

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

**Daminov T. A., Xudoyqulova G. K.,
Muminova M.T., Aladova L. Y.**

**SARIQLIK SINDROMI BILAN KEHADIGAN
KASALLIKLARNING ERTA VA QIYOSIY TASHXISI**

(O'quv-uslubiy qo'llanma)

Toshkent 2021

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSV Fan va ta'lim
bosh boshqarmasi boshlig'i

O.S. Ismailov

2021 y "22" *fevral*
№ bayonoma

“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy
ta'limni rivojlantirish
markazi direktori

N.R. Yangieva

2021 y "15" *fevral*
№ bayonoma

SARIQLIK SINDROMI BILAN KECHADIGAN
KASALLIKLARNING ERTA VA QIYOSIY TASHXISI

Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari V-VI kurs talabalari
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI TOMONIDAN
RO'YHATGA OLINDI

№ *20*
22 fevral 2021 yil

Toshkent – 2021

Daminov T. A., Xudoyqulova G. K., Muminova M. T., Aladova L. Yu // « Sariqlik sindromi bilan kechadigan kasalliklarning erta va qiyosiy tashxisi»: O'quv-uslubiy qo'llanma / TTA nashriyot va muharririya bo'limi, 2021– Toshkent – 36 b.

Tuzuvchilar:

Daminov Turg'unpo'lat Abidovich	Tibbiyot fanlari doktori, O'zR SSV FA akademigi, Toshkent Tibbiyot akademiyasining yukumli va bolalar yukumli kasalliklari kafedrasini professori.
Xudoyqulova Gulnora Karimovna	Tibbiyot fanlari doktori, Toshkent Tibbiyot akademiyasining yukumli va bolalar yukumli kasalliklari kafedrasini dosenti.
Muminova Maxbuba Teshayevna	Tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent Tibbiyot akademiyasining yukumli va bolalar yukumli kasalliklari kafedrasini katta o'qituvchisi.
Aladova Lyudmila Yur'evna	Toshkent Tibbiyot akademiyasining yukumli va bolalar yukumli kasalliklari kafedrasini katta o'qituvchisi.

Resenzentlar:

Tadjiev B.M.	Toshkent Pediatriya tibbiyot instituti Yukumli kasalliklar, mikrobiologiya, virusologiya va epidemiologiya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, dosent
Abidov A.B.	TTA Yukumli va bolalar yukumli va bolalar yukumli kasalliklar kafedrasining dosenti, t.f.n.
O'quv-uslubiy qo'llanma 2020 yil « ___ » _____ da Toshkent Tibbiyot akademiyasining yukumli kasalliklar kafedrasini majlisida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. " ___-son Bayonnoma.	
Kafedra mudiri, t.f.d.	Tuychiev L.N.
O'quv-uslubiy qo'llanma 2020 yil « ___ » _____ da Toshkent Tibbiyot akademiyasining muammoli komissiyasi va SMK majlisida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. " ___-son Bayonnoma.	
SMK raisi, t.f.d., professor	Boymurodov Sh.A.
O'quv-uslubiy qo'llanma 2020 yil « ___ » _____ da Toshkent Tibbiyot akademiyasining Ilmiy kengash majlisida ko'rib chiqildi va tasdiqlandi. " ___-son Bayonnoma.	
Ilmiy kotib: t.f.d.	Ismailova G.A.

© Daminov T. A., Xudoyqulova G. K., Muminova M. T., Aladova L. Yu/

© Toshkent tibbiyot akademiyasi, 2021

Maqsad - yuqumli kasalliklar etiologiyasi, epidemiologiyasi, patogenezi, asosiy klinik simptomlari, tashhisoti va davolash, shuningdek, profilaktika asoslari (umumiy va maxsus) ni o'rgatishga qaratilgan. Rasional laborator va instrumental tekshiruv usullaridan foydalangan holda klinik tashhishlash, qiyosiy tashhishlashga integral yondashishni rivojlantirish.

Vazifalar:

1. Sariqlik bilan kechadigan kasalliklari haqida bilimlarga o'rgatish.
2. Sariqlik bilan kechadigan kasalliklaridagi asosiy klinik belgilarni o'rgatish.
3. Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarning qiyosiy tashhisotini o'tkazishni o'rgatish.

1.2. Yuqumli kasalliklar fanida bilim va amaliy ko'nikmalarni egallashga bo'lgan talablar

Talaba bilishi kerak:

O'qitish natijasida talaba bilishi shart:

- A) keng tarqalgan Sariqlik bilan kechadigan kasalliklar sindromlarining integral tashxisini.
- B) Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarning laborator tashxisini.
- V) Yuqumli kasalliklarni o'qitish uslubini.

Talaba bajara olishi kerak:

- A) anamnez yig'ish va bemor ko'rigini o'tkazish.
- B) erta va qiyosiy tashhishlash asosida dastlabki tashhisni shakllantirish.
- V) maqsadga yo'naltirilgan tekshiruvlarni tavsiya etish.
- G) laborator, instrumental tekshiruvlar natijalarini tahlili qilish.
- D) yakuniy tashhisni shakllantirishda klinik mantiqqa ega bo'lish, og'irlik darajasini va oqibatini baholash.
- Ye) pedagogik mahoratni rivojlantirishlari uchun amaliy mashg'ulotning bir qismini mustaqil olib borishlariga o'rgatish

Talaba quyidagi amaliy ko'nikmalarni egallashi kerak:

1. Kasallik anamnezini yig'ishni;
2. Bemorlarni klinik tekshirishni;
3. O'rganilayotgan kasalliklarni asosiy klinik, laborator va instrumental mezonlarini aniqlash va o'rganishni;
4. Davolash asoslarini;
5. Profilaktik tadbirlar rejasini ishlab chiqishni bilishi kerak.

Terining sarg'ayib ketishi (sariqlik) nafaqat shifokorlar, balki bevosita bemor va atrofidagilarning e'tiborini o'ziga qaratuvchi yaqqol ko'zga tashlanadigan belgi hisoblanadi. Tegishli ravishda, sariqlikni aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi. Sariqlikning sabablarini aniqlash ancha murakkabroq, chunki u ko'plab yuqumli va yuqumli bo'lmagan kasalliklarda kuzatiladi. Ko'pincha shifokorlar bemorda sariqlikni aniqlagach, virusli gepatit tashxisini qo'yadilar. Turli yuqumli kasalliklar shifoxonalarida virusli gepatit tashxisini bekor qilish foizi 30 dan 40 foizgacha o'zgarib turadi [O.A. Dunaevskiy, 1985].

Qon zardobida bilirubin darajasining oshishi barcha sariqlik bilan kechadigan kasalliklar uchun umumiy biokimyoviy belgi bo'lib, aynan shu to'qimalarning sarg'ayishiga olib keladi. Terining sarg'ayishi boshqa sabablar tufayli ham yuzaga kelishi mumkinligini, ya'ni aslida sariqlik bilan kechadigan kasallik emasligini hisobga olish kerak. Bu, eng avvalo, ayrim kimyoviy moddalarning to'qimalardagi asorati bo'lib (akrixinni qabul qilganda, kasb kasalliklari), uni haqiqiy sariqlikdan taqqoslash qiyin emas.

Organizmga karotin oziq-ovqat bilan birga ortiqcha darajada tushganida, ba'zan jigar shikastlanishi oqibatida u yetarlicha o'zlashtirilmagan holatlarda terining sarg'ish-to'q sariqlik bilan kechadigan tus olishi ko'pincha sariqlik sifatida qabul qilinadi. Bu ko'proq bolalarda tarkibida karotin saqlaydigan mahsulotlar va sharbatlar (sabzi, apelsin va b.) ortiqcha iste'mol qilinganida kuzatiladi. Bunda teri rangining o'zgarishi asta-sekin yuz beradi, teri rangi odatdagi sariqlik bilan emas, balki sarg'ish-to'q sariqlik bilan kechadigan tus oladi. Kaft, tovon, iyak sohasi, yirik bo'g'imlar atrofidagi terida rang o'zgarishi ayniqsa yaqqol ifodalanadi. Odam o'zini sog'lom his qiladi, hech qanday shikoyatlar qilmaydi. Jigar kattalashmagan. Qon zardobida bilirubin tarkibi me'yor darajasida. Bunday holatda sariqlik bilan kechadigan yuqumli kasalliklarni inkor qilish uchun diqqat bilan tibbiy ko'rikdan o'tkazish va anamnezni o'rganish yetarli bo'ladi.

Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxislashda bemorda sariqlik mavjudligi to'g'risidagi masalani hal etish, ya'ni terining sariqlik bilan kechadigan rang tus olishi boshqa sabablarini inkor qilish birinchi vazifa hisoblanadi. Bemorda haqiqatan ham sariqlik aniqlangan holatda, taqqoslash tashxisining murakkabroq bosqichi boshlanadi, chunki sariqlikning sabablari ancha ko'p va uning kelib chiqishi turlichadir. U eritrositlar yuqori gemolizi, jigar shikastlanishi, xolestaz yoki shu kabi omillarning birga kechishi bilan o'zaro bog'liq bo'lishi mumkin. Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxisida pigment almashinuvi alohida bo'g'inlarining buzilishlari o'ziga xos xususiyatlarini e'tiborga olinishi kerak.

Sog'lom odamda har kuni aylanuvchi eritrositlarning taxminan 1 foizi parchalanadi. Gemoglobin parchalanganda retikuloendoteliy hujayralarida bilirubin paydo bo'ladi. Yuzaga kelgan bilirubin suvda erimaydi, buyrak fil'tri orqali siydikka o'tmaydi. Bu erkin (bilvosita) bilirubin (pigment almashinuvining I bosqichi). U jigarda, perisimusoid bo'shliqda (Disse) to'planadi va gepatositlar bilan faol qamrab olinadi (II bosqich). Jigar hujayralarida erkin bilirubin birikkan bilirubinga aylanadi. Glyukuroniltransferaza fermenti ishtirokida bilirubin glyukuron kislotasi bilan birlashadi (kon'yugiratsiyalanadi) va birikkan (bevosita) bilirubinga aylanadi (III bosqich). Birikkan bilirubin suvda eriydi va siydik bilan chiqarilishi mumkin.

Birikkan bilirubin gepatositning biliar qutbi orqali o't kapillyari oralig'iga ekskresiyalanadi (IV bosqich) va o't chiqarish yo'llari orqali o'n ikki barmoq ichak oralig'iga o'tadi (V bosqich). Ingichka ichakda birikkan bilirubin urobilinogen va sterkobilingenga aylanadi, so'nggisidan axlatga jigar rang tus beradigan sterkobilin paydo bo'ladi.

Urobilinogen ichak devori tomonidan so'riladi va tugunli vena tizimi orqali qaytadan jigarga tushadi. Bu yerda u gepatositlar tomonidan ushlab qolinadi va o't kapillyarlariga ekskresiyalanadi (qaytadan so'riladi).

Jigar yetishmovchiligida (jigar funksiyalari buzilishlarida) urobilinogen gepatositlar tomonidan ushlab qolinmaydi, balki havoda urobilingacha oksidlangan holda siydik bilan chiqariladi.

Turli sariqlik bilan kechadigan kasalliklarda pigment almashinuvining turli bo'g'inlari (bosqichlari) zararlanadi. Masalan, virusli gepatitda, asosan, II bosqich buziladi, ya'ni gepatosit funksiyalari buzilishi oqibatida Disse oralig'idan erkin bilirubinni qamrab olish faolligi pasayadi, buning natijasida qonda erkin bilirubin darajasi oshadi. IV bosqich ham zararlanadi, chunki birikkan bilirubin o't kapillyariga emas, balki gepatositlarning sinusoidal qutblari orqali Disse bo'shlig'iga ekskresiyalanadi, so'ngra esa qonga tushadi. Pigment almashinuvining I, III va IV bosqichlari kam o'zgaradi. Bu ko'proq birikkan (bevosita) bilirubin hisobiga bilirubin umumiy tarkibi oshishiga olib keladi. Biroq virusli gepatitda o'zgarishlarning boshqa varianti ham bo'lishi mumkin. Gepatitning sitolitik shakllaridan tashqari xolestatik variantlari ham mavjud. Ushbu variantlarda bilirubin ekskresiyasi va chiqarilishi sezilarli darajada buziladi (IV bosqich), o't kapillyarlarida tromblar paydo bo'ladi. Bu shunga olib keladiki, birikkan bilirubin va o'tning boshqa tarkibiy moddalari (o't kislotalari, xolesterin, ishqorli fosfataza) Disse bo'shlig'iga va u yerdan qonga tushadi. Nihoyat, sariqlik bilan kechadigan kasallik, masalan, tosh bilan bekillib qolganda o't yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi natijasida paydo bo'lishi mumkin. Odatda, patogenez bo'yicha jigarusti, jigar parinxemasi va jigarosti sariqligi bilan kechadigan kasalliklar farqlanadi.

Jigarusti sariqligi bilan kechadigan kasalliklar eritrositlar yuqori parchalanishi, buning natijasida ko'p miqdorda bilirubin paydo bo'lishi, jigar tomonidan bilirubin qamrab olish funksiyasi yetishmovchiligi bilan o'zaro bog'liqdir. Ularga har xil turdagi gemolitik sariqliklar – eritrositlar nuqsonlari, autoimmun gemolitik sariqlik, katta qon quyulishlar (gematomalar), infarktlar tegishli.

Jigar parinxemasi zararlanishi bilan kechadigan sariqlik gepatositlar va ehtimol, xolangiolalar bilan o'zaro bog'liqdir. Yetakchi mexanizm bo'yicha bir necha variantlarni ajratib ko'rsatish mumkin. Ba'zi bir holatlarda jigar parenximasi sariqligi bilan kechadigan kasallik bilirubin ekskresiyasi va qamrab olinishi buzilishi, bilirubin regurgitatsiyasi bilan bog'liq bo'ladi. Bu jigar-hujayraviy sariqlikda, o'tkir va surunkali gepatitlarda, o'tkir va surunkali gepatozda, jigar sirrozida kuzatiladi. Boshqa holatlarda bilirubin ekskresiyasi va uning regurgitatsiyasi buziladi. Jigar sariqligi bilan kechadigan kasallikning bunday turi xolestatik sariqlik, xolestatik gepatitda, birlamchi biliar jigar sirrozida, idiopatik xavfsiz qaytalama xolestazda, jigar-hujayraviy kasalliklarda kuzatiladi.

Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarning asosini bilirubin kon'yugasiyasi va qamrab olinishi buzilishi tashkil etadi. Bu Jil'ber, Krigler-Nayyar sindromlarida, enzimopatik sariqlik bilan kechadigan kasalliklarda kuzatiladi.

Jigarosti sariqligi bilan kechadigan kasalliklar o't yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi natijasida paydo bo'ladi, bunda bilirubin ekskresiyasi va regurgitasiyasi buzilishi yetakchi mexanizm hisoblanadi. Bekilib qolish xususiyati bo'yicha jigarosti sariqlik bilan kechadigan kasalliklar o't yo'llari tosh, o'sma, parazitlar, yallig'lanish ekssudati, to'qima detriti bilan bekilib qolganda kuzatiladigan intrakanal va o't yo'llarining tashqaridan o'sma, exinokokk bilan bosilishi, chandiqlar bilan torayishi sababli paydo bo'ladigan ekstrakanal bekilib qolishlarga bo'linadi.

Sariqlik bilan kechadigan kasalliklari taqqoslash tashxisini o'tkazishda sariqlikning u yuxud bu guruhga mansubligini aniqlash, shundan keyingina guruh ichida taqqoslashni amalga oshirish kerak.

JIGARUSTI SARIQLIK BILAN KECHADIGAN KASALLIKLARI

Ushbu guruh kasalliklar bilirubin yuqori mahsuli va uning jigar tomonidan qamrab olinish funksiyasi yetishmovchiligi (nisbiy) natijasida kelib chiqadi. Mazkur sariqlikning asosiy genezi eritrositlar kuchli parchalanishidan (gemolizidan) iborat, shu tufayli ular gemolitik sariqlik bilan kechadigan kasalliklar deb ham ataladi. Ushbu sariqlikda jarayon jigardan tashqarida bo'ladi. Eritrositlarning kuchli parchalanishi natijasida ko'p miqdorda erkin bilirubin paydo bo'lib, uni jigar qamrab olmaydi (nisbiy yetishmovchilik), ichki hujayraviy pigment transporti ham buzilishi mumkin. Bilirubinning o'ta ko'p chiqarilishi oqibatida axlat va siydikda urobilinlar miqdori ko'payadi. Qondagi bilirubinning yuqori tarkibi ko'proq erkin (bilvosita) bilirubin to'planishi bilan o'zaro bog'liqdir. Bunda shuni e'tiborga olish kerakki, kuchli gemolizda gepatositlar qamrab olingan va kon'yugirlangan bilirubinni har doim ham ekskresiya qilolmaydi, natijada qonda birikkan bilirubin tarkibi ham biroz ko'payadi.

Shunday qilib, ushbu shakldagi sariqlikning darajasi, bir tomondan, gemoliz miqdoriga, boshqa tomondan – jigarning (gepatositlar) funksional holatiga bog'liqdir. Sariqlik bilan kechadigan kasalliklarning ayrim yuqumli kasalliklarda (leptospiroz, sepsis) kuzatiladigan o'zaro muvofiq genezi ehtimolini ham yodda tutish kerak. Gemoliz va gepatositlar shikastlanishi bevosita yuqumli agent yoki uning toksinlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Boshqa holatlarda gemoliz biron-bir preparat (xinin, sul'fanilamidlar) qo'llanilishi, gepatosit shikastlanishi esa – yuqumli agent (bezgakda gemoglobinuriyasi bezgak) tufayli paydo bo'lishi mumkin. Shunday qilib, gemolitik sariqlikda yuqumli jarayonning klinik belgilari ham bo'lishi mumkin.

