан олиш лозим. Хирургик стационарларда унинг ҳозирги вақтда кузатилаётган беморларга тез юқиши ташвишлантирмасдан қолмайди. Шунга қарамай, В. А.

Троскуровнинг таъкидлашича, айрим муаллифларнинг антибиотикларни профилактик киритиш тўғрисидаги тавсияномлари кишини таажжублантиради.

Шунга асосланиб, операциядан кейинги стафилококк асоратлари профилактикасида, асептика ва антисептика қоидаларига пухта риоя қилишдан ташқари, ташувчиларни аниқлаш ва санация қилиш, шунингдек хирургик операция қилинадиган беморларни стафилококк анатоксини билан актив иммунлашнинг муҳим аҳамияти бор.

СТАФИЛОКОКК ПАРАЗИТОЦЕНОЗИ ҲАҚИДА

Микроорганизмлар бизнинг теварақ-атрофимизда ҳам, ичимизда ҳам турли хил ассоциациялар кўринишида яшайди. Одам ёки ҳайвоннинг бирор органида, масалан, бурун-қалқумда, ўпкада ва шу каби органларда яшайдиган микроорганизмлар йиғиндисини паразитоценоз деб аташ расм бўлган.

Паразитоценоз айрим аъзолари ўртасидаги муносабатлар уларнинг қайси турга мансублигига қараб жуда турли-туман бўлади. Айрим ҳолларда улар бир-бирига нисбатан бефарқ бўлса, бошқа ҳолларда уларнинг бирга яшаши антагонистик характерга эга бўлади, учинчи ҳолларда бири иккинчисининг ўсиши ва ривожланишини рағбатлантириб туради.

Сўнги йилларда паразитоценозлар профилактикасида стафилококкларга алоҳида аҳамият берилади. Чунки стафилококклар кўпинча турли зарарланиш ўчоқларидан касалликнинг асосий кўзгатувчилари билан ажралиб чиқадиган бўлди. Чунончи, масалан, грипп, кўкйўтал ва бошқа купгина касалликларда у жуда кўп ва тез-тез ажралиб чиқади.

Бемор организми учун стафилококк паразитоценозининг бефарқ эмаслиги диққатга сазовор. Стафилококкнинг қўшилиши патологик процессни оғирлаштиради, организм интоксикациясини кучайтиради, макроорганизмнинг иммун биологик хоссаларини пасайтиради.

Худди шу сабабли, беморлар томогида стафилококклар топилганда дифтерия оғир кечади.

Ичаклардаги паразитоценоз проблемасининг аҳамияти муҳим, чунки химиявий терапевтик препаратлар ва антибиотикларнинг таъсир қилиши унинг турлари ўрта-сндаги составга боғлиқ.

Ҳазм йўлларидаги микроблар йиғиндиси кўп сонли ва турли-туман. Катта ёшдаги одамларда ичак микрофлорасининг асосий вакили ичак таёқчаси ҳамма соғлом кишиларда учрайди ва бутун микроб массасининг 85—90% ни ташкил қилади. Стафилококклар, ачитқи замбуруғлар ва бошқа замбуруғлар, чиритадиган бактериялар озроқ миқдорда учрайди.

Ичак таёқчаси ўз хўжайинининг организми учун жуда керак ва фойдали, у ғоят муҳим функцияни бажаради. Аввало ичак таёқчаси ва ичакдаги микробларнинг бошқа айрим турлари В, С, К, А группасидаги витаминларни синтез қилади ва балансини бошқариб туради. Иккинчи томондан, у ичакдаги биохимиявий процессларни рағбатлантиради. Ичак таёқчаси антагонист-микроб сифатида организмни турли касаллик қўзғатувчи микроблардан ҳимоя қилишда ҳам муҳим роль ўйнайди. Одам организмнинг иммунологик ҳолати ва у ёки бу инфекцион касалликларнинг ривожланиши маълум даражада ичак микрофлораси, хусусан ичак таёқчасининг миқдорий ва сифатий ҳолатига боғлиқ.

Аксари турли омиллар таъсирида ичакдаги микроб мувозанати бузилади, типик ичак таёқчалари сони кескин камаёди, стафилококклар замбуруғлар чириши процессининг қўзғатувчилари — микроблар сони кескин камайиб кетади. Бундай ҳолатни ичак дисбактериози деб аташ расм бўлган.

Турли хил касалликларга даво қилишда антибиотикларни кенг қўламда ва айрим ҳолларда порационал қўлланиш ҳозирги босқичда дисбактериоз пайдо бўлишининг энг кўп учрайдиган сабабчиси ҳисобланади.

Антибиотиклар ҳозир ҳам кўп инфекцион касалликларнинг қўзғатувчиларига қарши кучли восита сифатида тавсия қилинади. Ичак микрофлораси составида, шубҳасиз, микроорганизмларнинг чидамли ва сезувчан турлари учрайди ва ҳар бир индивидуал микрофлора айрим вакилларининг у ёки бу антибиотикка мулосабатини ҳисобга олмай туриб талаб этиладиган натижага эришиб бўлмайди. Антибиотикларни узоқ муддат, катта дозада, айниқса оғиз орқали қўлланишда ичак микрофлораси составидаги кўпгина антагонист-микроблар пубуд бўлади. Айни вақтда қўлланиладиган антибиотикларга чидамли микробларнинг жадал ривожланиши учун шароитлар вужудга келади.