Jigarusti sariqlikni hal qilish uchun klinik va laboratoriya ma'lumotlari majmuidan foydalaniladi. Jigarusti sariqlik bilan kechadigan kasallikning asosiy belgilaridan biri erkin (bilvosita) bilirubin hisobiga giperbilirubinemiya iborat. Shu tufayli bilirubin koeffitsienti (birikkan bilirubinning umumiy bilirubin miqdoriga nisbati) yuqori emas (50% dan kamroq). Axoliya yo'qligi muhim klinik belgi hisoblanadi, aksincha, o't pleoxromiyasi hamda axlat va siydik to'q rangli tusga kirishi kuzatiladi. Ularda urobilinogenlar tarkibi yuqori. Teri va ko'z oq pardasining sarg'ayish darajasi o'rta, teri, odatda, rangpar bo'ladi (gemoliz natijasidagi

anemiya). Jigar va taloq kattalashgan bo'lishi mumkin, biroq jigar funksiyasi jiddiy buzilmagan, jigar biopatlarning morfologik tadqiqotida esa jiddiy o'zgarishlar aniqlanmaydi. Periferik qon tekshiruvlarida anemizasiyaga moyillik, eritrositlar regeneratsiyasining kuchayish ko'rsatkichi sifatida retikulositlar miqdori oshishi kuzatiladi. Ba'zan eritrositlar shakllari o'zgarishi (makrositoz, mikroferositoz, o'roqsimon eritrositlar va b.) aniqlanadi.

Jigarusti (gemolitik) sariqlik aniqlanganda, gemolitik sariqlik turini aniqlash kerak. Uning uchta turini ajratib ko'rsatish qabul qilingan.

Korpuskulyar gemolitik sariqlik asosiy sabab eritrositlarning bio-kimyoviy nuqsonlari, masalan, eritrositlarning irsiy enzimopatiyasi (glyukoza-6-fosfatdegidrogenaz yetishmovchiligi, Minkovskiy-Shoffar anemiyasi), gemoglobinopatiya (talassemiya va b.), eritrositlar pardalari nuqsonlari (paroksizmal tungi gemoglobinuriya yoki Markiafav-Mikeli kasalligi va b.)dan iborat bo'lishi mumkin.

Boshqa holatlarda yuqori gemoliz qon plazmasidagi turli omillar – o'ziga xos ekstrakorpuskulyar gemolitik anemiyalar ta'siri bilan o'zaro bog'liq. Ularni antitelolar (masalan, bir-biriga muvofiq kelmaydigan qon quyilishi natijasida o'tkir darajali posttransfuzion gemolitik anemiyada izoantitelalar ta'siri), turli yuqumli agentlar gemolizirlari (viruslar, leptospir, sepsis qo'zg'atuvchilari) paydo qilishi mumkin. Ekstrakorpuskulyar gemolitik sariqlik bevosita kasallik qo'zg'atuvchi (bezgak plazmodiyasi) ta'sirida yoki gemolitik zaharlar (margimush, vodorod sul'fid va b.) ta'sirida paydo bo'lishi mumkin.

Gemolitik sariqlikning uchinchi turi – keng gematomalar, infarktlar, qorin yoki plevra bo'shliqlariga qon quyilishlarda eritrositlar parchalanishi natijasida bilirubin mahsuli oshishidan iborat.

Korpuskulyar gemolitik sariqlik ko'pincha takroriy bo'ladi, bu anamnezdan aniqlanadi. Glyukoza-6-fosfatdegidrogenaz yetishmovchiligi bo'lgan shaxslarda eritrositlar gemolizi biron-bir dori preparati (xinin, sul'fanilamidlar, isitmani pasaytiradigan dori preparatlari) tufayli qo'zg'atilishi mumkin. Bunday gemoliz tana harorati ko'tarilishi (gemoglobinuriyali bezgak), ko'p cho'kmali jigar rang-qoramtir siydik chiqarilishi, anemizasiya bilan birga kechadi. Ushbu xolat ko'proq bezgak bilan og'rigan bemorlarda kuzatilgan. Klinik simptomatikasi o'ziga xos xususiyatli bo'lib, bu ushbu sariqlik turini alohida qiyinchiliksiz aniqlash (yoki inkor qilish) imkonini beradi.

Katta gematomalarning so'rilib ketishi, ichki bo'shliqlarga qon quyilishi, infarktlar (jarohatlar, ichki qon ketishlar, miokard va o'pka infarktlari klinik simptomatikasi mavjudligi) bilan bog'liq gemolitik sariqlik bilan kechadigan uchinchi turini inkor qilish (yoki aniqlash) ham qiyin emas.

Ekstrakorpuskulyar gemolitik sariqlik genez bo'yicha ko'proq xilma-xil bo'lib, ulardan ayrimlarini taqqoslash qiyin, buning ustiga ular yuqumli bo'lishi va jigar sariqligi bilan kechadigan kasallik belgilari bilan muvofiq bo'lishi ham mumkin.

Gemolitik sariqlik leptospirozning sariqlik bilan kechadigan shakllarida, sepsis bo'lgan bemorlarda, qizilcha, qizamiq, epidemik parotitda asoratlar sifatida rivojlanishi mumkin. Yuqumli kasalliklar belgilari mavjudligi ushbu sariqlik bilan kechadigan kasalliklarni farqlashni osonlashtiradi.

Gemolitik sariqlik aksariyat holatlarda somatik kasalliklar bilan o'zaro bog'liq bo'ladi. Ularni taqqoslash tashxisi imkoniyatlarini ko'rib chiqamiz.

Irsiy mikrosferositoz (Minkovskiy-Shoffar kasalligi) eritrositlar membranalari nuqsoni bilan bog'liq bo'lib, bu eritrositlarning xujayra ichida ko'p parchalanishiga olib keladi. Ushbu kasallikning klinik belgilari quyidagilardan iborat: sariqlik, anemiya, taloq kattalashishi, o't pufagida toshlar paydo bo'lishi. Kriz vaqtida gemoglobin tarkibi 40-50 g/l gacha pasayadi. Gemolitik krizlar turli yuqumli kasalliklar tufayli paydo bo'lishi mumkin. Bilirubin tarkibi: krizlardan tashqari 50-75 mkmol/l gacha oshgan bo'ladi, krizlar vaqtida esa bilvosita bilirubin hisobiga sezilarli darajada yuqorilashadi. Bunday bemorlarga ko'pincha surunkali gepatit va hatto jigar sirrozi tashxisi qo'yiladi.

Qon o'zgarishlari tashxislash uchun katta ahamiyatga ega. Eritrositlar diametri kamaygan, qalinligi esa kattalashgan, ularning shakli sharsimonga yaqinlashadi. Retikulositlar tarkibi oshgan. Ushbu kasalliklar xolestaz bilan birga kechganda tashxislash qiyinchiliklari paydo bo'ladi.

Irsiy stomasitoz 1961 yilda ta'riflangan. Kasallik eritrositlar membranalari nuqsoni bilan tavsiflanadi. Eritrositlarning o'ziga xos shakli – ularning markazidagi rangsiz qismi ikkita egik chiziqlar bilan ajratilgan bo'lib, muayyan darajada og'izni eslatadi (kasallik nomi ham shundan kelib chiqqan). Yaqqol ifodalangan anemiya (gemoglobin krizdan tashqari 70-90 g/l va kriz vaqtida 30-50 g/l), taloq kattalashishi, bilvosita bilirubin hisobiga sariqlik kuzatiladi. Eritrositlarning o'ziga xos shakli irsiy stomasitozni tashxislash uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega.

Glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza tanqisligi bilan o'zaro bog'liq irsiy gemolitik sariqlik bilan kechadigan anemiya kasalligi. G-6-FD faolligi tanqisligi eritrositlarning gemolitik krizlarga olib keluvchi keng tarqalgan anomaliyasi bo'lib, ular bir qator dori preparatlarini qabul qilish bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Ko'proq biron-bir yuqumli kasallikni davolash vaqtida yuz berib, bu yuqumli kasalliklar shifoxonasida sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslashda qiyinchilik tug'dirishi mumkin. Turli regionlarda ushbu anomaliyaning tarqalish darajasi bir xil emas. Ko'pincha u Afrika, Lotin Amerikasi, O'rta yer dengizi bo'yidagi mamlakatlarda uchraydi. MDHda Ozarbayjonda (aholining 9,9 foizigacha), boshqa regionlarda kamroq (2-4%) uchraydi. Odatda, ushbu anomaliya hech qanday klinik belgilarni paydo qilmaydi va faqat ayrim preparatlar qo'llanilishiga javoban o'tkir darajali gemolitik krizlar shaklida namoyon bo'ladi. Ko'pincha bu sul'fanilamid preparatlari (norsulfazol, sulfadimetoksin, al'busid natriy, etazol, biseptol), so'ngra bezgakga qarshi preparatlar (xinin, primaxin, akrixin), nitrofuran preparatlari (furadonin, furagin, furazolidon), nevigramon, 5-NOK, izonikotin kislotasi hosilalari (tubazid, ftivazid), ambil'gar, PASK lar qo'llanilganda uchraydi.

Avvallari ushbu patologiya bezgak asorati sifatida ko'rib chiqilardi, chunki, odatda, bezgakga qarshi preparatlar qo'llanilganidan so'ng paydo bo'lardi. Xususan, bezgakga qarshi preparatlar orasida delagil, sul'fanilamidlar orasidan esa – ftalazol gemolitik krizni paydo qilmaydi. Gemolitik kriz, odatda, gemoglobinuriya bezgagi deb ataladi.

Gemolitik krizning dastlabki klinik belgilari, odatda, preparat qo'llanilishi boshlangandan so'ng 2-3 kundan keyin paydo bo'ladi. Dastlab o'rtacha darajali

sarg'ayish, siydik rangi to'qlashishi kuzatiladi. Agar bu vaqtda preparat qo'llanilishi bekor qilinsa, og'ir darajali kriz rivojlanmaydi. Agar bemor preparatni qabul qilishni davom ettirsa, 4-5-kunga kelib kuchli gemolitik kriz rivojlanadi, qoramtir yoki deyarli qora rangli siydik ajraladi, bu eritrositlarning qon tomiri ichki parchalanishi bilan bog'liqdir. Tana harorati ko'tariladi, keskin bosh og'rig'i paydo bo'ladi, qayt qilish va ich ketish, yaqqol ifodalangan sarg'ayish bo'lishi mumkin. Qonda gemoglobin miqdori 20-30 g/l gacha tushib ketadi.

Yuqorida qayd etilgan dori preparatlaridan biron-biri qabul qilinganidan so'ng 3-5 kundan keyin kriz boshlanishi va uning o'ziga xos klinik manzarasi kasallikni tashxislash uchun ahamiyatlidir. Boshqa gemolitik sariqlik bilan kechadigan kasalliklaridan taqqoslash kerak. Krizdan tashqari davrda G-6-FD fermenti faolligini aniqlashdan foydalanish mumkin.

Talassemiya. Kasallikning paydo bo'lishi irsiy globin sintezi buzilishi bilan o'zaro bog'liqdir. Talassemiyaning ayrim shakllari sariqlik, jigar va taloqning sezilarli kattalashishi bilan kechadi. Bevosita pigment fraksiyasi hisobiga qonda bilirubin tarkibi yuqori bo'ladi. Tashxislash uchun periferik qonni o'rganish muhim. Retikulositlar tarkibi yuqori, eritrositlar (anizopoykilositoz, "nishonsimon") va ularga ko'plab bazofil qo'shilmalarning morfologiyasi xosdir.

Irsiydan tashqari, orttirilgan gemolitik sariqlik ham mavjud bo'lib, ular taqqoslash tashxisida e'tiborga olinishi kerak. Ular orasida turli darajada ifodalangan jigarusti sariqlik bilan kechadigan autoimmun gemolitik anemiyalar alohida o'rin egallaydi.

Autoimmun gemolitik anemiyalar idiopatik, ya'ni sababsiz va simptomatik bo'lishi mumkin, ular mielom kasalligi, limfoleykoz, limfosarkoma, tizimli qizil teri sili, revmatoid artrit, nospesifik yarali kolit kabi ko'plab kasalliklarda rivojlanishi mumkin. Autoimmun gemolitik anemiyalar (gemolitik sariqlik) ko'plab yuqumli kasalliklar (qizamiq, qizilcha bolalar kasalligi, epidemik parotit, angina va b.) tufayli paydo bo'lishi mumkin, bu taqqoslash tashxisi uchun alohida qiziqish uyg'otadi. Sariqlik xos bo'lmagan yuqumli kasalliklar sharoitida gemolitik xususiyatli sariqlik bilan kechadigan kasalliklarining paydo bo'lishi umumiy jihat hisoblanadi.

To'liqsiz agglyutininlarini o'z ichiga olgan autoimmun gemolitik anemiya sariqlik bilan kechadigan kasallik bilan birga kechadi va sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxislashda hisobga olinishi kerak. Idiopatik va simptomatik gemolitik sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida klinik belgilar jiddiy farq qilmaydi. Kasallik boshlanishi, keskin madorsizlik, yurak sohasida og'riqlar, nafas siqilishi, beldagi og'riqlar, yurak notekis urishi paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi. Sariqlik juda tez kuzatiladi. Odatda, bunday holatlarda virusli gepatit tashxisi qo'yiladi.

Boshqa holatlarda gemolitik anemiyaning ushbu shakli asta-sekin boshlanadi. Artralgiya, qorindagi og'riq, madorsizlik paydo bo'ladi. Tekshirishda subfebrilitet, teri qoplamlari rangparligi va o'rtacha darajali ifodalangan sariqlik aniqlanadi. Jigar va taloq, odatda, kattalashgan bo'ladi. Bilvosita pigment fraksiyasi hisobiga bilirubin tarkibi 40-60 mkmol/l gacha oshadi.

O'tkir gemolitik krizlarda qonda gemoglobin tarkibi tez 50 g/l gacha va undan quyiroq tushadi, kasallik asta-sekin rivojlanganda (yoki surunkali kechganda)

gemoglobin tarkibi pasayishi o'rtacha (90 g/l gacha) ifodalanadi. Retikulositlar miqdori oshadi. Periferik qonda ham makrositoz, ham mikrosferositoz kuzatiladi. Ba'zan parchalangan buzilgan eritrositlar aniqlanadi. Eritrositlarning osmotik rezistentligi pasaygan bo'ladi.

Paroksizmal tungi gemoglobinuriya (Markiafav-Mikel kasalligi). Bu eritrositlar tuzilishi o'zgarishi bilan bog'liq gemolitik anemiyaning orttirilgan shakli hisoblanadi. Leykositlar va trombositlar ham shikastlanadi. Shakl elementlari miqdori kamayadi. Klinik jihatdan kasallik asta-sekin boshlanadi, madorsizlik, o'rtacha ifodalangan sariqlik bilan namoyon bo'ladi. Bemorlar mayda qon tomirlar trombozi bilan bog'liq bosh og'rishi, qorindagi og'riqlardan shikoyat qiladilar. Ba'zan qorindagi og'riqlar shu darajada kuchli bo'ladi, bemorlar appendisit yoki boshqa jarrohlik kasalligiga taxmin qilingan holda operatsiya qilinadi. Jigar, ba'zida esa taloq ham kattalashadi. Siydik bilan gemosiderin chiqarilishi xosdir. Kasallik zo'raygan davrda gemoglobin tarkibi pasayadi (30-50 g/l), remissiya davrida – me'yor darajasida bo'ladi. Bilvosita fraksiya hisobiga bilirubin tarkibi oshadi. Leykopeniya xosdir – (1,5-3) 10 p/l. Qonda temir tarkibi uning siydik bilan yo'qotilishi hisobiga pasaygan. Tarkibida eritrositlar bo'lmagan holatda siydikning to'q rangi xosdir. Siydik bilan Gregersen benzidin sinamasi ijobiy. Proteinuriya yaqqol ifodalangan.

Gemosiderinning yuqoriligi, qorindagi og'riqlar va gipoxrem anemiya, qo'rg'oshin intoksikatsiyasida ro'y beradi, biroq uning uchun Markiafav-Mikel kasalligida bo'lmaydigan polinevrit xosdir. Jigarusti sariqliklarining boshqa variantlari kam hollarda uchraydi.

JIGAR PARENXIMASI ZARARLANISHI BILAN KECHADIGAN KASALLIKLAR

Bemorda haqiqatan ham sariqlik aniqlanganida va gemolitik (jigarusti) sariqlik bilan kechadigan kasallikning turli variantlari inkor qilinganidan so'ng sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslashning eng qiyin bosqichi – parenximatoz jigar sariqligi bilan kechadigan kasalliklarini ajratish boshlanadi. Taqqoslash tashxisi qiyinchiliklari parenximatoz jigar sariqligi bilan kechadigan ham infeksiyon, ham noinfeksiyon kasalliklar bilan bog'liqdir:

Parenximatoz jigar sariqligi bilan kechadigan kasalliklar	
Virusli A, V, S, D, Ye, F, G hepatitlari	Soxta sil kasalligi
Gerpetik hepatit	Sal'monellez
Sitomegalovirusli hepatit	Manqa
Sariq istma	Sepsis
Yuqumli mononukleoz, sariqlik shakli	Listerioz
Qaytalam terlama	Jigarning amyobli shikastlanishi
Ichak iersiniozi	Zaxm kasalligi (sifilis)
Ornitoz	Toksik hepatitlar: o'tkir alkogol'
Leptospiroz	gepatiti, dori preparatlari bilan bog'liq hepatitlar va boshqa toksik hepatitlar

O'tkir yuqumli kasallik belgilari (isitmalash, umumiy intoksikasiya belgilari, ekzantema, epidemiologik ma'lumotlar va b.) mavjudligi infeksiyon va toksik gepatitlarni taqqoslash uchun katta ahamiyatga ega. Toksik gepatitlarni tashxislash uchun gepatotrop toksik moddalar (sil kasalligiga qarshi preparatlar, MAO ingibitorlari, fenotiazin hosilalari), texnik suyuqliklar (dixloretan, etilenglikol) iste'mol qilish, kasb zararlilari (azot kislotasi asosidagi oksidlovchi moddalar, gidrazin bilan ishlash va b.), shuningdek infeksiyon jarayon belgilari mavjud emasligi ahamiyatlidir.