Антибиотикларга чидамли стафилококклар, шунингдек, ичак микрофлораси составида учрайди, бироқ ичак таёқчаси, ичакнинг нордон сут бактерияларининг антагонистик таъсири туфайли кўпинча активлиги кам бўлиб қолади. Антибиотиклар ва химиявий препаратлар организм учун фойдали микробларнинг ўсишини пасайтириб, шу тариқа стафилококкларнинг жадал ўсишига имкон беради, энди етакчи ўринни эгаллаган стафилококклар ўз патогенлик хоссаларини юзага чиқара бошлайди. Буларнинг ҳаммаси антибиотикотерапия процессида ёки ундан кейин ичакларнинг стафилококкдан жиддий зарарланишларини тушунишга ёрдам беради ва инфекцион касалликларни антибиотик ёки химиотерапевтик йўл билан даволаш у ёки бу органнинг паразитоценоз состави хусусиятлари назарда тутилгандагина ижобий натижа беради, деган ишонч ҳосил қилади.

СТАФИЛОКОКК КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ИММУНТЕРАПИЯСИ

Стафилококк касалликларининг патогенези мураккаб, шунга қўра уларни комплекс даволаш ва а) токсикоз ва функционал бузилишларга қарши курашга; б) инфек-

ция қўзғатувчиси билан курашга; в) организмнинг ҳимоя кучини оширишга қаратилиши лозим. Антибиотикларни тўғри танлаш ва фойдаланиш муҳим. Айрим дори воситаларини рационал қўйиш ва бирини иккинчиси билан ўз вақтида алиштириш бу препаратларни қўлланишида асосий принципга айланиши керак.

Стафилококк инфекцияларида организмнинг куч-қувватини оширадиган рағбатлантирувчи давога алоҳида аҳамият берилади, бунда касалликнинг ривожланишида организмнинг иммунбиологик ҳолати ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлиб, бу ҳолат антибиотиклар таъсирида сезиларли даражада пасаяди. Витаминлар синтези ва баланси бузилади, биохимик процесслар бузилади. Бу даврда микробиологик назоратнинг бўлмаслиги касаллик процессини қийинлаштириши мумкин, ваҳоланки, касалликнинг стафилококк этиологияси ҳатто тасдиқланмаганда ҳам иммунологик таъсир кўрсатадиган препаратлар фойдали таъсир қилиши мумкин.

Ҳозирги вақтда стафилококк касалликларига даво қилиш мақсадида анатоксинлар, вакциналар, антифагин ва зардоб препаратлари кенг қўлланилмоқда.

Натив стафилококк анатоксин стафилококк бульон культурасининг стерил филтрати ҳисобланади, унда иссиқлик ва формалин билан зарарсиз ҳолга келтирилган стафилококк токсини бўлади. Парентерал юборишда у организмнинг иммунологик ҳолатини ўзгартиради, бу — антитоксик иммунитет ривожланишида юзага чиқади.

Натив стафилококк анатоксини стафилококк этиологияли турли хил касалликлар: сепсис, мастит, остеомиелит, зотилжам, стафилодермия, фурункулёз, карбункул, флегмона ва бошқаларга даво ва профилактика қилишда қўлланилади.

Натив анатоксинни даво мақсадида қўлланишнинг тахминий схемаси препаратни ошиб борадиган: 0,1; 0,3; 0,5; 0,7; 1; 1, 2; 1,5, 1, 7 ва 2 мл дозаларда 9 марта инъек-

дил қилишдан иборат. Инъекциялар орасидаги интерваллар 3—5 кун. 1—2 яшаргача болаларни даволаш учун натив анатоксинни 0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,6; 0,8 ва 1 мл дозаларда 1—2 кунлик интерваллар билан юборилади. Анатоксин билан даво қилишнинг кўрсатиб ўтилган схемалари индивидуал терапия схемасини тузиш учун мулжал ҳисобланади. Ҳар бир кейинги дозанинг катта-кичиклиги, шунингдек улар ўртасидаги интерваллар олдинги инъекциядан кейин кузатиладиган умумий маҳаллий ёки ўчоқли реакцияни ҳисобга олган ҳолда белгиланади. Навбатдаги доза реакция сўнгандан кейингина юборилади. Ҳар гал кейинги инъекцияда препаратнинг ошиб борадиган дозаси киритилиши туфайли инъекциялар орасидаги интервалга аҳамият бериш лозим. Интервал 7 кунгача узайтирилгандан сўнг буидан олдинги дозани такрорлаш керак.

Натив стафилококк анатоксинини одатда куракнинг пастки бурчаги териси остига, гоҳ ўнг томонга, гоҳ чап томонга юборилади.

Организмнинг препарат юборилишига реакцияси умумий (лоҳаслик, тана ҳароратининг 1—1,5°С га кўтарилиши), маҳаллий ўчоқли (гиперемия, шиш, оғриқ) ва ўчоқли (зарарланиш ўчоғида яллиғланиш реакциясичинг кучайиши) характерда бўлиши мумкин. Реакциянинг даражаси организмнинг индивидуал сезувчанлигига боғлиқ. Реакциялар кўпинча препарат юборилгандан сўнг 6—8 соат ўтгач ривожланади ва 1—2 кунда сўнади. Айрим ҳолларда маҳаллий реакция бирмунча яққол ва давомли бўлиши мумкин.