Yuqumli kasalliklar orasida parenximatuz jigar sariqligi bilan kechadigani ko'proq virusli gepatitlar bilan o'zaro bog'liqligini hisobga olib, infeksiyon jarayon belgilari bilan birga kechadigan sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslashda, eng avvalo, ushbu kasallik virusli gepatit ekanligi yoki emasligi masalasini hal qilish kerak. Agar virusli gepatit inkor qilinsa, navbatdagi bosqich mazkur bemorda sariqlik bilan kechadigan qanday yuqumli kasallik bilan bog'liqligi masalasini hal qilishdan iborat bo'ladi.

Birinchi masalani hal qilish uchun umumiy intoksikasiyaning isitmalash va boshqa belgilarini jigarining shikastlanish darajasi bilan solishtirish ahamiyatlidir. Virusli A va B gepatitlarida tana haroratining ko'tarilishi va infeksiyon toksikozning boshqa belgilari asosan kasallikning boshlang'ich davrlarida kuzatilib, sariqlik paydo bo'lishi va avj olish vaqtida tana harorati pasayadi, umumiy intoksikasiya belgilari esa kuchsiz ifodalangan bo'ladi. A va B gepatitlarini taqqoslash ko'pincha katta qiyinchiliklar tug'diradi. Shuningdek, boshqa virusli gepatitlarni ham taqqoslash qiyin, buning ustiga ularning birga kechishi qayd etilganda. Ko'pincha, gepatit-de'ta ko'proq virusli B gepatiti, virusli G gepatiti esa virusli C gepatiti bilan kombinatsiyalanadi.

Virusli A gepatiti ko'proq yosh bolalarda uchraydi, ba'zan jamoalarda birdan epidemiya tarqalishi shaklida kechadi. Kasallikning yashirin davri (ko'pincha 15-30 kun) ichida A gepatiti bo'lgan bemorlar bilan muloqatda bo'lganlarni aniqlash tashxis qo'yishda ahamiyatiga ega. Sariqlik oldi davri muddati virusli V gepatitdagiga (ko'pincha 8-10 kun) nisbatan biroz qisqaroq bo'ladi (o'rtacha 5-7 kun). Virusli B gepatitdan farqli ravishda, ushbu davrda kam hollarda bo'g'imdagi og'riqlar bezovta qiladi. Ko'pincha sariqlik oldi davrining grippsimon varianti, kamroq – dispepsik va astenovegetativ variantlari kuzatiladi. Ushbu davrda tana haroratining ko'tarilishi, madorsizlik, bosh og'rish, ishtaha pasayishi kuzatiladi. Sariqlik oldi davri oxirida siydik quyuvlashadi, axlat esa rangsizlanadi.

A gepatitining sariqlik davri ko'zning oq pardasi, og'iz-tomoq shilliq qavatlarini, so'ngra esa terining ikterikligi paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Hafta davomida sariqlik jadalligi kuchayadi. Tana harorati me'yoriy. Madorsizlik, seruyquqlik, ishtaha pasayishi, o'ng qovurg'a ostida sanchiqli og'riqlar, ayrim bemorlarda teri qichishishi kuzatiladi.

Jigar kattalashgan, zichlashgan va biroz og'riqli bo'ladi, bemorlarning 20-50 foizida taloq kattalashishi kuzatiladi. Periferik qonda leykopeniya (ba'zan normositoz), neytropeniya, nisbiy limfo- va monositoz, EChT 2-4 mm/soat. Qonda umumiy bilirubin tarkibi ko'proq bevosita (birikkan) bilirubin hisobiga yuqori bo'ladi, aminotransferaza, ayniqsa ALAT faolligi sezilarli darajada ortadi, timolli

namunalar ko'rsatkichlari oshgan, protrombin indeksi pasaygan bo'ladi. Sariqlik davri 7-15 kun davom etadi. Virusli A hepatiti bo'lgan aksariyat bemorlarda bilirubinemiya 80-90 mkmol/l (5 mg%) dan yuqori bo'lmaydi.

Rekonvalesensiya davri hepatitning klinik va biokimyoviy belgilari tez yo'qolishi bilan xususiyatlanadi. Bilirubin, protrombin tarkibi, aminotransferaza faolligi, odatda, sariqlik paydo bo'lish paytidan 20-25-kunga kelib me'yorlashadi. A hepatitining og'ir darajali shakllari kam hollarda kuzatiladi, surunkali shakllari, odatda, rivojlanmaydi. Ba'zan, hepatitning barcha boshqa simptomlari yo'qolganidan so'ng 1-2 oy davomida ALAT faolligi oshgan holda, uzoqqa cho'ziladigan rekonvalesensiya kuzatiladi.

Virusli B hepatiti ko'proq parenteral yo'l bilan yuqadi, shu tufayli tashxislash uchun yashirin davri muddatlarida (ko'pincha 60-120 kun) qon, plazma, qon preparatlarini quyishlar, operativ aralashuvlar, ko'p martali vena ichiga, mushak ichiga va boshqa in'eksiyalar qo'llanilganligi yoki qo'llanilmaganligini aniqlash muhimdir. Sariqlik oldi davri uzoqroq bo'lib, bu vaqtda bemorlarni ko'pincha bo'g'imdagi og'riqlar bezovta qiladi.

Posttransfuzion hepatit bo'lgan ayrim bemorlarda va og'ir darajali shakllarida sariqlik oldi davri oxirida biroz tana harorati ko'tarilishi mumkin. Sariqlik oldi davri barcha belgilarining ifodalanish darajasi virusli A hepatitidagiga nisbatan yuqoriroqdir. Ko'pincha sariqlik oldi davri dispepsik holatlar (anoreksiyaga qadar ishtaha yo'qolishi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, jigar va ko'krakosti sohasida zirqirab turadigan og'riqlar, ayrim bemorlarda ich kelishning qisqa vaqtli buzilishi) bilan boshlanadi. Virusli B hepatiti bo'lgan bemorlarning 30 foizida kuzatiladigan artralgiik variantda yirik bo'g'imlarda, suyaklarda, mushaklarda, ayniqsa, tungi vaqtda kuchli zirqirab og'rishlar kuzatiladi. Bemorlarning 10 foizida qisqa vaqtli urtikar toshma kuzatiladi.

Sariqlik oldi davri oxirida siydik quyuqlashadi, axlat esa rangsizlanadi, jigar kattalashishi kuzatiladi, AsAT va ayniqsa ALAT faolligi oshadi.

Virusli B hepatitida sariqlik davri, odatda, uzoq bo'lib, klinik belgilar ifodalanish darajasi va turg'unligi bilan xususiyatlanadi, ular asta-sekin kuchayib boradi. Sarg'ayish 2-3 haftaga kelib maksimumga yetadi (A hepatitida bu vaqtga kelib butunlay yo'qoladi). Kasallikning og'ir shakllarida sariqlikning dastlabki kunlarida o'tkir jigar yetishmovchiligi (jigar komasi) rivojlanishi mumkin. Ushbu davrda bemorlar umumiy madorsizlik, lohaslik, ishtaha pasayishi, jigar sohasida zirqirab turadigan og'riqlardan shikoyat qiladilar, ba'zan bo'g'imlardagi og'riqlar, teri qichishishi bezovta qiladi. Sariqlik asta-sekin kuchayib boradi, avj olish, maksimal rivojlanish va pasayish bosqichlari ajratib ko'rsatiladi. Dastlab sariqlik faqat ko'zning oq pardasida, yumshoq va qattiq tanglayda puxta tibbiy ko'rikda (albatta kunduzgi yorug'likda yoki kunduzgi yorug'lik lampasi ostida) aniqlanadi, so'ngra teri sarg'ish tus oladi. Sariqlikning ifodalanish darajasi, odatda, kasallikning og'irlik darajasiga mutanosib bo'ladi. Biroq kuchsiz ifodalangan sariqlikda xam hepatitning og'ir va juda og'ir shakllari kuzatilishi mumkin. Deyarli barcha bemorlarda jigar o'lchamlari kattalashgan; sog'ayish va sariqlik kamayish vaqtida jigar o'lchamlari, odatda, kamayadi. Kuchayib boruvchi sariqlik jigar o'lchamlarining kichrayishi o'tkir jigar

yetishmovchiligi rivojlanish ehtimolini ko'rsatadi. Ko'pincha taloq kattalashgan bo'ladi. Bradikardiya va gipotenziya xosdir.

Sog'ayish davri A gepatitiga nisbatan uzoqroq. Bemorlar ahvoli asta-sekin yaxshilanib boradi, sariqlik kamayadi va yo'qoladi, ishtaha ochiladi, jigar o'lchamlari kichrayadi, siydik ocharadi, axlat esa tegishli tus oladi. Ba'zan sog'ayish sekin cho'ziladi, alohida to'liqlar shaklida paydo bo'lishi mumkin. Dispepsik holatlar, astenizasiya uzoq vaqt saqlanib qolishi mumkin. Virusli gepatitning uzoqqa cho'ziladigan va surunkali shakllari virusli B gepatitining yakuni bo'lishi mumkin. Ayrim bemorlarda (taxminan 0,2%) keyinchalik jigar sirrozi rivojlanishi mumkin. Virusli B gepatitining sirtqi antigeni yoki unga qarshi ishlab chiqarilgan antitelolar aniqlanishi virusli V gepatitining laboratoriya tasdig'i bo'lishi mumkin. Ushbu tadqiqotlarning salbiy natijalari virusli B gepatiti ehtimolini inkor qilmaydi.

Boshqa yuqumli kasalliklarda sariqlik barcha bemorlarda emas, balki kasallikning og'irroq shakllaridagina paydo bo'ladi. Bu yoxud virus infeksiyasi (gerpetik, sitomegalovirusli) generalizasiyalangan shakllari, yoxud septik bakterial infeksiyalardan iborat. Ushbu yuqumli kasalliklarning aksariyatida sariqlik paydo bo'lishi yuqori isitmalash va umumiy intoksikasiyaning yaqqol ifodalangan simptomlari (gemodinamik buzilishlar, markaziy nerv tizimi shikastlanishi va b.) sharoitida yuz beradi. Bundan tashqari, u yoxud bu yuqumli kasalliklarga xos bo'lgan, biroq virusli A va B gepatitlari uchun umuman xos bo'lmagan turli a'zo shikastlanishlari paydo bo'lishi mumkin.

Shunday qilib, yuqumli kasalliklarda jigar sariqlik bilan kechadigan virusli gepatitlarga va boshqa yuqumli kasalliklar bilan o'zaro bog'liq bo'lgan gepatitlarni farqlash uchun ko'plab klinik xususiyatlar mavjud. Kasalliklarning ikkinchi guruhi ichida imkon qadar nozologik shakllarni taqqoslashni davom ettirish kerak.

O'tkir gerpetik gepatit. Oddiy herpes virusli infeksiya keng tarqalgan. U, odatda, yashirin kechadi, vaqti-vaqti bilan (ko'pincha gripp va boshqa kasalliklar sharoitida) yengil shakllariga o'tadi. Gerpetik gepatit kam hollarda kuzatiladi va generalizasiyalangan juda og'ir kechadigan gerpetik infeksiyaning tez-tez namoyon bo'lishlaridan biri hisoblanadi. Gerpetik infeksiyaning generalizasiyalanishidan oldin immunitetning keskin pasayishi yuz beradi (immunodepressantlar, sitostatiklarni qabul qilish, kortikosteroidlarning katta dozalarini uzoq vaqt qabul qilish, nurli terapiya, orttirilgan immun tanqislik sindromi rivojlanishi va b.). Chegaralangan gerpetik gepatitlar bo'lmaydi. Generalizasiyalangan gerpetik infeksiya teri va shilliq qavatlarining o'ziga xos keng shikastlanishlarida namoyon bo'ladi. Gerpetik ekzantema mavjudligi taqqoslash tashxisida juda muhimdir. Bundan tashqari, odatda, birga kechadigan turli a'zo shikastlanishlari kuzatiladi. Gerpetik ensefalit, virus-bakterial zotiljam kasalligi va gerpetik gepatit eng tez-tez uchraydigan turlari hisoblanadi. Umumiy intoksikasiya simptomlari yaqqol ifodalangan. Kasallik og'ir, taxminan 30% o'lim holati bilan kechadi. Shunday qilib, tarqalgan gerpetik ekzantema va enantema mavjudligi, kechish og'irligi, gepatit simptomlarining ensefalit va o'tkir zotiljam kasalligi belgilari bilan o'zaro muvofiqligining o'zi klinik simptomatika asosida boshqa yuqumli kasalliklar orasidan o'tkir gerpetik gepatitni ajratib ko'rsatish imkonini beradi.

O'tkir sitomegalovirusli gepatit. Gerpetik infeksiya kabi sitomegalovirusli infeksiya ham yetarlicha keng, ko'proq yashirin shaklda tarqalgan bo'lib, u klinik jihatdan hech bir patognomonik belgilar bilan namoyon bo'lmaydi. Ayollarda bunday yashirin infeksiya qorindagi homilaning og'ir zaharlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Tug'ma sitomegalovirusli infeksiyaning sariqlik bilan kechadigan shakli, rivojlanish nuqsonlari bilan xususiyatlanadi va ko'pincha bolalar o'limiga olib keladi. O'rtirilgan sitomegalovirusli infeksiya o'tkir davrida yengil grippsimon shaklda kechadi, so'ngra esa yashirin shaklga o'tadi, bunda sitomegalovirus organizmda uzoq vaqt saqlanib qolishi mumkin. Gerpetik infeksiyadagi kabi omillar ta'sirida immun himoya keskin pasaygan holatda yashirin shakldan generalizatsiyalangan shakl rivojlanishi mumkin. Masalan, OITS bo'lgan bemorlarda aksariyat o'lim sabablaridan biri sitomegalovirusli infeksiya hisoblanadi. Ba'zan ushbu infeksiyaning generalizatsiyalanishi boshqa kasallik (leykemiya, yangi o'smalar, og'ir darajali jarrohlik operatsiyalari va b.) sharoitida yuz beradi. Infeksiyani generalizatsiyalashga ko'maklashuvchi ushbu barcha omillarni aniqlash taqqoslash tashxisi uchun muhim ahamiyatga ega.

Klinik generalizatsiyalangan sitomegalovirusli infeksiyada yuqori isitmalash, og'ir kechishi, jigar kattalashishi, yaqqol ifodalangan sariqlik bilan kechishi xususiyatlanadi. Sust kechadigan zotiljam kasalligi a'zolar shikastlanishlarida deyarli muqarrar tarkibiy qism hisoblanib, u gerpetik infeksiyadan farqli ravishda virus-bakterial emas, balki sof virusli etiologiyaga ega bo'lib, ushbu zotiljam kasalligida antibiotikoterapiya mutlaqo samarali emas. Ko'pgina bemorlarda ensefalit rivojlanadi. Jigar sezilarli darajada kattalashgan, paypaslab tekshirilganda og'riqli bo'ladi. Deyarli barcha bemorlarda taloq kattalashgan bo'ladi. Ko'rinish turganidek, gerpetik va sitomegalovirusli gepatitda umumiy klinik belgilar juda ko'p. Biroq sitomegalovirusli infeksiyada gerpetik ekzantema va enantema yo'q, bu ushbu ikki kasallikni taqqoslash tashxisida juda muhimdir.

Tug'ma sitomegalovirusli infeksiya yangi tug'ilgan chaqaloqlarda har doim o'tkir gepatit belgilari bilan kechadi. Tekshirilganda, yaqqol ifodalangan sariqlik bilan kechishidan tashqari, toshmaning gemorragik elementlari (gemorragik sindrom namoyon bo'lishi) kuzatiladi. Jigar va ayniqsa taloq sezilarli darajada kattalashgan va paypaslab ko'rilganda og'riqli bo'ladi. Aksariyat bemorlarda ensefalit rivojlanadi. Sariqlik bilan kechadigan kasallik 2-3 hafta davomida kuchayib boradi, so'ngra esa 2-6 oy davomida asta-sekin pasayadi. Aminotransferaza va ishqorli fosfataza faolligi oshadi. Bundan tashqari, rivojlanish nuqsonlari, tug'ma ko'z shikastlanishi (katarakta, xorioretinit, ko'rish nervi atrofiyasi) bo'lishi mumkin.

Trombositlar soni sezilarli pasaygan. Odatda, anemiya rivojlanadi.

Sitomegalovirusli gepatitni taqqoslash tashxisida, eng avvalo, sitomegalovirusli infeksiyani kuchayishiga olib keladigan omillarni mavjudligini aniqlash kerak.

Klinik simptomatikada yuqori isitmalash, yaqqol ifodalangan umumiy intoksikasiya, sariqlik bilan kechishi, jigar va taloqning sezilarli darajada kattalashishi hamda sust kechadigan zotiljam kasalligi eng katta taqqoslash tashxisi ahamiyatiga ega. So'lak cho'kmalari, siydik, orqa miya suyuqligi me'da tarkibining sitologik tekshiruvni sitomegalovirusli infeksiya tashxisini laboratoriya yordamida

tasdiqlashning eng oddiy va joiz usuli hisoblanadi. Ushbu materiallardan biron-birida sitomegalik hujayralar ("sitomegallar") aniqlanishi buning isboti bo'lib xizmat qiladi. Ular dumaloq yoki yassi shaklli yirik hujayralarni o'z ichiga oladi. Yadroda och rangli to'g'in bilan o'ralgan qo'shilma ("boyo'g'li ko'zlari") kuzatiladi. Ushbu hujayralar diametri 25-40 mkm ni tashkil etadi.