Натив стафилококк анатоксини қўлланишнинг самардорлиги тўлиқ даво курсидан сўнг 7—10 кун ўтгач юзага чиқади. Қон зардобида стафилококк анатоксини миқдори ошади. 4—5 дозадаги анатоксин юборилгандан кейин беморнинг умумий аҳволи яхшиланади ва касаллик белгилари йўқолади. Анатоксин билан даволашдан сўнг фойда сезилмаган ҳолларда бир ойлик танаффусдан

кейин анатоксин билан такрор даво курси ўтказиш тавсия қилинади.

Айрим ҳолларда беморларни стафилококк анатоксини билан даволаш мумкин эмас. Аллергик ҳолатлар, актив туберкулёз, юракнинг декомпенсацияланган касалликлари, айрим буйрак касалликлари, гипертония касаллигининг авж олиш давлари, эндокринопатия, қон касалликлари шулар қаторига киради.

Бироқ стафилококк инфекцияси асосий касалликнинг кечинини кескин оғирлаштирганда даволовчи врач бундай монеликни бекор қила олади.

Стафилококк ли вакцина 56°C да 2 соат қиздириб инактивланган стафилококкларнинг ош тузининг физиологик эритмасидаги аралашмаси ҳисобланади. Вакцина терининг турли стафилококк касалликларига учраган беморлардан 1 мл да 2 млрд. микроб ҳужайралари ҳисобидан ажратиб олинган 10—12 та коагулаза мусбат стафилококк штамлари аралашмасидан тайёрланади. Вакцинанинг умумий ҳажмига нисбатан 0,25% нисбатда қўшиладиган химиявий соф фенол билан консервланади.

Вакцина организмнинг ҳимоя кучларини тартибга солади — лейкоцитлар ва макрофагал система ҳужайраларининг фагоцитар хоссалари активлашади, стафилококкларга қарши иммунитет таъинчилар ишланиши кучаяди ва ҳоказо.

Уни катта ёшдаги кишиларда стафилококк этиологияли турли касалликларда: чипқон, карбункул, гидраденит, пиодермия, абсцесс, милкак, флегмоналарда специфик даво мақсадида қўлланилади.

Вакцина асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиниб, соф ёки суюлтирилган ҳолда тери орасига, тери остига ёки мускул орасига юборилади.

Стафилококк вакцинаси билан даво курси 10—12 инъекциядан иборат. Биринчи инъекцияда 0,05—0,1 мл юборилади. Инъекциялар орасидаги интервал 3—4 кун.

Кейинги инъекцияларда дозалар 0,1—0,2 мл гача оширилиши мумкин. Максимал доза—1 мл.

Навбатдаги дозани танлашда организмнинг жавоб реакцияси интенсивлигини назарда тутиш зарур. Температура 0,5° дан кўпга ошганда ёки кучли маҳаллий ёки ўчоқли реакцияда кейинги дозани оширмаслик керак. Айрим ҳолларда кузатилаётган реакция даражасига кўра у ҳатто камайтирилиши мумкин.

Стафилококк вакцинасини юборишга жавоб тариқасида организмнинг умумий реакцияси тана температурасининг кўтарилиши, лоҳаслик ва бош оғриғи пайдо бўлишида ифодаланади. Лейкоцитар формулада ҳам муайян ўзгаришлар содир бўлади. Маҳаллий реакция шиш, гиперемия, оғриқ пайдо бўлиши кўринишида юзага чиқади. Бу ҳодисалар 24—48 соатдан кейин кўриниши мумкин, маҳаллий реакция даражаси эса вакцинанинг реактогенлиги ва организмнинг сезувчанлигига боғлиқ. 0,2 мл стафилококк вакцинаси юборилгандан сўнг шиш размери 1,5 дан 5 см гача ўзгариб туриши кузатишларда аниқланди. Кучсиз ва кучли реакцияга баҳо беришда шу маълумотларга асосан хулоса чиқарилади.

Стафилококк вакцинаси билан даволаш бошқа даво усулларини қўлланиш имкониятини ва заруратини инкор этмайди.

Актив туберкулёз, юракнинг декомпенсацияланган пороклари, оғир нефрозонефритлар, гипертония касаллиги, атеросклероз, қон касалликлари, жуда ориқлаб кетиш, ҳомиладорлик стафилококк вакцинасини қўлланишга монелик қиладиган ҳол ҳисобланади.

С т а ф и л о к о к к л и а н т и ф а г и н— терининг йирингли касалликлари бўлган беморлардан ажратиб олинган тилла ранг ва оқ коагулазомусбат стафилококклар штаммларининг 10—12 культурасидан тайёрланган стерил экстракт. Препаратда организмнинг ҳимоя реакциясини рағбатлантиришга қодир бўлган, қиздиришга чидамли стафилококк антигени бўлади.

Стафилококкли антифагин организмга киритилганда агглютининлар титрини оширади, лейкоцитларнинг фагоцитар активлигини кучайтиради. Препарат 1—2 мл дан ампулаларда чиқарилади. Уни курак остига ёки елканнинг ташқи юзаси соҳасига тери остига, ҳар гал юбориш жойини ўзгартириб киритилади.

Стафилококкли антифагин турли хил йирингли-яллиғланиш стафилококк касалликлари (гидраденит, йирингли экзема, чипқон, карбункул) бўлган беморларга специфик иммун даво қилишда кундалик инъекциялар кўринишида маълум схема бўйича катталарга 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; ва 1 мл дозаларда қўлланилади.

Болалар учун шундай схемадан фойдаланса бўлади, бироқ препарат дозаси икки барабар камайтирилади ёки даволовчи врач томонидан индивидуал белгиланади.

Антифагин билан даво қилиш вақтида аниқ терапевтик натижа қайд қилинмаса, даволашни тулиқ курс тугамасдан тўхтатиш мумкин. Стафилококк касалликлари қайталанганда 10—15 кунлик танаффусдан кейин даво курсини такрорлаш тавсия қилинади.

Кузатишлар стафилококкли антифагин билан даволаш деярли 90% ҳолларда мусбат натижалар беришидан далолат беради. Баъзан касаллик қайталанаяди, бироқ бундай ҳоллар одатда 5—10% дан, курс такрорланганда эса 2—3% дан ошмайди. Бу стафилококкли антифагиннинг самарадорлигидан ва олинган натижанинг мустақамлигидан дарак беради.

Шунга қарамай, антифагин микроб антигени бўлгани ҳолда, айрим салбий таъсирлардан ҳоли эмас ва уни инъекция қилиш умумий ва маҳаллий реакцияларга сабаб бўлиши мумкин. Баъзан инъекциядан сўнг юзага келадиган лоҳаслик сезгиси, бош оғриғи, тана температурасининг кўтарилиши тезда ўтиб кетади. Антифагинга сезувчан одамларда бу ҳодисалар узоқроқ вақт (бир суткадан кўп) сақланиши мумкин, бу ҳол реакция тугаган-

дан сўнг препаратнинг навбатдаги, оширилмаган дозасини юбориш зарурлигини тақозо этади.

Организмнинг антифагнинг умумий реакцияси 2—3% дан ошмаслигини ва асосан дастлабки инъекциялардан кейин кузатилишини қайд қилиб ўтиш лозим.

Маҳаллий реакциялар антифагин қабул қилган деярли 90% кишиларда учрайди. Улар препарат юборилган жойда оз-моз оғриқ пайдо бўлиши ва ўртача гиперемия кўринишида юзага чиқади.

Антифагин юборишда инфекция ўчоқларида муайян ўзгаришлар кузатилади. Одатда биринчи инъекциялардан кейин касаллик ўчоқларида яллиғланиш процесси кучайиб, бу фагоцит ҳужайраларнинг активланиши билан ўтади, натижада касаллик қайтиб инфекция ўчоғи йўқолади.

Юракнинг декомпенсацияланган касалликларида, аниқ нефроз ва нефритларда, жигарнинг оғир касалликларида, оғир камқонликда, қоқ суяк бўлиб ориқлашда, актив ўпка силида, ўткир юқумли касалликларда антифагин қўлланиш тавсия этилмайди.

Стафилококкли антифагин бошқа дори препаратлари билан бир вақтда қўлланилиши мумкин.

Антистафилококк плазма киши қонининг суяқ қисмини стафилококкли адсорбланган анатоксин билан иммуллаш йўли билан олинади ва стафилококк этиологияли (сепсис, септикопиемия, перитонит, зотилжам, остеомиелит, стафилодермия, локал ўткир йирингли касалликлар) касалликларга учраган болалар ва катталарга даво қилиш учун хизмат қилади. Плазма маҳаллий ва венага қўлланилади. Плазманинг маҳаллий қўлланишига монелик қиладиган ҳоллар йўқ. Оқсил киритилишига сезувчан шахсларга плазмани венага қўлланиш мумкин эмас.

Плазма қунига бир марта 1 кг оғирликка 4—6 мл ҳисобидан юборилади. Чақалоқ ва чала туғилган болаларга плазма дозаси 10 мл/1 кг гача оширилиши мумкин.

Даво курсига 2—6 инъекция ва кўпроқ қўлланилади. Инъекциялар орасидаги интервал индивидуал, беморнинг ҳолатига ва касалликнинг клиник кечишига кўра (одатда 2—3 кун) белгиланади.

Антистафилококк плазмани инкапсулаланган ёпиқ йириггли ўчоқларга шприц билан маҳаллий, шунингдек тампон, турунда ва боғламлар кўринишида юборилади.

Венага юборишда беморларда температуранинг пасайиши, интоксикациянинг камайиши, кайфиятнинг яхшиланиши, септик ҳодисаларнинг йўқолиши кузатилади. Плазма билан даволашда муваффақиятга эришиш препаратни қўлланиш муддатига боғлиқ.

Плазмани венага юборишда, одатда, реакция бўлмайди. Баъзан температуранинг оз-моз кўтарилиши тез орада ўтиб кетади.

Антистафилококк плазма антистафилококк таъсири бўлган бундан олдинги препаратлар сингари бошқа воситалар қўлланишни инкор этмайди.