Sitomegaloviruslarni so'lak yoki siydikdan ajratish spesifik usul hisoblanib, buning uchun fibroblastlar mikroorganizmlari va odam diploid hujayralari mikroorganizmlaridan foydalaniladi.

Infektsion mononukleozning sariqlik shakli. Infektsion mononukleozda deyarli barcha holatlarda gepatit rivojlanadi, ko'pincha u yaqqol ifodalangan sariqlik bilan birga kechadi. Bu holatda biz virus (Epshteyn-Barr) bilan bog'liq o'tkir gepatitga ega bo'lamiz, biroq shunga qaramay, ushbu jigar shikastlanishi virusli gepatitlarga tegishli bo'lmaydi. Bu yaxshi asoslangan, chunki infektsion mononukleozda gepatitdan tashqari ko'plab a'zolar va tizimlar shikastlanishini o'z ichiga olgan keng klinik simptomatika kuzatiladi. O'tkir mononukleoz gepatitda virusli gepatitlar uchun xos bo'lgan barcha belgilar, shu jumladan jigar genezli sariqlik bilan kechishi, jigar kattalashishi, zardob fermentlari – AlAT, AsAT, ishqorli fosfataza faolligi oshishi va b. mavjud.

Farq umumiy intoksikasiyaning ko'proq ifodalangan sindromidan (tana haroratining 39-40°S gacha ko'tarilishi, umumiy madorsizlik, bosh og'rishi va b.) iborat bo'lib, bu sariqlik paydo bo'lgandan keyin ham saqlanib qoladi, ba'zan esa kuchayadi. Asosiy farq esa bir qator a'zolar va tizimlar shikastlanishidan iborat bo'lib, bu virusli gepatitlar uchun xos emas. Infektsion mononukleozda klinik simptomatika shunchalik o'ziga xos bo'ladiki, ushbu kasallikni boshqa etiologiyali sariqlik bilan kechadigan kasalliklaridan taqqoslash imkonini beradi.

Infektsion mononukleozni taqqoslash tashxisi uchun xizmat qiladigan asosiy belgilari quyidagilardan iborat:

- 1) isitma;
- 2) tonzillit;
- 3) generalizasiyalangan limfadenopatiya;
- 4) jigar va taloqning kattalashishi;
- 5) periferik qonning o'ziga xos o'zgarishlari.

Qayd etilgan belgilarning tashxisdagi ahamiyatini ko'rib chiqamiz.

Infektsion mononukleozda isitma 1 haftadan 3 haftagacha, ba'zida esa undan ham uzoqroq davom etadi. U sariqlik paydo bo'lgandan keyin ham kamaymaydi. Harorat egri chizig'i o'tkir-to'lqinsimon yoki noto'g'ri turida bo'ladi. Antibiotiklar qo'llanilishi harorat egri chizig'iga ta'sir etmaydi. Isitma balandiligi ko'pincha 38-40°S ni tashkil etadi.

Tonzillit infektsion mononukleoz klinik simptomatikasining muqarrar tarkibiy qismi hisoblanadi. Uning mavjudligi taqqoslash tashxisida ahamiyatga ega, chunki u nafaqat virusli A va V gepatitlarida, balki sariqlik bilan birga kechadigan boshqa yuqumli kasalliklarda kuzatilmaydi, listeriozning anginoz-septik shakli bundan mustasno. Infektsion mononukleozda halqum o'zgarishlari turlicha. Tanglay (tomoq) bodomsimon bezlarining halqum difteriyasida ba'zida fibrin karashlarni eslatuvchi

plyonkalar paydo bo'lishini o'z ichiga oladigan nekrotik o'zgarishlari xosdir. Ba'zan tonzillitning namoyon bo'lishi kataral yoki follikulyar-lakunar anginadagi halqum o'zgarishlarini eslatadi. Halqumdagi o'zgarishlar kasallikning dastlabki kunidan paydo bo'lmaydi, balki isitmalash va boshqa klinik simptomlarga kasallik boshlangandan so'ng 2-3 kundan keyingina qo'shiladi.

Generalizatsiyalangan limfadenopatiya infeksiyon mononukleozning o'ziga xos simptomi bo'lib, faqat ba'zida boshqa etiologiyali sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida (listerioz, sifilis) xam uchraydi, shu tufayli taqqoslash tashxisi ahamiyatga ega. Limfa tugunlarining barcha guruhlari kattalashgan bo'lib, paypaslab tekshirilganda o'rtacha og'riqli bo'ladi. Ba'zan mezenterial limfa tugunlar sohasida og'riq kuzatiladi. Afsuski, shifokorlar ko'pincha periferik limfa tugunlar holatini puxta tekshirishga yetarlicha e'tibor qaratmaydilar.

Jigar va taloqning kattalashishi virusli gepatitlar uchun ham, sariqlik bilan birga kechadigan boshqa yuqumli kasalliklar uchun ham xos, shu tufayli ushbu belgining ahamiyati katta emas. Taloqning boshqa kasalliklarga nisbatan ko'proq kattalashishigina e'tiborni o'ziga qaratadi. Infeksiyon mononukleozning og'ir darajali asoratlardan biri taloq yorilishidan iborat ekanligi aynan shu bilan izohlanadi. Taloqning bunday kattalashishi, ba'zan esa yanada yaqqol ifodalangan kattalashishi faqat bezgakda va qaytalama terlamada kuzatiladi.

Ushbu kasallikda periferik qon manzarasi shunchalik o'ziga xos ekanligi tufayli uni "mononukleoz" deb nomlash uchun asos bo'lgan. O'rtacha darajali leykositoz kuzatiladi - (9-15)·10⁹/l. Bir yadroli elementlar (limfositlar, monositlar, atipik mononuklearlar) jami miqdori kasallikning 1-haftasi oxiriga kelib 40% dan oshadi va ko'pincha 80-90% ga yetadi. Qonning mononuklear reaksiyasi 3-6 oygacha saqlanib qolishi mumkin. Sariqlik bilan birga kechadigan boshqa kasalliklardan bir yadroli elementlar ustunligi sitomegalovirusli gepatitda va listeriozning ayrim shakllarida kuzatilishi mumkin.

Klinik belgilar majmui mononukleoz gepatitni virusli A va V gepatitlaridan, shuningdek boshqa xususiyatli yuqumli sariqlikidan yetarli darajada ishonchli taqqoslash imkonini beradi.

Infeksiyon mononukleoz tashxisini tasdiqlash uchun geterogemagglyutinasiya reaksiyalarining turli modifikasiyalaridan (Paul-Bunnell reaksiyasi, XD/PBD, Lovrika, Goff va Bauer, Li-Davidson reaksiyalaridan) foydalaniladi. Epshteyn-Barr virusidan antigenli RSK spesifik hisoblanadi.

Sariq istma. Ushbu kasallikning klinik ifodalangan shakllari nomiga muvofiq bo'lib, sariqlik bilan birga kechadi. Bu Janubiy Amerika va ekvatorial Afrika uchun endemik bo'lgan karantin kasallik hisoblanadi. Tegishli ravishda, mamlakatimiz uchun u har doim chetdan olib kelingan kasallik hisoblanadi.

Agar bemor sariq istma bo'yicha endemik bo'lgan mamlakatlardan kelgan bo'lsa, yashirin davri muddatida (3-6 sutka) ushbu kasallik to'g'risida o'ylab ko'rish mumkin, agar endemik mamlakatdan ketish vaqtidan 6 kundan ko'proq o'tgan bo'lsa, bu sariqlik bilan kechadigan bezgakni inkor qilish imkonini beradi. Sariqlik bilan kechadigan bezgakning klinik simptomatikasi o'ziga xos bo'lib, klinik ma'lumotlar asosida taqqoslash tashxislashni o'tkazish imkonini beradi (kelgusida, boshqa karantin kasalliklardagi kabi tashxisning laboratoriya tasdiq'ini olish kerak).

Kasallik to'satdan tana haroratining 39-40°S gacha va undan yuqori ko'tarilishi bilan boshlanadi. Dastlabki sutkalaridan boshlab o'ziga xos giperemiyalar va yuz shishishi, qovoqlar solqishi, ko'z oq pardasi kon'yunktivasi qon tomirlari in'eksiyasi, taxikardiya (1 daqiqada 130 gacha) paydo bo'ladi. 2-kun ko'ngil aynishi va qayt qilish, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati giperemiyasi, 3-4-kunga kelib sariq paydo bo'ladi. Kasallikning 5-kunida tana harorati pasayadi, umumiy ahvol yaxshilanadi, biroq remissiya juda qisqa bo'lib, bir necha soatdan keyin tana harorati qayta ko'tariladi, gemorragik sindrom (burun qonashi, qon aralash qayt qilish va b.) paydo bo'ladi. Taxikardiya bradikardiya bilan almashinadi (1 daqiqada 40-50), arterial bosim pasayadi. O'tkir darajali buyrak yetishmovchiligi yoki infeksiyon-toksik shokdan o'lim holati yuz beradi. Ijoby natijada 7-9-kundan e'tiboran bemor ahvoli yaxshilanib boshlaydi.

Sariq istmaning taqqoslash tashxisi klinik ma'lumotlar asosida o'tkazish mumkin. Keyinchalik tashxis spesifik laboratoriya ma'lumotlari bilan tasdiqlanadi. Ulardan virusni ajratish, RSK va RTGA yordamida spesifik antitelolar titri o'sishini aniqlash uchun foydalaniladi.

Yuqorida ko'rib chiqilgan kasalliklar virus xususiyatli sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini inkor qiladi. Sariqlik nafaqat virusli, balki bakterial infeksiyalarda ham rivojlanishi mumkin. Ulardan ayrimlari (leptospirozning sariqlik shakli, soxta sil kasalligi va b.) yetarlicha tez-tez uchraydi. Barcha bakterial gepatitlarda boshqa gepatitlardagi kabi belgilar: jigar (ko'pincha taloq ham) kattalashishi, bilirubin darajasi sezilarli oshishi, jigar xususiyati, zardob fermentlari (AIAT, AsAT) faolligi jiddiy oshishi kuzatiladi. Virusli A va V gepatitlaridan farqi yaqqol ifodalangan infeksiyon sindrom, shuningdek turli a'zolar va tizimlar shikastlanishidan iborat.

Leptospiroz. Hozirgi vaqtda leptospiroz sariqlik bilan kechadigan kasalliklarning og'ir shakliga kiritilib, u leptospirozining aylanuvchi serotiplaridan (seroguruhlardan) istalgan biri bilan o'zaro bog'liq bo'lishi mumkin. Avvallari faqat *L. icterohaemorrhagiae* qo'zg'atgan kasalliklar kiritilgan.

Leptospirozning klinik namoyon bo'lishlarida ushbu kasallik uchun xos bo'lgan va yuqumli jigar sariqligining ushbu shaklini yetarlicha taqqoslash imkonini beradigan bir qator belgilar mavjud. Leptospirozda kasallik boshlanishi o'tkir va hatto to'satdan yuz beradi. Kasallikning dastlabki kunidayoq titroq bilan tana harorati 39°S dan yuqori ko'tariladi. Kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab yuz va bo'yin giperemiyalari, ko'zning oq pardasi qon tomirlari in'eksiyasi paydo bo'ladi, biroq terining sarg'ayishi kasallik boshlangandan so'ng 3-5 kundan keyingina kuzatiladi.

Jigar va taloq kasallikning dastlabki kunlaridan boshlab kattalashadi. Boldir-oyoq mushaklari shikastlanishi juda xos xususiyatli, hatto patognomonik belgi hisoblanishi mumkin. Ularda yaqqol ifodalangan morfologik o'zgarishlar (senkerovskiy nekrozi turi) rivojlanadi. Bu klinik jihatdan bemorlar harakatlanishini qiyinlashtiradigan, ba'zan esa harakatlanishiga imkon bermaydigan kuchli og'riqlarda namoyon bo'ladi. Bu ko'p yuqumli kasalliklarda paydo bo'ladigan oddiy mialgiya emas, balki o'rman turishga urinishda, shuningdek shikastlangan mushaklarni paypaslab tekshirishda keskin kuchayadigan juda kuchli mushak og'riqlaridir. Ushbu o'zgarishlar boldir-oyoq mushaklarida yanada yaqqol ifodalangan.

Boshqa mushak guruhlari ham shikastlanadi, biroq sezilarli darajada kuchsizroq zararlanadi. Bu taqqoslash tashxisi uchun juda muhim belgidir.

Leptospirozning og'ir shakllari uchun ikkinchi muqarrar simptom (sariqlik esa faqat og'ir darajali shakllarda rivojlanadi) buyraklar shikastlanishidan iborat. O'lim bilan tugaydigan holatlarda bemorlar o'limi o'tkir buyrak yetishmovchiligi tufayli yuz beradi. Buyraklar shikastlanishi oliguriyada va hatto anuriyada, siydikda oqsil, eritrositlar, silindrlar paydo bo'lishida namoyon bo'ladi, qon zardobida qoldiq azot ko'payadi. Qonda bilirubin tarkibi 200-300 mkmol/l va undan ko'proq miqdorga yetishi mumkin, AsAT va ALAT faolligi oshadi. Leptospirozning boshqa namoyon bo'lishlari: gemorragik sindrom, seroz meningiti qo'shilishi, harorat egri chizig'ining ikki to'liqinli xususiyati ham taqqoslash tashxisida ahamiyatiga ega.

Periferik qon manzarasi: neytrofil xususiyatli nisbiy leykositoz (15109/l gacha), EChT erta va sezilarli darajada oshishi ham tashxisda ahamiyatiga ega. Epidemiologik shart-sharoitlar (yozgi mavsumiylik, chuchuk suvli havzalarda cho'milish, hayvonlar bilan muloqat) ham hisobga olinadi.

Shunday qilib, klinik ma'lumotlar majmui leptospiroz sariqligini virusli A va V gepatitlaridan, shuningdek sariqlik bilan birga kechadigan boshqa yuqumli kasalliklardan yetarlicha aniq taqqoslash imkonini beradi. Taqqoslash tashxisi uchun eng samarali ma'lumotlar quyidagilardan iborat: kasallikning to'satdan boshlanishi, yuqori isitma, boldir-oyoq mushaklarining shikastlanishi, kasallikning 3-5-kunidan boshlab sariqlik paydo bo'lishi, buyraklar faoliyatidagi o'zgarishlar, neytrofil leykositozi. Meningit, gemorragik sindrom belgilarining qo'shilishi muayyan ahamiyatga ega.

Tashxisni tasdiqlash uchun spesifik usullardan foydalaniladi. Qorong'u hoshiyada mikroskopiya o'tkazishda qonda (kasallikning o'tkir davrida) yoki siydikda (erta rekonvalesensiya davri) qo'zg'atuvchilarni aniqlash ular orasida eng tez amalga oshiriladigan usul hisoblanadi. Retrospektiv tarzda leptospiroz tashxisini RSK va mikroagglutinasiya reaksiyalari yordamida serologik jihatdan tasdiqlash mumkin. Antitelolar titrlarining 4 marta va undan ko'proq o'sishi ijobiy natija hisoblanadi.

Soxta sil kasalligi. Soxta sil kasalligining sariqlik shakli shifokorlik amaliyotida, ayniqsa, ushbu kasallik birdan avj olgan vaqtda yetarlicha tez-tez uchraydi. Sariqlik soxta sil kasalligining o'rtacha og'irlik va og'ir darajali shakllari bo'lgan bemorlarda yaqqol ifodalangan klinik belgilar bilan rivojlanadi. Bevosita sariqlik, jigar kattalashishi, gepatitning namoyon bo'lishi boshqa infeksiyon xususiyatli sariqlik bilan kechadigan kasalliklardan deyarli farq qilmaydi. Sariqlikning etiologiyasi to'g'risida soxta sil kasalligining boshqa belgilari bo'yicha baholash mumkin.

Soxta sil kasalligining boshlanishi o'tkir bo'lib, kasallikning 1-kuni oxiridayoq tana harorati 38-40°S ga yetadi. Ko'zning oq pardasi qon tomirlari in'eksiyasi, yuz, bo'yin, tananing yuqori bo'limlari giperemiyasi ("kapyushon simptomi") erta namoyon bo'ladi. Biroq ushbu belgilar boshqa yuqumli sariqlik bilan kechadigan kasalliklarda (sariq istma, ichak iersiniozi, leptospiroz) ham uchraydi, shu tufayli faqat nisbiy taqqoslash tashxisi ahamiyatli. Mayda nuqtali ("skarlatinsimon") ekzantema soxta sil kasalligi uchun yanada tipik va o'ziga xos hisoblanadi. Soxta sil

kasalligi dastlab "Uzoq Sharq skarlatinasimon bezgak" nomi ostida ta'riflanligi bejiz emas. Mayda nuqtali toshma ko'p hajmli bo'lib, butun tana bo'ylab joylashadi, tabiiy teri burmalari sohasida (tirsak bukiladigan joylar, chov sohasida va b.) jamlanadi. Ekzantema ko'pincha kasallikning 3-kunida namoyon bo'ladi. Kaft va tovon terisi giperemiyalangan. Til och-qizil rangli, g'uddachalar kattalashgan, karashsiz ("to'q qizil (malina) rangli til"). Sariqlik bilan birga kechadigan boshqa yuqumli kasalliklar orasida ekzantema kuzatilmaydi, shu tufayli taqqoslash tashxisida ahamiyatga ega. Biroq, ba'zan soxta sil kasalligining sariqlik shakllari toshmasiz kechishini hisobga olish kerak bo'ladi.