Антистафилококк одам иммунглобулин қон зардобининг гамма-глобулин фракцияси ҳисобланади. Унда стафилококк антитоксинининг ошган концентрацияси бўлади ва кишиларни адсорбиланган стафилококк анатоксини билан иммунлаш йўли билан тайёрланади. Иммунланган донорларнинг қон плазмасидан олинган препаратнинг 1 мл да камида 50 МЕ иммунглобулин, 20 МЕ плацентар иммунглобулин бўлади; мертиолет билан 1:10000 ҳисобида консервланган ва 3 мл дан (донор иммунглобулини) ва 3—5 мл дан (плацентар иммунглобулин) ампулаларга қўйилади; оч сариқ ёки амалда рангсиз ёпишқоқ, оз-моз товланадиган суяқликдан иборат. У стафилококк инфекцияларининг специфик иммун-терапияси мақсадида қўлланилади; иммун терапия стафилококк касалликларнинг серотерапияси турларида бири ҳисобланиб, бунда тайёр специфик антителолар организмга киритилади ва пассив антитоксик иммунитет вужудга келтиради. Думба мускулнинг юқори ташқи

квadrантига мускул орасига инъекция қилинади ва одатда 3—4 ҳафта мобайнида таъсир этади.

Болалар ва катталардаги турли стафилококк касалликлар (септицемия, септикопиемия, перитонит, зотилжам, остеомиелит, стафилодермия, гидраденитлар, операциядан кейинги йиринглаш, карбункуллар) антистафилококк имун глобулинни қўлланишга монелик қиладиган ҳоллар ҳисобланади.

Даво курси беморнинг ҳолати, касалликнинг оғир-енгиллиги ва терапевтик натижасига кўра ҳар куни ёки кунора қилинадиган кам дегаида 3—5 инъекциядан иборат.

Оғир стафилококк касалликларида имунглобулин билан даволашни венага антистафилококк плазма қўйиш ва гемотрансфузия билан қўшиб олиб бориш мумкин.

Антистафилококк имунглобулинни қўлланишга монелик қиладиган ҳоллар йўқ.

Суюқ стафилококкли бактериофаг стафилококклар фаголизатининг фильтрати ҳисобланади ва кўзга кўриниб турадиган киритмалари бўлмаган тиниқ сарғимтир суюқликдир. Унга хинозол қўшиб (бактериофаг ҳажмига 0,01%) консервланади, 2 ва 10 мл дан ампулаларда ва 20 мл дан флаконларда чиқарилади. Унинг антистафилококк таъсири унда фагнинг тирик вирулент корпускулалари борлигига боғлиқ.

Кузатишлар фаголизат инъекцияси, шунингдек организмнинг носпецифик ҳимоя хоссаларини ҳам ошира олишини кўрсатди.

Бактериофаг стафилококк инфекцияларини даволашда қўлланилади ва жароҳат юзаларини стафилококкли йирингли асоратлардан сақлайди. Уни эрта қўлланиш ва инфекция ўчоғига киритиш бактериофаг билан муваффақиятли даво қилишнинг асосий шарти ҳисобланади. Фаготерапия специфик даво методи ҳисобланади, бунда инфекция ўчоғида тўқималарнинг шикастга учраши содир бўлмайди.

Ташқи муҳитда стафилококкларнинг фаготиплари кўплигидан ва стафилококкларнинг фагларга нисбатан чидамли бўлиб қолиш хусусияти борлигидан стафилококкли бактериофагни бемордан ажратилган стафилококк культурасининг унга сезувчанлигини аниқлагандан кейингина юбориш керак.

Стафилококк бактериофаг даво мақсадида тери ва тери ости клетчаткаси касалликларида (чипқон, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, псевмофурункулёз) ва хирургик инфекцияларда (йирингли жароҳатлар, плеврит, бурсит, термик куйиш, хроник остеомиелит, тендовагинит, мастит) қўлланилади.

Стафилофаг билан даво қилишнинг ягона схемаси йўқ, у зарарланиш характериға боғлиқ. Уни қуйиш, чайиш, примочка қилиш, нам боғлам қуйиш ва тампонлаш кўринишида ҳар куни қўлланилади. Сарф қилинадиган препарат миқдори зарарланган соҳанинг катта-кичиклигиға боғлиқ ва 5 дан 200 мл гача етиши мумкин. Елканинг ташқи юзаси сатҳиға ёки думбанинг юқори квадрантиға тери остиға, тери орасиға ёки мускул орасиға ҳар куни ёки кунора 0,5; 1; 1,5; 2 мл дозаларда юборилади. Даво цикли 3—5 инъекциядан иборат.

Стафилококклардан маҳаллий зарарланиш ҳолларида (чипқон, карбункул) бактериофагни инфильтрат асосиға, шунингдек ўчоқ атрофиға 3—4 кун мобайнида ҳар куни 0,2—0,5 мл дозада бир жойнинг ўзиға, зарур бўлганда 2 мл дан бир неча жойиға игна билан санчиш йўли билан юбориш мумкин. Уни қорин пардаси орасиға ҳам юборилади, плевра, бўғим бўшлиғиға ва бошқа бўшлиқларға ва қовуққа бир неча кун ичида кунора 30—200 мл миқдорда киритилади. Йирингли плеврит, бурсит ва артритларда стафилофагни йиринг тортиб олингандан сўнг 3—4 марта юборилади.

Стафилококк таъсириға организмнинг жавоб реакциялари уни тери остиға, тери орасиға ёки мускул орасиға юборишда кузатилади ва инъекция қилинган жойда

оғриқ, гиперемия ва шиш пайдо бўлишида юзага чиқади. Умумий ҳодисалар (температуранинг кутариллиши, лоҳаслик, бош оғриғи, эт увишиши каби) ҳам қайд қилинади. Организм реакцияларининг даражаси одатда индивидуал сезувчанликка боғлиқ, улар аниқ юзага чиқмайди ва тезда ўтиб кетади.

Стафилофаг билан даво қилишни стафилококкдан зарар кўрганда қўлланиладиган бошқа даво методлари билан бирга олиб бориш мумкин. Стафилофагни қўлланишга монелик қиладиган ҳоллар йўқ.

СТАФИЛОКОКК ИНФЕКЦИЯЛАРИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бу касалликларнинг қўзғалувчилари тери, юқори нафас йўллари ва меъда-ичак йўллари шиллиқ пардасида ҳамиша яшаши туфайли стафилококк инфекцияларининг олдини олиш қийин. Стафилококк штаммларининг туғруққа ёрдам бериш ва касалхона муассасаларида, болалар коллективлари ва аҳоли зич яшайдиган жойларда доимий циркуляцияси, шунингдек доимий ва вақтинча стафилококк ташиб юрадиган кишиларнинг борлиги профилактик тадбирлар ўтказишни қийинлаштиради.

Соғлиқни сақлаш практик ходимининг бурчи — стафилококкни янги, ҳозирча кучли таъсир қилувчи антибиотикка ўрганиб қолишдан сақлаш, бошқача айтганда, «стафилококкнинг ўзини қутқаришдан» иборат. Бунинг беморни даволаш билан бир вақтда олиб бориш: таъсир механизми турли препаратларни қўлланиш, препарат дозасини аниқ танлаш зарур. Бундай ҳодаларга риоя қилиш қўзғатувчининг чидамли формалари ривожланишининг олдини олади.

Асосий қўзғатувчининг антибиотикларга сезувчанлиги аниқланмаганда ва антибиотиклар нотўғри танланганда турли хил қўшимча ҳодисалар келиб чиқиши, жумладан инфекция қайта вужудга келиши мумкин.

Антибиотиклар инфекциянинг оғирлашувининг олдин олишда, унинг яширин кечишига қарши, патоген қўзғатувчилар ташувчиликка қарши курашда қўлланиб, стафилококкларга қарши қудратли восита ҳисобланади ва уларнинг ўзаро таъсирини ўрганиш ҳозирги вақтдаги актуал масала бўлиб қолмоқда.

Пенициллиназа ҳосил қилмайдиган стафилококкларга қарши курашда бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин, стрептомицин ва бошқа айрим воситалар яхши фойда беради, деган фикрлар мавжуд. Пенициллинга чидамли штамларига қарши эритромицин, новобиноцин, ристомидин, канамицин, олеандомицин, метициллин, оксациллин, тетраолеан, мономицин, морфоциклин ва бошқалар бирмунча актив саналади. Стафилоинфекцияларга қарши курашда носпецифик тадбирлар туғруққа ёрдам бериш ва касалхона муассалари ходимлари ва озиқ-овқат саноати ходимлари орасида патоген микроблар ташувчиликка қарши кураш энг яхши натижа берадиганиш ҳисобланади. Бундай тадбирларни санитария-эпидемиология станциялари олиб боради. Бунинг учун, низомга кўра, шундай муассасаларнинг ҳамма ходимлари йилга камида 4 марта стафилококк ташувчиликка текширувдан ўтказилади. Одатда бурун, ҳалқумдан олинадиган шилимшиқ, қўл терисининг чайиндиси текширилади. Икки ойдан кечиктирилмай икки ёки уч марта текширувда стафилококклар кўп топилиб, улар плазмани коагуляция қиладиган, гемолитик актив ва анаэроб шароитларда маъитни парчалаш хусусиятига эга бўлганда доимий ташувчилик туғрисида фикр юритилади.

«Эпидемик фаготиплар» ташувчиларини аниқлаш мақсадида ажратиб олинган стафилококкларнинг плазмани коагуляция қиладиган штамларини фаготиплаш текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

Доймо, бир ойда бир ёки икки марта муассаса ҳавосидан экма қилинади. Бу ҳолда плазмани коагуляция қиладиган стафилококкларни топиш учун полимикспли

муҳитлар, гемолитик стафилококклар учун эса туз-қонли агар муваффақиятли қўлланилади.

Медицина ходимлари орасида стафилококк ташувчиликни аниқлаш мақсадида санациянинг турли-туман воситалари ва усуллари қўлланилади (кариоз тишлар, бурун-ҳалқумдаги катарал яллиғланиш процесслари, хроник тонзиллит, ринит ва терининг йирингли касалликларига даво қилиш).