Taqqoslash tashxisi uchun boshqa muhim belgilardan mezadenit va terminali ileitni qayd etish kerak. Bu klinik jihatdan o'ng qovurg'a bilan qorin oralig'i sohasidagi spontan og'riqlarda, shuningdek paypaslab tekshirilganda ushbu sohadagi yaqqol ifodalangan og'riq bilan namoyon bo'ladi. Ushbu belgi ichaklar iersiniozida ham paydo bo'ladi. Soxta sil kasalligi ba'zan uzoq vaqt cho'ziladi, takroriy bezgak to'lqinlari, bo'g'imlar shikastlanishi, tugunli eritema bilan birga kechadi.

Aksariyat holatlarda, ayniqsa, epidemiya avj olgan vaqtda soxta sil kasalligining sariqlik shakllarini tashxislash qiyinchiliklar tug'dirmaydi. Yuqori isitma va umumiy intoksikasiyaning yaqqol ifodalangan simptomlari, "skarlatinsimon" ekzantema, kaft va tovon terisi giperemiyasi, mezadenit va terminali ileit paydo bo'lishi taqqoslash tashxisida katta ahamiyatga ega. Soxta sil kasalligi tashxisini laboratoriya yordamida tasdiqlash uchun serologik usullardan (agglutinasiya reaksiyasi, PHTA) va najasdan qo'zg'atuvchilarni ajratib olish usulidan foydalaniladi. Biroq laboratoriya yordamida tashxislashning ushbu barcha usullari, aslini olganda, retrospektiv hisoblanadi.

Ichak iersiniozi. Iersinioz klinik kechishiga ko'ra ko'p jihatdan soxta sil kasalligi bilan o'xshash (u iersiniyalar bilan ham qo'zg'atiladi), biroq sariqlik, odatda, ichak iersiniozining faqat juda og'ir septik shakllarida kuzatiladi. Yengilroq shakllari (gastrointestinal va appendikulyar), soxta sil kasalligidan farqli ravishda, sariqliksiz kechadi.

Ichak iersiniozi sariqlik shaklining asosiy klinik belgilari katta sutkalik qamrovlar bilan (2-3°S) yuqori isitma, takroriy titroqlar va terlashlar, anemizasiya, yaqqol ifodalangan sariqlik, jigar va taloq kattalashishidan iborat. Qorinda, ko'pincha quyi bo'limlarda chap tomondan og'riqlar bezovta qiladi, ich kelishi buzilishi mumkin. Bemorlarning muayyan qismida ikkilamchi yiring manbalari paydo bo'ladi, yiringli artritlar rivojlanadi. Ichak iersiniozida sariqlikni virusli A va V gepatitlaridan, shuningdek sariqlik bilan kechadigan ko'plab infeksiyalardan farq qilish oson, biroq bakteriologik tekshiruvsiz sepsisning boshqa turlaridan taqqoslash qiyin. Kasallik etiologiyasi to'g'risidagi masalani hal qilish uchun bemordan olingan turli materiallar (qon, orqa miya suyuqligi, yiring) bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi, serologik usullardan (agglutinasiya reaksiyasi, PHTA) ham foydalanish mumkin.

Sal'monellez. Sariqlik ham gastrointestinal, ham tarqalangan shakllardagi kabi sal'monellezning faqat og'ir kechishida kuzatilishi mumkin. Boshqa bakterial sariqlik bilan kechadigan kasalliklaridagi kabi yuqori isitmalash (39-40°S), yaqqol ifodalangan umumiy intoksikasiya belgilari, jigar va taloq kattalashishi, shuningdek jigar sariqligining bio-kimyoviy belgilari (qonda bilirubin tarkibi, zardob fermentlari

– AIAT, AsAT) faolligi oshishi kuzatilishi mumkin. Ushbu belgilar sal'monellezdagi sariqlikni virusli A va V gepatitlaridan taqqoslash imkonini beradi, biroq boshqa bakterial sariqlik bilan kechadigan kasalliklaridan taqqoslash uchun ushbu belgilar yetarlicha ma'lumotlar bermaydi.

Sal'monellez infeksiyaning boshqa belgilari taqqoslash tashxisida ahamiyatga ega. Bu, eng avvalo, me'da-ichak yo'llari shikastlanishlaridan iborat bo'lib, ular sal'monellezning maxalliy shakllarida ahamiyatga ega deb hisoblanadi, tarqalgan shakllarida esa boshlang'ich davrda kuzatiladi.

Ko'pincha gastroenterit yoki gastroenterokolit kuzatiladi. Kasallikning dastlabki kunidan qorin usti sohasida og'riqlar, ko'ngil aynishi, takroriy qayt qilish paydo bo'ladi, so'ngra ich ketishi qo'shiladi. Suyuqlik va elektrolitlar yo'qotilishi ba'zan birinchi darajali ahamiyatga ega deb hisoblanadigan degidratsiya belgilari paydo bo'lishiga olib keladi. Sariqlik bilan kechadigan kasalliklar orasida bunday simptomatika faqat sal'monellezda kuzatiladi, bu esa uni boshqa kasalliklardan taqqoslash imkonini beradi. Sal'monellezning generalizasiyalangan shakllari (terlamasimon va septik) ham sariqlik bilan kechishi mumkin. Kasallikning boshlang'ich davrida gastroenterit belgilari ham kuzatiladi, bu taqqoslash tashxisi uchun muhimdir. Kasallikning keyingi davrlarida gastroenterit belgilari yo'qoladi, kasallik esa ich terlama sifatida yoki sepsis sifatida boshqa qo'zg'atuvchilar tomonidan paydo bo'lgan sepsisga o'xshash kechadi.

Sal'monellez tashxisini spesifik tasdiqlash uchun maxalliy shakllarida najasdan sal'monellani ajratish usulidan, oshqozon tarkibidan, yuqumli kasallik bog'liqligi taxmin qilingan oziq-ovqat mahsulotlaridan foydalaniladi, generalizasiyalangan shakllarida esa septik manbalardan yiring va qon tekshiriladi. Sal'monellezda serologik tekshiruv yetarlicha ma'lumotlar bermaydi.

Listerioz. O'tkir listeriozning turli klinik shakllari orasida faqat ulardan ayrimlarida va juda kam hollarda sariqlik rivojlanadi. Listerioz gepatiti listeriozning anginoz-septik va terlamasimon shakllarida paydo bo'lishi mumkin. Bunday gepatitni klinik taqqoslash tashxisi ba'zan qiyinchilik tug'diradi. Gepatit paydo bo'ladigan yuqori isitmalash va umumiy intoksikasiya belgilaridan tashqari, agar mazkur infeksiyaning boshqa belgilari aniqlansa, listerioz to'g'risida o'ylash mumkin. Anginoz-septik shaklda bu ba'zan spesifik mezadenit belgilari bilan muvofiq bo'ladigan generalizasiyalangan limfadenopatiyadan iborat. Ko'pincha nekrotik o'zgarishlar bilan birga kechadigan o'tkir tonzillitning turli ifodalinish shaklidagi halqum shikastlanishi ham xosdir. Bunday holatlarda listeriozni yuqumli mononukleozning sariqlik shakllaridan taqqoslash qiyin bo'ladi. Bemorning muayyan qismida yirik dog'li yoki eritematoz toshma paydo bo'ladi, u yuzda kapalak shaklini hosil qiladi. Ayrim holatlarda listeriozning sariqlik shakllari yiringli listerioz meningiti belgilari bilan birga kechadi. Listerioz gepatitining klinik xususiyatlari, shu jumladan generalizasiyalangan limfadenopatiya, mezadenit, halqum shikastlanishi, yiringli meningit uni virusli A va B gepatitlaridan va infeksiyon xususiyatli ko'plab boshqa sariqlik bilan kechadigan kasalliklardan taqqoslash imkonini beradi.

Tashxisni tasdiqlash uchun qo'zg'atuvchi ajratmasidan foydalaniladi (qon, SMJ, halqumdan olingan surtmalardan). 10-14 kun oraliq vaqt bilan olingan just zardoblarda spesifik antitelolar titri o'sishini (agglyutinasiya reaksiyasi va listerioz

antigen bilan RSK yordamida) aniqlashdan ham foydalanish mumkin. Antitelolar titrining 4 baravar va undan ko'proq oshishi tashxisda ijobiy hisoblanadi. Antitelolarning bir marta aniqlanishi dalil-isbotli hisoblanmaydi.

Sepsis. Boshqa nozologik shakllardan farqli ravishda sepsis polietiologik hisoblanadi, ya'ni u bakterial xususiyatli turli qo'zg'atuvchilar bilan o'zaro bog'liq bo'lishi mumkin. Sepsis birlamchi manba mavjudligi, qo'zg'atuvchilarning qonga singib o'tishi, ikkilamchi manbalar shakllanishi bilan xususiyatlanadi. O'z-o'zidan sog'ayishga moyilliksiz og'ir asiklik kechish bilan ajralib turadi. Bu 50-60% o'lim bilan tugaydigan hayot uchun xavfli kasallikdir. Sepsisning klinik manzarasida jigar shikastlanishi, sariqlik, kamqonlik doimiy tarkibiy qismlar hisoblanadi. Sariqlik o'rtacha darajali bo'lishi va infeksiyon jarayonning yaqqol ifodalangan og'irlik darajasiga muvofiq emasligi taqqoslash tashxisida ahamiyatga ega. Sepsisning namoyon bo'lishi yetarlicha o'ziga xos bo'lib, sepsis bilan bog'liq sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini klinik tashxislash, tegishli ravishda, taqqoslash ham sezilarli qiyinchiliklar tug'dirmaydi.

Jigarning septik shikastlanishlarini boshqa sariqlik bilan kechadigan kasalliklardan klinik taqqoslash tashxisida quyidagi klinik xususiyatlarga asoslanish mumkin: ko'pincha septik shok rivojlanishi bilan kasallik kechishining og'irlik darajasi, birlamchi va ikkilamchi kasallik manbalari, disseminasiyalangan qon tomiri ichida qon quyulishi belgilari bilan gemorragik sindrom, katta sutkalik tebranish darajalari, takroriy titroqlar va terlashlar bilan gektik yoki noto'g'ri (septik) isitma mavjudligi. Neytrofil leykositozi, so'ngra u ko'pincha leykopeniya bilan almashinadi.

Qondan va manbalardan (yiring to'plangan joylardan) bir xil mikroorganizm takroriy ajratmasi tasdiq bo'lishi mumkin. Serologik usullar kam ma'lumot beradi, chunki sepsis immunitet pasayishi sharoitida rivojlanadi va kasallik qo'zg'atuvchilariga qarshi antitelolar ishlab chiqarilishi yuz bermaydi.

Borreliaz (qaytalama tif). Hozirgi vaqtda mamlakatimizda ushbu kasallik yo'q. Qaytalama tif klinik simptomatikasida jigar shikastlanishi va sariqlik jiddiy rol o'ynaydi. Ushbu kasallikning klinik manzarasi yetarlicha o'ziga xos bo'lib, boshqa etiologiyali sariqlik bilan kechadigan kasalliklaridan taqqoslash tashxisi imkonini beradi.

Kasallik kunning birinchi yarmida xurujsimon boshlanadi. Kuchli titroq bilan tana harorati (bezgakdagi kabi) 39°S gacha va undan yuqori ko'tariladi, biroq bezgakdan farqli ravishda, keyingi kunlarda pasaymaydi, balki hatto biroz ko'tariladi. Bemorlar mushaklardagi og'riqlar, ko'ngil aynishidan shikoyat qiladilar, ba'zan qayt qilish kuzatiladi. Taloqning tez va sezilarli kattalashishi xosdir, chap qovurg'a ostida og'riqlar va taloq paypaslab tekshirilganda yaqqol ifodalangan og'riq paydo bo'ladi. Bemorlarning muayyan qismida gemorragik sindrom paydo bo'ladi. 4-6 kundan keyin tana harorati kritik darajada pasayadi, apireksiyaning 6-9-kunidan keyin esa takroriy (qisqaroq) isitma xuruji bo'lishi mumkin. Antibiotikoterapiyada takroriy xurujlar bo'lmaydi. Ba'zan taloq yorilishi kuzatiladi.

Quyidagi ma'lumotlar taqqoslash tashxisi uchun ahamiyatga ega: epidemiologik shart-sharoitlar (bitlanganlik, bemor bilan aloqa), xurujsimon isitma, jigar va ayniqsa taloqning sezilarli kattalashishi. Tashxisning spetsifik tasdig'i ham

murakkabliklar tug'dirmaydi. Qonning qalin tomchisi mikroskopda ko'rilganda (bezgakdagi kabi) qo'zg'atuvchi – Obermeyer spiroxeti aniqlanadi.

Ornitoz. Jigar o'zgarishi ornitoz bo'lgan aksariyat bemorlarda kuzatiladi, biroq gepatit va sariqlikning yaqqol simptomatikasi rivojlanishi kam hollarda, bizdagi ma'lumotlarga ko'ra, ornitoz bo'lgan bemorlar umumiy sonining 0,3 foizida kuzatiladi. Gepatit belgilari ornitozning oddiy (pnevmonik) kechishi sharoitida rivojlanadi, bu klinik taqqoslash tashxisini osonlashtiradi. Kasallik o'tkir boshlanishi, yuqori isitmalash (39-40°S), umumiy intoksikasiyaning yaqqol ifodalangan belgilari bilan xususiyatlanadi. Zotiljam kasalligi simptomlari (balg'am aralash yo'tal, biqindagi og'riqlar, mayda pufakchasimon jarangdor nam xirillashlar, rentgenologik ma'lumotlar) kasallikning 2-3-kunidan boshlab paydo bo'ladi, sariqlik esa kasallikning 1-haftasi oxirida yoki 2-haftasi boshidagina aniqlanadi. Nafaqat jigar, balki taloqning ham kattalashishi kuzatiladi. Uzoq vaqtli astenizasiya xosdir. Ornitoz zotiljam kasalligida penisillin, streptomisin va sul'fanilamid preparatlari qo'llanilishi samara bermaydi. Periferik qonda leykopeniya, neytropeniya, yuqori EChT o'ziga xos xususiyat hisoblanadi. Ornitoz sariqligini taqqoslash tashxisi uchun quyidagi belgilar eng ko'p ahamiyatga ega: sariqlik va gepatitning boshqa belgilari sust kechadigan zotiljam kasalligi, yuqori va uzoq vaqtli isitma, leykopeniya bilan o'zaro muvofiqligi.

Tashxisni tasdiqlash uchun ornitoz antigeni bilan RSK dan foydalaniladi. 1:16 va undan yuqori titr mavjudligi yoki juft zardoblarda antitelolar titri o'sib borishi ijobiy hisoblanadi.

Og'ir kechishi, sariqlik va o'tkir buyrak yetishmovchiligi bilan xususiyatlanadigan babezioz – o'tkir protozoy kasalligi ko'proq immunitet tanqislik bo'lgan shaxslarda rivojlanadi. AQSh va Yevropa mamlakatlarida kuzatilgan. Kasallik manbai jonivorlar (kemiruvchilar, itlar, mushuklar, yirik qoramol), tarqatuvchi – o'tloq kanasi hisoblanadi. Kasallik o'tkir boshlanadi, tana harorati ko'tariladi (39-40°S), umumiy intoksikasiya simptomlari, sariqlik paydo bo'ladi, anemiya kuchayadi. Jigar kattalashadi. Siydik miqdori kamayadi (oliguriya, anuriya), o'tkir darajali buyrak yetishmovchiligi belgilari paydo bo'ladi va kuchayadi. Bemorlar o'limiga sabab, odatda, uremik og'ir behushlik holati hisoblanadi.

Amebiyaz. Amebiyazda sariqlik amyoba gepatiti oqibati (kasallikning o'tkir darajali davrida) yoki jigar amyoba absessi (kechki ichakdan tashqari asoratlar davri) namoyon bo'lishidan iborat bo'lishi mumkin. Amyoba gepatiti ichak amebiyazi sharoitida kechadi, aynan uning klinik simptomatikasi taqqoslash tashxis imkoniyatlarini belgilab beradi. Amebiyazning o'tkir davri uchun me'yoriy yoki subfebril tana harorati va umumiy intoksikasiyaning yaqqol ifodalangan belgilarida ichaklar disfunktsiyalari (rektoromanoskopiya ma'lumotlariga ko'ra, shilliq va qon aralash ich kelishi, yo'g'on ichakning yarali o'zgarishlari) xosdir. Kasallikning ichburug'ga nisbatan uzoqroq kechishi, jarayonga yo'g'on ichak barcha bo'limlari jalb qilinishi kuzatiladi. Amebiyaz ushbu shaklining tashxisi axlatda (yoki rektoromanoskopiya ichaklar yaralaridan olingan materialda) ichak amyobalarining to'qima shakllari aniqlanishi bilan tasdiqlanadi.

Jigarning amyobali absessi ko'pincha o'rtacha ifodalangan sariqlik bilan kechadi, bu sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxisida hisobga

olinishi kerak. Jigarning amyoba absessi nisbatan erta, ichaklar o'zgarishlari (qorindagi og'riqlar, shilliq va qon aralash ich ketishi) sharoitidayoq rivojlanishi mumkin, biroq u ko'proq kasallikning kechroq davrlarida, ichaklar o'zgarishlari o'tib ketayotgan davrlarda paydo bo'ladi. Bunday holatlarda taqqoslash tashxisi murakkabroq bo'ladi.

Quyidagi ma'lumotlar tashxis ahamiyatiga ega: so'nggi oylar davomida uzoqqa cho'ziladigan ichak kasalliklari, shilliq va qon aralash ich ketishi, paypaslab tekshirilganda yoki chuqur nafas olganda kuchayadigan jigar sohasidagi doimiy og'riqlar, rentgenologik tekshiruv ma'lumotlariga ko'ra jigarning nomutanosis kattalashishi, jigar tuzilishlari o'zgarishi.