Бунда эритромицинни экмолин ва экмоновоциллин билан бирга қўлланиш яхши натижа беради. Окситетрациклин билан полимиксинни қўлланиш камроқ таъсирчан. Санаб ўтилган препаратлар одатда эритмалар ва мазлар кўринишида ишлатилади. Уларни ҳар куни ишлатиш ташувчини узоқ муддатга патоген стафилококкдан ҳоли қилади.

Турли антибиотикларни қўлланишнинг айрим салбий хусусиятлари ҳам борлигини назарда тутиш лозим. Биринчидан, ва энг муҳими, маълум вақт ўтгач стафилококк бу антибиотикларга чидамли бўлиб қолади. Иккинчидан, уларни ҳар куни қўлланиш макроорганизм учун бефарқ эмас.

Стафилококк ташувчиларни санация қилиш учун гексахлорофеннинг 0,1% сувдаги эритмаси ва 1% ланолиндаги мази энг таъсирчан ва кўп ишлатиладиган восита ҳисобланади. Бундай эритма қуйидагича тайёрланади: 1 мл гексахлорофен 100 мл 96° спиртда эритилади. Олинган 1% спиртдаги эритмадан қўлланишдан 20—30 минут олдин 0,1% сувдаги эритмаси тайёрланади.

Олдинги бурун бўшлиқлари гексахлорофеннинг 0,1% сувдаги эритмаси билан чайилади, сўнгра бўшлиқларга эритмага шимдирилган стерил пахта тампонларни киритилади. Тампон чиқарилгач, бурунга 1% гексахлорофен мази суртилади. Томоқ 0,1% гексахлорофен эритмаси (3—5 мл дан) билан шприцда чайилади. Муолажа 5 кун мобайнида суткасига 2 марта такрорланади. Қурс туга-

гандан кейин 2—3 кун ўтгач стафилококка контрол экма қилинади.

Калийли суюқ бактерицид совуи медицина ходимларининг қўли ва бадан терисидаги стафилококкларни йўқотиш, туғруқхоналарда туғадиган аёлларнинг санитария обработкиси, бола эмизиш олдидан қўл ва сут безларини ювиш учун ишлатилади. Бу совуи қўлланилган соҳадаги стафилококклар батамом йўқолади.

3% водород пероксид эритмаси, йодинол, 0,05% цетилперид хлорид эритмаси, 0,1% лизоцин эритмаси ва бошқалар санаця воситаси сифатида ишлатилади.

Сўнги вақтларда патоген стафилококк ташувчиларни санаця қилиш мақсадида поливалент стафилококк даво бактериофагидан фойдаланилади, уни қўйидаги схемада юқори нафас йўллари орқали пуркаш йўли билан ишлатилади: биринчи кун—1,5 мл, иккинчи кун—2,5 мл, учинчи—3,5 мл, тўртинчи ва бешинчи кун—4 мл дан. Курс учун жами 15,5 мл стафилококк бактериофаги ишлатилади. 50% стафилококк мази (25% вазелин, 25% ланолин, 50% стафилофаг) бурун-ҳалқумни бир ҳафта мобайнида кунига 3 марта санаця қилиш учун қўлланилади.

Стафилококк инфекциялари профилактикасида стафилококк анатоксинига алоҳида ўрин берилади.

Сўнги вақтларда оналарда ва янги туғилган чақалоқларда стафилококк инфекциялари кўпайиб қолганлиги сабабли ҳомиладор хотинларда уларни стафилококк анатоксини билан сунъий имунлаш йўли билан актив имунитет яратиш туғрисидаги масала яна ўртага ташланмоқда. Бунда бола она антителоларининг плацента орқали ўтиши ҳисобига пассив имунитет олади. Бундан ташқари, ҳомила имунитет вужудга келтиришда ўзи ҳам фаол қатнаша олади. Эмадиган болаларга антистафилококк имунитет она сутти орқали ўтади.

Ҳомиладор аёлларни имунлаш схемаси қўйидагича: биринчи эмлаш ҳомиладорликнинг 34—35 ҳафтасида,

иккинчиси 37—38 ҳафтасида, учинчиси туққан аёл туғруқхонадан чиққандан кейин (8 кундан кечиктирмай) қилинади.

Стафилококк анатоксини куракнинг пастки бурчаги териси остига 0,5 мл дозада юборилади.

Иммулашнинг иккинчи схемаси қуйидагича: биринчи инъекцияни ҳомиладорликнинг 32—34 ҳафтасида қилиниб, 0,5 мл анатоксин юборилади, иккинчиси 37—38 ҳафтасида—0,7 мл, учинчиси туғруқхонада тери остига 1 мл юборилади.

Анатоксинни тери остига юборишдан ташқари иммулашнинг тери остига интраназал методи бўлиб, биринчи эмлашни ҳомиладорликнинг 32—34 ҳафтасида ўтказилади. Бунда куракнинг пастки бурчаги соҳасидаги тери остига 0,5 мл (5 ЕС) стафилококк анатоксини юборилади. Иккинчи эмлашни 36—38 ҳафтада 0,5 мл анатоксинни интраназал юбориб бажарилади. Учинчи марта анатоксин 0,5 мл ҳажмда ҳомиладорликнинг 39 ҳафтасида ёки туғруқхонада интраназал юборилади. Интраназал юбориш суюқ препаратлар (гриппоз вакцина, зардоб ва анестезияловчи моддалар) ни юбориш учун мўлжалланган дисперслик бошқариб туриладиган пуркагичда бажарилиши мумкин. Иммулашнинг тери ости — интраназал методиди етарлича актив иммунитет ҳосил бўлади. Оғриқ келтириб чиқармаслик бу методнинг афзаллиги ҳисобланади.