Ushbu davrda dizenteriya amyobasi axlatlarda aniqlanmaydi.

Toksik gepatitlar. Jigar sariqlik rivojlanishi tufayli jigar shikastlanishi turli toksik gepatitlarda kuzatilishi mumkin. Infektsion jarayon belgilari (isitmalash, umumiy intoksikasiyaning boshqa belgilari) mavjud emasligi va zaharlanishga xos holatlar mavjudligi bunday gepatitlarning o'ziga xos xususiyatlari hisoblanadi. Toksik gepatitlarni taqqoslash tashxisi imkoniyatlarini ko'rib chiqamiz.

O'tkir darajali alkogol gepatiti surunkali alkogolizm bilan kasallanadigan shaxslarda navbatdagi alkogol suiste'mol qilinganidan so'ng rivojlanishi mumkin, bunda alkogolning turli sun'iy mahsulotlari (surrogatlari) toksik ta'siri ehtimolini hisobga olish kerak. Alkogol gepatitini tashxisi uchun, eng avvalo, bemordagi surunkali alkogolizm belgilarini aniqlash kerak. Virusli gepatitdan farqli ravishda jigarning alkogol tufayli shikastlanishida ko'pincha leykositoz, ishqorli fosfataza faolligi oshishi, qonda xolesterin va V-lipoproteidlar yuqoriroq tarkibi kuzatiladi, shuningdek bilirubin-aminotransferaza dissosiasiyasi (AIAT) oshish darajasi giperbilirubinemiya darajasidan biroz ortda qolishi) kuzatiladi.

Dori preparatlari qo'llanilishi tufayli paydo bo'lgan gepatitlar ko'plab dori preparatlari bilan bog'liq bo'lishi mumkin, biroq ko'pincha preparat uzoq vaqt va katta dozalarda buyurilgan holatlarda paydo bo'ladi. Dori preparatlari qo'llanilishi tufayli paydo bo'lgan gepatitlarning yarmidan ko'prog'i sil kasalligiga qarshi preparatlarning uzoq vaqt qo'llanilishi bilan bog'liq. Ushbu sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxisi uchun etiotrop preparatlarining uzoq vaqt qo'llanilishi va sil kasalligiga qarshi bir necha preparatlarning birga qo'llanilishi ahamiyatlidir. Ko'pincha dori preparatlari qo'llanilishi tufayli paydo bo'lgan gepatit 2-qator tuberkulostatik preparatlari (pirazinamid, etionamid va b.), kamroq – 1-qator preparatlari (PASK, GINK va ularning hosilalari) qo'llanilganida paydo bo'ladi. Odatda, gepatit dori preparatlari qo'llanilishi boshlangan oy oxiriga kelib rivojlanadi. Sariqlik va jigar kattalashishidan tashqari, dori preparatlari bilan bog'liq kasallikning boshqa belgilari ham bo'lishi mumkin: dispepsik buzilishlar (ko'ngil aynishi, qayt qilish, me'da qaynashi), allergik buzilishlar (teri qichishishi va lovullatib achishishi, urtikar yoki gemorragik ekzantema, limfadenopatiya, eozinofiliya). Keyinchalik sil kasalligiga qo'shilishi mumkin bo'lgan virusli gepatitdan farqli ravishda, kasallik rivojlanishining davriyligi mavjud emas, virusli gepatit uchun xos bo'lgan periferik qon o'zgarishlari (leykopeniya, limfositoz, EChT pasayishi) yo'q. Timolli namuna ko'rsatkichlari, virusli gepatitdan farqli ravishda, salbiydir. Jigar biopatlari morfologik tadqiqotlarida a'zo dori preparatlari tufayli shikastlangan holatda o'tkir

infiltrativ gepatit manzarasi kuzatiladi, virusli gepatitda esa o'tkir destruktiv gepatit morfologiyasi o'ziga xos hisoblanadi.

Monoaminoksidaz ingibitorlari dori preparatlari qo'llanilishi sariqlikni paydo qilishi mumkin, chunki nafaqat monoaminoksidazni, balki organizm faoliyatining toksik mahsulotlarini zararsizlantirishda ishtirok qiladigan jigar fermentlarini ham susaytiradi. Ushbu guruh preparatlaridan ko'pincha nialamid (nuredal) qo'llaniladi, u uzoq vaqtli (6 oygacha) kurslar bilan buyuriladi. Dori preparatlari qo'llanilishi tufayli paydo bo'lgan gepatit simptomlari preparatni qabul qilish vaqtida, ba'zan esa davolash kursi tugagandan so'ng 2-3 haftadan keyingina paydo bo'ladi. Tana harorati me'yoriy bo'lib qoladi, umumiy intoksikasiya belgilari mavjud bo'lmaydi. O'ng qovurg'a ostida zirqirab turadigan og'riqlar, teri va shilliq qavatlar sarg'ayishi paydo bo'ladi. Jigar va taloq kattalashgan. Antidepressantlarning uzoq vaqt qo'llanilishi va umumiy intoksikasiya belgilari, isitmalash va infeksion jarayonning boshqa belgilari mavjud emasligi taqqoslash tashxisi uchun ahamiyatlidir. Virusli V gepatitini inkor qilish uchun V gepatiti virusining sirtqi antigeni va unga antitelolar mavjudligi yuzasidan qon tekshiriladi.

Fenotiazin qatoridagi preparatlar qo'llanilishi bilan bog'liq o'tkir gepatit. Ushbu guruhning psixotrop preparatlari tufayli gepatit ko'pincha aminazindan foydalanilganda, ayniqsa, u uzoq davomli kurslar bilan buyurilgan holatlarda paydo bo'ladi. Biroq gepatit boshqa fenotiazin preparatlari (propazin, tizersin, teralen, frenolon va b.) qo'llanilganida ham rivojlanishi mumkin. Dori preparatlari qo'llanilishi tufayli paydo bo'lgan gepatit ko'pincha preparat qabul qilinayotgan dastlabki 3 hafta davomida rivojlanadi. Gepatit rivojlanishi, odatda, dori preparatlari bilan bog'liq kasallikning boshqa belgilari bilan ham birga kechadi. Bemorlarda teri qichishishi, yuz shishishi, artralgiya, eozinofiliya, granulositlar hisobiga leykopeniya paydo bo'ladi. Bemorlarning muayyan qismida sariqlik 3-5 kun oldin qorinda, ko'proq o'ng qovurg'a ostida og'riqlar paydo bo'ladi. Boshqa bemorlarda gepatit sariqlik oldi davrining yaqqol ifodalangan simptomlarisiz sariqlik bilan boshlanadi.

Sariqlik o'rtacha darajali ifodalangan. Bemorlarning yarmida bilirubin tarkibi 100 mkmol/l dan yuqori emas. Preparat qo'llanilishi bekor qilingandan so'ng sariqlik davomiyligi ko'pincha 2-3 hafta atrofida bo'ladi. Jigar kattalashishi qayt etiladi, taloq kattalashmaydi.

Fenotiazin hosilalarini qabul qilish bilan bog'liq gepatitlarda ko'pincha xolestaz rivojlanadi. Shu tufayli uni virusli V gepatitining xolestatik variantidan taqqoslash tashxisi zaruriyati yuzaga kelishi mumkin. Bu aminazin va boshqa preparatlar in'eksiya shaklida buyurilgan va bormorning virusli V gepatiti bilan kasallik yuqtirish ehtimoli inkor qilinmagan holatlarda ayniqsa aktualdir. Farq shundan iboratki, "aminazinli" gepatitda gepatositlar shikastlanishi kamroq ifodalangan bo'ladi. Zardob fermentlari (al'dolazlar, AlAT, AsAT) faolligi me'yoriy bo'lib qoladi yoki biroz oshgan bo'ladi. Bemor qonida V gepatiti virusining sirtqi antigenini va unga ziddiy tanalarni aniqlash taqqoslash tashxisi uchun eng muhim faktor hisoblanadi. Bunday holatlarda, garchi fenotiazin hosilalarini qabul qilish ham gepatit genezida muayyan rol o'ynagan bo'lsada, virusli V gepatitining xolestatik varianti tashxisi qo'yiladi. Boshqa toksik gepatitlardan shu bilan farq qiladiki, u aminazin yoki shu qatoridagi boshqa preparatlarni qabul qilish sharoitida rivojlanadi.

Toksik gepatitlar nafaqat dori preparatlarini qabul qilishdan so'ng, balki kasb zararlilari natijasida texnik suyuqliklar bilan zaharlanishda ham rivojlanishi mumkin.

Azot kislotasi asosidagi oksidlovchi moddalar uzoq vaqt ta'sir etganda jigar shikastlanishi va sariqlik paydo qiladi (o'tkir darajali zaharlanishlarda nafas olish a'zolari shikastlanish belgilari ustunlik qiladi). Kasallik asta-sekin rivojlanadi, bemorlarda umumiy madorsizlik, tez toliquvchanlik paydo bo'ladi, ish qobiliyati pasayadi, ishtaha yomonlashadi, bosh og'rig'i yuzaga keladi. Ushbu sharoitda qorinda og'riqlar boshlanib, ular o'ng qovurg'aostiga va epigastral sohaga tarqaladi. Jigar kattalashgan, qonda bilirubin tarkibi o'rtacha darajali oshgan (100 mkmol/l gacha). Gepatit kechishi nisbatan ijobiy bo'ladi. Qayd etish kerakki, azot oksidlari bilan uzoq vaqt ishlaydigan shaxslarda (qon zardobida bilirubin tarkibi me'yoriy darajada bo'lgan holatda ham) panjalar, yuz terisi, boshning sertukli qismi sarg'ayishi kuzatiladi. Azot kislotasi asosidagi oksidlovchi moddalar bilan uzoq vaqt ishlash, shuningdek ushbu moddalar bilan intoksikasiya belgilari (qo'l panjalari terisi sarg'ayishi, nafas olish a'zolarida yallig'lanishli o'zgarishlar) mazkur toksik gepatit variantini taqqoslash tashxisi uchun ahamiyatlidir.

Gidrazin va uning hosilalari ham jigar shikastlanishini paydo qiladi. Ushbu moddalar bilan uzoq vaqt kasbiy aloqada surunkali intoksikasiya rivojlanadi, uning manzarasida toksik gepatit belgilari birinchi darajali ahamiyatga ega bo'lishi mumkin. Gidrazin bilan intoksikasyada gepatit ko'proq parenximatov gepatit hisoblanadi, biroq u bilan ko'pincha o't chiqarish yo'llari diskineziyasi birga kechadi, bu yaqqol ifodalangan og'riq sindromida namoyon bo'ladi.

Og'riqlar epigastral sohada (gidrazin intoksikasyasida ko'pincha gastrit rivojlanadi) va o'ng qovurg'aosti sohasida o'ngyelka va kurakka tarqalgan holda joylashadi. Sariqlik o'rtacha darajali ifodalangan. Anamnez (gidrazin hosilalari bilan ishlash) taqqoslash tashxisi uchun katta ahamiyatga ega. Laboratoriya tadqiqotlari ma'lumotlari, xususan, bilirubin tarkibi, AsAT va AlAT faolligi oshishi, urobilinuriya boshqa gepatitlardagi ko'rsatkichlar bilan bir xildir. Surunkali gidrazin bilan intoksikasyada tashxislashning spesifik usullari yo'q. Siydikda gidrazin tarkibini aniqlash ishonchli natijalar beradi.

Xloretan bilan zaharlanishda toksik gepatit bemorlar dastlabki sutkalar davomida zaharlanishdan o'lmagan holatlarda rivojlanadi. Gepatit simptomlari zaharlanishning 2-3-kunlarida namoyon bo'ladi. Dastlabki sutkalar davomida bemorlarda bosh og'rihi, umumiy madorsizlik, karaxtlik holati va hatto qisqa vaqtli hushidan ketish, ko'p martali qayt qilish, ich ketish paydo bo'ladi. Zaharlanishning 2-3-kunlarida, ushbu belgilardan tashqari, jigar va buyraklar o'zgarishi rivojlanadi. Bunday simptomatika xloretan bilan ingalyasion zaharlanish holatlari uchun xosdir.

Peroral zaharlanishda kasallik ko'krakosti sohasida achishtirib og'ritadigan og'riqlar, so'lak oqishi, ko'p martali qon va o't aralash qayt qilishlar paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Og'ir darajali holatlarda 20-30 daqiqadan so'ng komatov holati boshlanishi mumkin.

Dastlabki soatlarda yoki dastlabki sutkalardan kechikmagan muddatda o'lim holati yuz beradi. Agar zaharlangan shaxs tirik qolsa, 2-5-kunga kelib unda ko'pincha

jigar va buyrak yetishmovchiligi holatlari bilan birga kechadigan toksik gepatit va nekronefroz rivojlanadi.

Toksik gepatitning klinik va laboratoriya belgilari mavjudligidan tashqari xloretan bilan zaharlanishning boshlang'ich davri sindromi va anamnestik ma'lumotlar (xloretan bilan ingalyasion yoki peroral zaharlanish ehtimolini aniqlash) taqqoslash tashxisi uchun katta ahamiyatga ega.

Gepatitning kelgusi kechish sur'ati, shuningdek jigar va buyraklar shikastlanishining birga kechishi muayyan ahamiyatga ega bo'ladi. Ushbu a'zolar funksiyalari tiklanishi 2-5 haftadan keyin yuz beradi. Tashxis oshqozonni yuvish suvlari, qayt qilish massalari, qon va siydik kimyoviy tahlili bilan tasdiqlanishi mumkin.

Surunkali gepatit kuchsiz ifodalangan klinik belgilar bilan birga, ba'zan esa sariqliksiz kechadi. Qaytalanish (zo'rayish) bosqichida bemorlar madorsizlik, umumiy lohaslik, dispepsik holatlar, bo'g'imdagi og'riqlar, jigar sohasi va epigastriyadagi og'riqlarni qayd etadilar, teri qichishishi mumkin. Tibbiy tekshiruvda terida qon tomir "yulduzchalari", jigar va taloq kattalashishi aniqlanadi. Laboratoriya ma'lumotlaridan qon zardobida bilirubin tarkibi oshishi, zardob fermentlari (AIAT, AsAT) faolligi oshishi, al'buminlar miqdori pasayishi va yoglobulinlar tarkibi oshishi kuzatiladi. Ko'pincha V gepatiti virusining sirtqi antigeni aniqlanadi. Remissiya davrida bemor ahvoli yaxshi bo'ladi, sariqlik bo'lmasligi mumkin, jigar, odatda, kattalashgan bo'ladi. Kasallik kechishi uzoq davom etadi, ba'zi payitda jigar sirroziga o'tadi.

Autoimmunli gepatit surunkali faol gepatit varianti bo'lib, u ayollarda 5-15 yosh va 45-50 yosh guruhlarida kuzatiladi. Menstrual sikl buzilishi, ortiqcha sertuklilik (mo'ylov, soqol, badanda tuklar o'sishi), terida toshmalar, zo'rayib boruvchi sariqlik bilan kechadigan kasalligi xosdir. Jigar sirroziga o'tadi.

Jigar sirrozi. Jigar sirrozi rivojlanishida virusli V gepatiti yetakchi rol o'ynaydi. Jigar sirrozi bo'lgan aksariyat bemorlarda jigar kattalashmagan, ba'zan esa hatto biroz kichiklashgan, sariqlik ham kuchsiz ifodalangan, shu tufayli taqqoslash tashxisida, asosan, boshqa klinik belgilarning ifodalanish darajasi hisobga olinadi. Ular orasida portal gipertenziya belgilarini aniqlash alohida rol o'ynaydi. Anamnezni o'rganishda oldin boshdan kechirilgan gepatitga, bundan avval qon ketishlar (burun qonashi, gemorroidal, me'da-ichak yo'llarida qon ketishlar va b.) qayd etilganligi yoki etilmaganligiga e'tibor qaratiladi.

Jigar sirrozi bo'lgan bemorlarning ish qobiliyati pasaygan, ular umumiy madorsizlik, dispepsik holatlar, meteorizm dan shikoyat qiladilar. Tibbiy tekshiruvda qon tomir "yulduzchalari", kaftlar eritemasi, qorinda kuchaygan venoz manzarasi, teri va ko'zning oq pardasi sarg'ayishi, ko'z qovoqlarida ksantomatoz toshmalari aniqlanadi, barmoqlar "baraban tayoqchalari" shaklidagi barmoqlar kuzatiladi. Jigar kichik o'lchamli, chekkalari zich, taloq sezilarli kattalashgan, istisqo (assit) bo'lishi mumkin. Siydik to'q tusli, axlat rangsizlangan. Plazmaning oqsil tarkibi o'zgarishi kuzatiladi: al'buminlar darajasi pasayishi va globulinlar, ayniqsa, yoglobulinlar tarkibi oshishi kuzatiladi. Sulemali namunalar ko'rsatkichlari (1,3 ml va undan quyiyoq) pasaygan, zardob fermentlar (AIAT, AsAT, al'dolaza, ishqorli fosfataza) faolligi

o'rtacha darajali oshgan. Klinik kechishi bo'yicha mayda tugunli, yirik tugunli, aralash va biliar jigar sirrozlari ajratib ko'rsatiladi.

Mayda tugunli jigar sirrozi anamnezda surunkali gepatitga o'tgan o'tkir darajali virusli V gepatiti mavjudligi bilan xususiyatlanadi, ko'pincha alkogol suiiste'mol qilinishi kuzatiladi.

Jigar o'rtacha darajali kattalashgan, o'tkir chekkalari zich. Portal gipertenziya belgilari mavjud. Assitikkacha va assitik davrlar uzoq vaqt kechadi. Laboratoriya ma'lumotlaridan sulemali va timolli namunalar ko'rsatkichlari oqsilli fraksiyalari ko'proq o'zgargan. Ko'pincha qonda V gepatiti virusining sirtqi antigeni aniqlanadi.

Yirik tugunli jigar sirrozi siydik to'q tusli, axlat rangsizlangan holda sariqlik bilan birga kechgan surunkali gepatitdan so'ng rivojlanadi. Jigar o'lchamlari me'yoriy yoki kamaygan, chekkalari zich, taloq kattalashgan. Assitgacha davr qisqa, portal gipertenziya belgilari yaqqol ifodalangan. Bemorlar ish qobiliyati pasaygan, qorindagi og'riqlar, bo'g'im og'riqlari, teri qichishishi, dispepsik holatlar bezovta qiladi. Qonda bilirubin tarkibi va zardob fermentlari (AlAT, AsAT, al'dolaz) faolligi ko'proq oshgan, ko'pincha V gepatiti virusining sirtqi antigeni aniqlanadi. Laparoskopiyada 5 mm dan kattaroq diametrli yirik tugunlar aniqlanadi.

Biliar jigar sirrozidan oldin ko'pincha virusli V gepatitining xolestatik varianti keladi. Jigar, odatda, o'rtacha darajali kattalashgan, zich, chekkalari o'tkir, paypaslab tekshirilganda sezuvchan. Portal gipertenziya belgilari o'rtacha darajali ifodalangan. Bemorlar qorindagi, ko'proq o'ng qovurg'a osti va epigastriyadagi og'riqlar, madorsizlik, lohaslik, ish qobiliyati pasayishi, ishtaha yomonligi, terining kuchli qichishishidan shikoyat qiladilar. Kasallik juda uzoq kechishi bilan xususiyatlanadi. Qonda bilirubin va umumiy xolesterin tarkibi oshgan, ishqorli fosfataza, AsAT, AlAT, al'dolazlar faolligi oshgan, timolli va sulemali namunalar ko'rsatkichlari biroz o'zgargan. V gepatiti virusining sirtqi antigeni kam hollarda aniqlanadi.

Uzoq vaqt davom etadigan sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxisida pigmentli gepatozlar ehtimolini hisobga olishga to'g'ri keladi. Ular Jil'ber, Krigler-Nayyar, Dabin-Djonson va Rotor sindromlaridan iborat.

Jil'ber sindromi (irsiy pigmentli gepatoz) bolalik yoki o'smirlilik yoshida paydo bo'ladi va qonda erkin bilirubin ko'proq yoki izolyasiyalangan yuqori tarkibi bilan o'zaro bog'liq surunkali, davriy namoyon bo'ladigan o'rtacha darajali ifodalangan sariqlik bilan kechadigan kasalligini o'z ichiga oladi, gemolitik sariqlik bilan kechadigan kasalliklari uchun xos bo'lgan belgilar majmui (eritrositlarning mexanik va osmotik rezistentligi, ular morfologiyasining o'zgarishi, retikulositoz, jigar va taloqning sezilarli darajada oshishi va b.) mavjud bo'lmaydi.

Krigler-Nayyar sindromi ko'p jihatdan Jil'ber sindromiga o'xshash, biroq yangi tug'ilgan davrdan boshlab paydo bo'ladi. Faqat erkin bilirubin tarkibi oshadi.

Dabin-Djonson sindromi bolalik va o'smirlilik yoshida kuzatiladi. Giperbilirubinemiya ko'pincha pigmentning bog'liq yoki teng darajada erkin va bog'liq fraksiyalari hisobiga yuz beradi. Bilirubinuriya, bromsul'falein namunalari ko'rsatkichlari (ikki yelkali turi) tipik o'zgarishlari xosdir. Dastlabki 30-45 daqiqa davomida qonda biroz rang ushlanishi aniqlanadi, shundan so'ng qonda rang tarkibining o'ziga xos ko'tarilishi yuz beradi. Xolesistografiyada o't yo'llari

to'lmaydi yoki kuchsiz va kechikish bilan to'ladi. Bioptatlar morfologik tekshiruvda jigar to'qimalarida o'ziga xos quyuq pigment ("qora jigar") to'planishi aniqlanadi.

Rotor sindromi ko'pincha bolalik yoshida namoyon bo'ladi. Qonda ko'proq birikkan bilirubin, bilirubinuriya to'planishi bilan xususiyatlanadi. Bromsul'falein namunalari o'tkazilganda 45 daqiqadan so'ng qonda yuqori rang ushlanishi aniqlanadi.

Jigar bioptatlari morfologik tekshiruvda patologiya aniqlanmaydi. Xolesistografiyada kontrastlovchi modda vena ichiga yuborilganidan so'ng o't yo'llari to'lmaydi.

JIGAR OSTI SARIQLIGI BILAN KEHADIGAN KASALLIKLAR

Jigar osti sariqlik bilan kehadigan kasalliklar bilirubinning regurgitatsiyasi bilan o't yo'llari orqali chiqarilishi buzilishi, shuningdek bilirubinning gepatositlardan ekskresiyasi pasayishi bilan o'zaro bog'liqdir. Patologik jarayon jigardan tashqari magistral o't yo'llarida joylashadi. Jigar osti sariqlik bilan kehadigan kasalliklar paydo bo'lishiga ko'plab omillar (faktorlar) sabab bo'lishi mumkin:

1) jigar va umumiy o't yo'llarining ichda o't toshlari, gel'mintlar va b. bilan bekilib qolishi (obturatsiyasi);

2) umumiy o't yo'lining tashqaridan bosilib qolishi (yangi o'sma, kattalashgan limfatik tugun);

3) umumiy o't yo'lining chandiqlar va qo'shilgan joylar bilan torayib qolishi (operativ aralashuv, boshdan kechirilgan yallig'lanish jarayonidan so'ng);

4) o't yo'llari atreziyasi (gipoplaziyasi).

Jigar osti sariqlik bilan kehadigan kasalliklar mexanik omil sababli o't oqimi buzilishi bilan bog'liq bo'lib, uning ikkinchi nomlanishi – mexanik sariqlik deb ataladi.

Jigar osti sariqliklarida, asosan, birikkan (bevosita) bilirubin tarkibi va faqat kam darajada – erkin bilirubin tarkibi oshadi. Bunday sariqlikning patogenezi quyidagilardan iborat bo'lishi mumkin. O't protonlari obstruksiyasi paydo bo'lgandan so'ng gepatositlardan o't ekskresiyasi dastlabki vaqtda davom etadi, o't yo'llari oralig'iga chiqarilgan bilirubin ularning devorlari orqali hamda o't kapillyarlari va Disse bo'shliqlari o'rtasidagi yo'llar orqali so'riladi. O't chiqarish yo'llarida bosim oshishi gepatositlarning ikkilamchi o'zgarishlariga olib keladi, natijada jigar hujayralarining ekskretor funksiyasi pasayadi va paraxoliya boshlanadi, ya'ni jigar ichki xolestaziga xos bo'lgan mexanizmlar ishga tushiriladi. Erkin (bilvosita) bilirubin darajasi oshishi, uning qondagi gepatositlar tomonidan qamrab olinishi buzilishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Mexanik sariqliklarda urobilin tanalar axlat va siydik bilan chiqarilmaydi.

Jigar osti sariqliklari guruhida o't chiqarish yo'llari toshlar yoki gel'mintlar bilan bekilib qolganda, o't yo'llarining yangi o'smalar tomonidan bosilishi natijasida paydo bo'ladigan sariqlik virusli gepatitning xolestatik varianti bilan taqqoslash tashxisi ahamiyatga ega.

Virusli gepatitning xolestatik varianti ko'proq virusli B gepatitida kuzatiladi, biroq C gepatitida ham paydo bo'lishi mumkin. Shu tufayli, agar bemorda B

gepatitining aniq markerlari (45 kundan 180 kungacha yashirin davr muddatida qon va uning preparatlarini quyish, qon zardobida B hepatiti virusining sirtqi antigeni yoki unga antitelolar paydo bo'lishi) mavjud bo'lsa, bu holatda xolestaz namoyon bo'lishini virusli B gepatitining xolestatik varianti deb talqin qilish mumkin.

Virusli B gepatiti har qanday yoshdagi odamlarda kuzatiladi, ayni paytda yangi o'sma va o't-tosh kasalligi ko'proq 40 yoshdan katta yoshdagi shaxslarda kuzatiladi. Kal'kulez xolesistit ko'proq ayollarda rivojlanadi. Obturasion sariqlik bilan kechadigan kasallik paydo bo'lishiga ba'zan parhez buzilishi sabab bo'ladi. Bunday bemorlar anamnezida xolesistit belgilarini (jigar sohasida zirqirab turadigan og'riqlar, ko'z oq pardasining vaqti-vaqti bilan qisqa muddatli sarg'ayishini va b.) aniqlash mumkin. Yangi o'smalarda o't chiqarish yo'llari obturatsiyasi boshlanishiga me'da, oshqozonosti bezi surunkali kasalliklari, ozish, anemizasiya shaklidagi boshqa simptomatika hamda yangi o'smalar uchun xos bo'lgan boshqa belgilar sabab bo'lishi mumkin.

Kasallik boshlanishi ham o'ziga xos xususiyatlarga ega. Virusli B gepatitida, odatda, 1 hafta davom etadigan sariqlik oldi davri kuzatiladi, boshlanishi nisbatan asta-sekin yuz berib, odatda, davriy xususiyatga ega bo'ladi. Xolestatik komponentdan tashqari, har doim o'rtacha darajali ifodalangan intoksikasiya belgilarini o'z ichiga olgan sitolitik turi ham kuzatiladi. O'rtacha ifodalangan xolesistit belgilarini sharoitida o't yo'llari tosh bilan bekilib qolganda kuchli og'riq xuruji paydo bo'ladi, shundan so'ng tez orada sariqlik paydo bo'ladi. Og'riqlar o'ng yelka, kurakka o'ziga xos irradiatsiyaga ega. Og'riq xuruji vaqtida ko'ngil aynishi va qayt qilish holatlari bo'lishi mumkin.

Yangi o'smalar bilan o'zaro bog'liq bo'lgan mexanik sariqlikda og'riq juda kuchli bo'lishi mumkin, biroq u o'rtacha ifodalanishdan boshlab asta-sekin rivojlanadi, so'ngra kuchayadi. Virusli gepatitda og'riqlar o'rtacha ifodalangan, zirqirab turadigan og'riqlar bo'lib, o'ng qovurg'a ostida, ba'zan esa epigastral sohada joylashadi. Virusli B gepatitida sariqlik oldi davrida artralgiya xos bo'lib, u yangi o'smalar va o't toshlari bilan bog'liq bo'lgan jigar osti sariqliklari uchun mutlaqo xos emas.

Sariqlik va teri qichishishi intensivligi jiddiy taqqoslash tashxisi ahamiyatiga ega emas, chunki ushbu barcha kasalliklarda ularning ifodalanish darajasi keng doiralarda o'zgarib turishi mumkin. Gemorragik sindrom ham, garchi tez-tez bo'lmasada, ushbu barcha holatlarda kuzatilishi mumkin.

Tana harorati muayyan taqqoslash tashxisi ahamiyatiga ega. Virusli B gepatitida qisqa vaqti isitmalash sariqlik rivojlangungacha kuzatiladi, so'ngra esa tana harorati me'yoriy darajada saqlanadi. Ayrim bemorlarda sariqlik davrida ham qisqa vaqti subfebrilitet bo'lishi mumkin, biroq u bunday holatlarda birga kechadigan yallig'lanish kasalliklariga bog'liq bo'ladi. Yangi o'smalar bilan bog'liq bo'lgan mexanik sariqligida dastlab tana harorati subfebril (va hatto me'yoriy) bo'lishi mumkin, biroq so'ngra kasallik jarayoni zo'rayganda va o'smalar ko'payganda (metastazlanganda), o'smali to'qima parchalanganda tana harorati ko'tariladi, bunda harorat egri chizig'i ko'pincha katta sutkalik tebranish darajalariga ega bo'ladi. Kal'kulez xolesistitda ham, yallig'lanishli o'zgarishlar

mavjudligi tufayli tana harorati ko'tariladi, ba'zan septik xususiyatga ega bo'ladi (noto'g'ri turdagi isitma).

Axoliya ushbu barcha kasalliklarda kuzatiladi va jiddiy taqqoslash tashxisi ahamiyatiga ega emas. Jigar kattalashishi ham barcha ko'rib chiqilayotgan kasalliklarda kuzatiladi. Virusli B hepatitining xolestatik variantida va kal'kulez xolesistitda jigar paypaslab tekshirilganda og'riqli bo'ladi, yangi o'smalarda esa u zich, g'adir-budur va og'riqsiz bo'ladi. Taloq kattalashishi faqat virusli V hepatiti uchun xosdir.

O't chiqarish yo'llarining o'sma yoki toshlar bilan bekilib qolishi bilan o'zaro bog'liq bo'lgan mexanik sariqlikda o't pufagi o'lchamlari kattalashishi (Kurvuz'e simptomi) kuzatiladi. O't pufagi paypaslab tekshirilganda katta, og'riqli dumaloq o'sma shaklida bo'ladi.

Ko'pincha umumiy o't yo'li oshqozonosti bezi o'smasi yoki o'n ikki barmoq ichak g'uddachasi sohasidagi o'sma bilan bekilib qolganida rivojlanadi.

Glyukokortikoidlar buyurilishi sariqlikning ifodalanish darajasi pasayishiga, virusli B hepatitida qonda bilirubin tarkibi kamayishiga olib keladi, ayni paytda o'sma va kal'kulez genezli mexanik sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida glyukokortikoidlar buyurilishi sariqlikning ifodalanish darajasiga ta'sir etmaydi.

Virusli B hepatiti bo'lgan bemorlarda qon tekshirilganida leykopeniyaga moyillik kuzatiladi, EChT me'yoriy darajada bo'ladi, o'sma yoki toshlar tufayli paydo bo'lgan jigarosti sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida esa ko'pincha leykositoz va EChT oshishi kuzatiladi. Ushbu barcha kasalliklarda bilirubin tarkibi oshishi darajasi bir-biridan farq qilmaydi, biroq virusli B hepatitining xolestatik variantida bilirubin tarkibi oshishi bilirubinning erkin va birikkan fraksiyalari hisobiga yuz beradi, boshqa mexanik sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida esa u ko'proq birikkan fraksiya hisobiga yuz beradi.

Jigar osti sariqlik bilan kechadigan kasalliklarini taqqoslash tashxisi uchun boshqa laboratoriya ma'lumotlaridan, shu jumladan qon zardobidagi fermentlar (AlAT, AsAT, ishqorli fosfataza) faolligidan ham foydalaniladi. Virusli B hepatitining xolestatik variantida aminotransferaza faolligi jiddiy oshgan, ishqorli fosfataza faolligining ham o'rtacha darajali oshishi kuzatiladi. Yangi o'smalar bilan o'zaro bog'liq bo'lgan mexanik sariqlikda transaminaza faolligi me'yoriy, ishqorli fosfataza faolligi esa oshgan bo'ladi. O't yo'li tosh bilan bekilib qolganda ishqorli fosfataza faolligi sezilarli ravishda oshadi, ba'zan esa aminotransferaza faolligi ham oshadi. Virusli B hepatitining xolestatik variantida timolli namuna ijobiy, mexanik sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida salbiy bo'ladi, garchi o'smalarda ushbu namuna ko'rsatkichlari biroq oshishi mumkin.

Virusli hepatitda qon zardobidagi xolesterin tarkibi pasaygan yoki uning darajasi me'yoriy bo'ladi (efirga bog'liq xolesterin kamaytirilganda). Sariqlik bilan bog'liq o'smalarda xolesterin tarkibi keskin oshadi, kal'kulez xolesistitda xolesterin miqdori o'rtacha darajali oshgan yoki me'yoriy darajada bo'ladi (umumiy va efirga bog'liq xolesterin me'yoriy nisbatida).

Virusli B hepatitida galaktoza (40 g) qo'llanilganida namuna ijobiy (siydik bilan chiqarilishi 3 g dan ko'proq), o'smalar yoki toshlar tufayli paydo bo'lgan

mexanik sariqliklarda namuna salbiy (galaktoza siydik bilan 3 g dan kamroq chiqariladi).

Jigar osti sariqlik bilan kechadigan kasalliklarining ko'rib chiqilayotgan barcha variantlarida siydik to'q tusli, virusli hepatitda o't pigmentlari va o't kislotalariga reaksiyalar ijobiy, bundan tashqari urobilinga ijobiy reaksiya kuzatiladi, ayni paytda o'sma va kal'kulez genezli sariqliklarida urobilinga reaksiya salbiydir.

Virusli hepatitning xolestatik varianti bo'lgan bemorlarda duodenal zondlashda duodenal sok rangli, boshqa jigarosti sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida esa u rangsiz, B va C porsiyalarini olish imkoniyati bo'lmaydi. Virusli hepatitning xolestatik varianti bo'lgan bemorlarda jigar sohasining obzorli rentgenografiyasida alohida o'zgarishlarni aniqlash imkoniyati bo'lmaydi, yangi o'smalarda ba'zan oshqozonosti bezining zichlashishi kuzatiladi, kal'kulez xolesistitda o't pufagida konkrementlar aniqlanadi. Virusli B hepatiti bo'lgan bemorlarda me'da-ichak yo'llari rentgenoskopiyasida o'zgarishlar aniqlanmaydi, oshqozon va o'n ikki barmoq ichak yangi o'smalarida ichaklar va oshqozonning pilorik qismi tuzilishlari shakli o'zgarishi, o'n ikki barmoq ichak "taqalari" kengayishi va o'smalarning boshqa rentgenologik belgilari kuzatiladi.