Қорхонада ишчилар орасида адсорбиланган стафилококк анатоксини билан иммулашни ўтказиш вақт бўйича ичак инфекцияларига қарши иммулаш билан туғри келмаслиги керак. Уни йилнинг иссиқ пайтида ўтказиш ҳам мақсадга мувофиқ эмас. Қиш ва кеч куз ойлари энг қулай даврдир. Эмлаш схемаси: биринчи вакцинация, бир ой ўтгач иккинчи вакцинация, уй ойдан кейин охиргги, энг яқин ревакцинация; энг яқин ревакцинациядан бир йил ўтгач узоқ ревакцинация ўтказилади. Ҳар гал тери остига 0,5 мл анатоксин юборилади. Қасалланишни му-

қаррар пасайтириш учун эмлаш бўйича тadbирлар коллективнинг камида 80—85% ида ўтказилши лозим.

Сўнгги йилларда стафилококк анатоксини билан энтерал иммунлаш таклиф этилган. Бунинг учун 4 ЕС/мг сақлаган тозаланган қуруқ концентрланган стафилококк анатоксинидан фойдаланилади. Уни ҳар эмлашга 100 ЕС дан уч ҳафталик танаффус билан икки марта юборилади.

Стафилококк инфекцияларига қарши курашнинг профилактик чоралари орасида туғруқхоналар ва касалхоналарда санитария-гигиеник режимнинг юқори даражада бўлишига катта аҳамият берилади.

Медицина маскаларидан туғри фойдаланишнинг роли катта. Оддий 4 қаватли дока маскалар туғри тақилганда ва ҳар 2—3 соатда алиштириб турилгандагина фойдали бўлиши мумкин.

Даволаш муассасаларида дезинфекцияни ўз вақтида ўтказиш ҳам стафилококк инфекциялари сонини камайтиришнинг муҳим омилдир. Дезинфекция учун бир вақтнинг ўзида ҳам ювиш, ҳам дезинфекциялаш хоссаси бўлган 0,5% катионат-10 эритмаси қўлланилади. 1% хлорамин эритмаси, 3% водород пероксид эритмаси ва сулема эритмаси ҳам қўлланилади.

На узбекском языке

МАССУД АХТАМОВИЧ АХТАМОВ, ҚАРАМАТ АЗИЗОВНА СИДИКОВА

СТАФИЛОКОККОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Издательство «Медицина» УзССР, 700129 Ташкент, Навои, 30.

Редактор Р. Сафосв
Бадий редактор О. Аҳмаджонов
Техредактор Л. А. Жихарская
Корректор М. Ҳайдарова

ИБ № 375

Теришга берилди 29.04.80. Босишга рухсат этилди 04.11.80. Қоғоз формати 70X108¹/₃₂ Қоғоз № 2. Юқори босма Гарнитурa «Литературная». Шартли босма л. 1.92. Нашр ҳисоб л 1.82. Нашр № 390-79. Тиражи 10 000. Заказ № 639. Баҳоси 5 т.

Ўзбекистон ССР Нашриётлар, полиграфия ва китоб савдоси ишлари Давлат комитети Тошкент «Матбуот» полиграфия ишлаб чиқариш бирлашмаси 3-босмаҳонасининг 1-цеҳи. Тошкент, Радиал пр., 10.

Ахтамов М. А., Сидиқова К. А.
А 90 Стафилококкдан пайдо буладиган касаллик-
лар.—Т.: Медицина, 1980.—41 б.

1. Автордош.

Брошюрада стафилококк тўғрисида, одамда айрим касалликлар-
нинг пайдо бўлишида бу микроорганизмнинг роли ва стафилококк инфекция-
ларнинг замонавий иммун терапияси методлари ва профилактикаси
хусусида маълумотлар келтирилади.

Кенг китобхонлар оmmasига мўлжалланган.

Ахтамов М. А., Сидиқова К. А. Стафилококковые забо-
левания.

52.6

А $\frac{52400-75}{M354(09)80}$ 50-80

*Ўзбекистон ССР «Медицина» нашриёти
яқинда қуйидаги китобчаларни нашрдан чиқаради:*

**Д о д а м у ҳ а м е д о в А. Н. Қулоқдаги баъзи касал-
ликлар ҳақида нималарни билиш керак.**

Муаллиф болаларда учрайдиган қулоқ касалликлари ҳақида сўз юритади, бу касалликларнинг олдини олиш юзасидан фойдали мас-лаҳатлар беради.

Кенг китобхонлар оммасига мўлжалланган.

С а л и м о в Э. С. Дори аллергияси.

Рисолада дориларни истеъмол қилиш туфайли пайдо бўлади-ган аллергияларнинг сабаблари, ривожланиши ва олдини олиш хусу-сиятлари ҳақида ҳикоя қилинади.

Китобча ота-оналарга мўлжалланган.

7

Баҳоси 5 т.