Virusli B hepatitining xolestatik varianti bo'lgan bemorlarda xolesistografiyada o'zgarishlar aniqlanmaydi, o'smali sariqlik bilan kechadigan kasalliklarida jigardan tashqari o't yo'llari va o't pufagi kengayishi, umumiy o't yo'lining distal uchdan bir qismini to'ldirish nuqsoni bilan kuzatiladi. Kal'kulez mexanik sariqlikda ham jigardan tashqari o't yo'llarining keskin kengayishi kuzatiladi, umumiy va jigar o't yo'llarining terminal bo'limida dumaloq shaklli to'ldirish nuqsonlari bo'lishi mumkin.

Ul'tratovushli tadqiqot taqqoslash tashxisi uchun qimmatli ma'lumotlar beradi. Virusli B hepatitining xolestatik varianti bo'lgan bemorlarda faqat jigar o'lchamlarining diffuzli o'zgarishini o'z ichiga olgan, biliar tizim tomonidan patologik o'zgarishsiz kattalashishi aniqlanadi. O'smalar bilan obturatsiyada jigar ichida va jigardan tashqari o't yo'llarining keskin kengayishi, o't pufagining kattalashishi, oshqozonosti bezining o'smasimon o'zgarishi aniqlanadi. Kal'kulez sariqlikda ham o't yo'llari kengaygan, o't pufagi bo'shlig'ida va o't yo'llari oralig'ida esa o't toshlari aniqlanadi. Ushbu usul mexanik sariqliklarni taqqoslash tashxisi uchun eng ko'p ma'lumotli usullardan biri hisoblanadi.

Laparoskopiyada olingan ma'lumotlar taqqoslash tashxisi ahamiyatiga ega. Virusli hepatitning xolestatik varianti bo'lgan bemorlarda jigar to'q qizil rangli, o't pufagi atonik, ba'zan kattalashgan bo'ladi. Yangi o'smalar bilan o'zaro bog'liq bo'lgan sariqlikda jigar o'lchamlari kattalashgan, qoramtir-to'q qizil rangli. O't pufagi cho'zilgan, pufak yo'lidan distalroq va ulangan o'sma lokalizatsiyasida hamda jigar yo'li sohasidagi va o't yo'llari ayrilish joyidagi o'smalarda o'zgargan. Ba'zan jigarda o'smalar metastazlari aniqlanadi. Kal'kulez mexanik sariqlikda jigar o'rtacha kattalashgan, yashil-sariq rangli. O't pufagi devorning yallig'lanishli o'zgarishlari bilan qo'shilgan bo'ladi. Taqqoslash tashxisi uchun eng ko'p ma'lumotli belgilar quyida keltirilgan.

Belgilar	Xolestatik virusli gepatit	O'smalarda sariqlik	O't-tosh kasalliklarida sariqlik
Anamnez	Gemotransfuziya, kasallikka qadar 45-180 kun oldin	Sariqlik rivojlanguncha astenizatsiya	Sariqlik rivojlanguncha o't-tosh kasalligi xurujlari mavjudligi
Sariqlikdan oldingi davr	Odatda, 7-14 kun muddatli davr mavjud	Surunkali kasallikning asta-sekin rivojlanishi	Boshlanishi o'tkir, og'riqli sindrom bilan kuchli ifodalangan
Jigar sohasidagi og'riq	O'ng qovurg'aostida og'irlik hissi	Asta-sekin kuchayib boruvchi, qurshab oluvchi	Yaqqol ifodalangan, xurujsimon, o'ng yelka va kurakka tipik irradiatsiya bilan
Artralgiya	Juda tez-tez	Yo'q	Yo'q
Isitma	Sariqligigacha biroz	Subfebrilitet, o'sma parchalanishida – isitma	Ko'proq katta sutkalik tebranishlar bilan yuqori
Taloq kattalashishi	Tez-tez	Yo'q	Yo'q
Kurvuaz'e simptomi	Yo'q	Tez-tez, kam og'riqli pufakcha	Tez-tez, paypaslab tekshirishda og'riqli pufakcha
Qon zardobi bilirubini	Erkin va bog'lanmagan fraksiya hisobiga yuqori	Asosan, bog'langan fraksiya hisobiga yuqori	Asosan, bog'langan fraksiya hisobiga yuqori
Zardob fermentlari faolligi	AsAT, AlAT faolligi yuqori, ishqorli fosfataza faolligi o'rtacha yuqori	AsAT va AlAT faolligi jiddiy o'zgarmagan, ishqorli fosfataza faolligi sezilarli darajada yuqori	AsAT va AlAT faolligi jiddiy o'zgarmagan, ishqorli fosfataza faolligi sezilarli darajada yuqori
Timolli namuna	Ijobiy	Salbiy yoki kuchsiz ijobiy	Salbiy

Qon zardobi xolesterini	Pasaygan yoki me'yoriy	Keskin oshirilgan	Umumiy va efirga bog'liq me'yoriy nisbatida me'yoriy yoki oshirilgan
Galaktozali namuna (40 g)	Ijobiy (siydik bilan chiqarilishi 3 g dan ko'proq galaktoza)	Salbiy (siydik bilan chiqarilishi 3 g dan kamroq galaktoza)	Salbiy (siydik bilan chiqarilishi 3 g dan kamroq galaktoza)
Urobilinga siydik reaksiyasi	Ijobiy	Salbiy	Salbiy
Sharhli rentgenografiya	O'ziga xos xususiyatlarsiz	Ba'zan oshqozonosti bezi kallagi zichlashishi	O't pufagida konkrementlar aniqlanishi mumkin
Xolesistografiya	Me'yoriy	Jigardan tashqari o't yo'llari va to'ldirish nuqsonlari bilan o't pufagi keskin kengayishi	Jigardan tashqari o't yo'llari va to'ldirish nuqsonlari bilan o't pufagi keskin kengayishi

Parazitlar (opistorxoz, klonorxoz, shistosomoz) bilan o'zaro bog'liq bo'lgan mexanik sariqlik o'rtacha yoki kuchsiz ifodalangan bo'ladi, og'riqli xurujlar mavjud bo'lmaydi. Tashxislash uchun epidemiologik ma'lumotlar (ushbu gel'mintozlar uchun endemik bo'lgan hududlarda bo'lish) va yaqqol ifodalangan eozinofiliya (15-20% va undan yuqori) muhimdir.

Parazitlar yoki ularning tuxumlarini aniqlash sariqlik bilan kechadigan kasalliklarining parazitlar genezi tasdig'i bo'lib xizmat qiladi. Spesifik allergologik va immunologik reaksiyalardan foydalaniladi.

Vaziyatli masalalar.

1 masala.

Bemor E., 28 yoshda, dasturchi, og'ir sariqlik bilan yuqumli kasalliklar shifoxonasiga yotqizilgan. Bemor inhibe qiladi, letargik, dinamik, qiyinchilik bilan gaplashadi, tarixni aytib berolmaydi, o'z vaqtida va joyida yo'qolgan.

Unga hamroh bo'lgan ayolning so'zlariga ko'ra, uning eri asta-sekin kasal bo'lib qolgan: 15.10 dan. U juda charchagan, ko'ngil aynish tufayli hech narsa iste'mol qila olmasligidan shikoyat qila boshladi. 10.16. qusgan edi. 10/17. nafas olish infeksiyasining alomatlari bo'lmasdan tana harorati 39,5 ° C gacha ko'tarildi. Kun bo'yi harorat yuqori edi va ertasi kuni harorat normal holatga qaytdi. 10.20. siydik quyuqlashdi, terining engil sarg'ayishi paydo bo'ldi. Men shifokorga bormadim, katta qiyinchilik bilan ishlashni davom ettirdim. 10.24. xotin bemorning sarg'ayganini, "gaplashayotganini", uning qaerdaligini tushunmayotganini payqadi. Chaqirgan shifokor bemorni darhol kasalxonaga yotqizdi.

Xotining so'zlariga ko'ra, er qorin bo'shlig'i va chap oyog'iga jiddiy shikast etkazgan (shu yilning iyun oyida u avtohalokatda bo'lgan). U operatsiya qilindi, qon quyildi.

Ob'ektiv tekshiruv: ahvoli og'ir, tana harorati 37,5 ° S. Jigar nafasi. Teri, sklera va og'iz bo'shlig'ining shilliq pardalarida yorqin sariqlik. Terida ko'krak qafasi hududida bir nechta petechial elementlar mavjud, bitta ekkimozlar. Ong qorayadi. U o'z nomidan javob beradi, biror narsa aytishga harakat qiladi, ammo nutq mavhum, xiralashgan. Yo'qolgan. Vesikulyar nafas olish. Yurak tovushlari xiralashadi. Taxikardiya daqiqada 126 marta urish. HELL - 90/70 mm RT. San'at. Til zich, sarg'ish rang bilan qoplangan, ho'l. Qorin shishgan, yumshoq, og'riqsiz. Jigar kostyum kamon darajasida palpatsiya qilinadi. Arzon archaning chetidagi taloq. Kutish xonasida bir marta "qahva maydonchalari" qusish bor edi.

1. Kasallikning etakchi sindromlarini ajratib ko'rsatish.
2. Dastlabki tashxisni shakllantirish
3. Boshqa yuqumli shakllar bilan differentsial tashxis qo'yish kerakmi (agar mavjud bo'lsa)?
4. Bemorni tekshirish rejasini aytib bering.
5. Davolash rejasini tuzing.

Javob:

1.A). Intoksikatsiya sindromi - umumiy zaiflik, letargiya, bezovtalik, prodromal davrda isitma.

B) Ensefalopatiya sindromi - letargiya, letargiya, vaqt va makonda disorientatsiya, tartibsizlik, xiralashgan, loyqa nutq.

C) dispeptik sindrom - ishtahaning etishmasligi, ko'ngil aynishi, qusish;

D) sariqlik sindromi - terining shilliq qavati; qorong'u siydik,

D) gepatomegali - virusli gepatitning xarakterli xususiyati, intoksikatsiya sindromining rivojlanishi fonida jigar hajmining pasayishi o'tkir buyrak etishmovchiligining belgisidir.

E) gemorragik sindrom - terida petechial toshmalar, ekximoz, me'da qon ketishi - "qahva maydonchalari" qusishi.

2. O'tkir virusli gepatit, og'ir shakl, yuqori mavsum.

Asoratlari: O'tkir jigar etishmovchiligi, I bosqich prekomazi. Gemorragik sindrom: me'da qon ketishi.

Bemorga joriy yilning iyun oyida qon quyish va jarrohlik aralashuvlar mavjud (bu kasallik boshlanishidan 5 oy oldin), bu infeksiyani (B yoki C virusli gepatit) keltirib chiqargan. O'tkir buyrak etishmovchiligi bo'lgan og'ir shakl, ehtimol virusli gepatit B yoki aralash B + D infeksiyasining natijasidir.

3. Ushbu kasallikni leptospiroz, sepsis va jigarning toksik shikastlanishi bilan ajratish kerak.

4. Gemogramma: nisbiy limfotsitoz, o'tkir buyrak etishmovchiligi bilan - leykotsitoz, trombositopeniya, tezlashtirilgan ESR.

Jigarning funksional sinovlari: qondagi bilirubin darajasining sezilarli darajada oshishi, timol testining qiymatlari oshishi; ALAT faolligining oshishi, sublimat titerining pasayishi, protrombin indeksining sezilarli darajada pasayishi (o'tkir virusli gepatitda 60% va undan pastgacha).

Gepatit turini tekshirish uchun serologik sinov:
HAV Ig M, HBsAg, HCV AB, HDV Ab.

5. Reanimatsiya. Nazorat qilinadigan gemodilyatsiya usuli - majburiy diurez bilan infuzion detoksifikatsiya terapiyasi. P tuz va kolloid eritmalar, gemodez, poliglucin, reopoliglyukin, oqsil preparatlari (5% -10% albumin, bitta donali yangi muzlatilgan plazma va boshqalar) ni parenteral yuborish. Qon quyish bilan almashing. Glyukokortikosteroidlar, proteoliz inhibitörleri (kontratsal) muhim ahamiyatga ega. Antioksidantlar, antibiotiklar buyuriladi.

Vitamin terapiyasi.

Ekstrakorporal detoksifikatsiya usullarini (plazmaferez, gemosorbsiya, limfosorbsiya), giperbarik oksijenatsiya usulini qo'llang.

2 masala.

Bemor K., 64 yoshda, kasallikning 16-kunida zaiflik, uyqusizlik, ishtahaning buzilishi va ko'ngil aynish shikoyatlari bilan klinikaga yotqizilgan. Kasallik asta-sekin notekislik, o'sib borayotgan zaiflik, ishtahani yo'qotish, o'ng hipokondriyadagi zerikarli og'riq va o'rtacha ko'ngil aynish bilan rivojlandi. Kasallikning 12-kunida u siydikning qorayganligini va skleraning qizil rangini, terining qichishini sezdi.

Ob'ektiv: bemor dinamik, letargik, skleraning sarg'ayishi va teri osti qismi, in'ektsiya joylarida terida qichishish, bo'yin va ko'krak qafasida yagona elementlar mavjud. Yurak urishi minutiga 58 urish, qoniqarli n / a. yurak tovushlari sustlashadi, qon bosimi 95/65 mm Hg Til bilan qoplangan, ho'l. Oshqozon o'rtacha shishgan, yumshoq. Jigar + 1.0 + 2.0 + 2,5 sm, elastik, sezgir. Dalak +0,5 sm, b / w. Siydik qorong'i, najas rangsizlanadi. Jami bilirubin 125 mkm / l, erkin 45, aloqa 80, ALT 2,9 mmol / L, AST 1,4 mmol / L, timol namunasi 14 dona, PTI-60%. Anamnezdan ma'lum bo'ldiki, kasallikdan 4 oy oldin u qorin bo'shlig'ida operatsiya qilingan va qon quyilgan.

1. Differentsial diagnostika qidiruvini bosqichlarda bajaring.
2. Tashxisni asoslang va asoslang.
3. Davolash rejasini tuzing.

Javob standarti:

Bemorning xarakterli shikoyatlariga, epidemiologik anamnezga (qon quyish), shuningdek aniq belgilangan preterterik davrga (aralash versiya) asoslanib, virusli hepatit B ni taklif qilish mumkin. Keyingi vazifa kasallikning asosiy belgilarini aniqlashdir: intoksikatsiya, sariqlik, ürtiker, gipotenziya, gepatosplenomegaliya. . Laboratoriya ma'lumotlari tahlili pigment metabolizmining buzilishini, sitoliz sindromi va mezenximal yallig'lanishning mavjudligini (ferment va cho'kindi sinovlari), o'rtacha hepatotsitulyar etishmovchilikni (protrombin indeksi) ko'rsatadi.

Oxirgi tashxis - bu virusli hepatit B, o'rta ogir kechishi.

Davolash choralari rejasi: yotoq rejimi, 5a jadval, detoksifikatsiya maqsadida, glyukoza (5-10% - 500 ml), gemodez - 400,0 iv; Metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun B va C vitaminlari (vitamin B12 kuniga 100-150 mkg sc); bu holda vikasolni (20 mg) buyurish kerak.

Asosiy va qo‘shimcha adabiyotlar hamda axborot manbalari

Asosiy adabiyotlar

1. Axmedova M.D. Yuqumli kasalliklar. Darslik. –Toshkent. Abu Ali ibn Sino. 2012 y.
2. Daminov T.A. Infektsionnie bolezni s detskimi infektsiyami. Uchebnik v 2-x chastyax. – Tashkent. Tib-kitob. 2011g.
3. Zokirxodjaev A.X. Rukovodstvo po infektsionnim boleznyam dlya studentov med.vuzov. Uchebnik. –Tashkent. Abu Ali ibn Sino. 2010 g.

Qo‘shimcha adabiyotlar

4. Shuvalova Ye.P., BelozeroV Ye.S., BelleVa T.V., Zmushko Ye.I. Infektsionnie bolezni. Uchebnik dlya Vuzov – Sankt Peterburg. «Speslit». 2016 g.
5. Shuvalova Ye.P., BelozeroV Ye.S., BelleVa T.V., Zmushko Ye.I. Infektsionnie bolezni. Uchebnik - Sankt Peterburg. «Speslit». 2015 g.
6. Yushuk N.D., Martinov Yu.V., Kuttevich Ye.V., Grishina Yu.Yu. Epidemiologiya infektsionnix bolezney: Uchebnik. -Moskva. GEOTAR – Media. 2014 g.
7. Luchsheva V.I., Jarova S.N., Nikifirova V.V. Atlas infektsionnix bolezney. Uchebnik. -Moskva. GEOTAR – Media. 2009 g.
8. Pokrovskiy V.I. Infektsionnie bolezni i Epidemiologiya. Uchebnik. - Moskva. GEOTAR-Media. 2008 g.
9. Raxmatov O. B. “Bolalar yuqumli kasalliklari”. Darslik. –Toshkent. “Cho’lpon” tibbiyot nashriyoti. 2008 y.
10. Yushuk N.D., Vengerov Yu.Ya. «Infektsionnie bolezni». Uchebnik. - Moskva «Medisina». 2003 g.
11. Pokrovskiy V.I. i dr «Infektsionnie bolezni i Epidemiologiya». Uchebnik. –Moskva. «Medisina». 2003 g.
12. Samarina V.N., Sorokina O.A. «Detskie infektsionnie bolezni». Uchebnik. – Sankt- Peterburg. «Nevskiy Dialekt». 2001 g.

Internet saytlari:

1. www.minzdrav.uz
2. www.tma.uz
3. www.bsmi.uz
4. www.Ziyonet
5. www.medlincs.ru
6. www.infeksya.uz
7. www.medbook.ru



NASHRIYOT VA MUHARRIRIYAT BOLIMI

Объем – 2,72 уч. изд. л. Тираж –30. Формат 60x84. 1/16.

Гарнитура «Times New Roman»

Заказ № 0942 -2021. Отпечатано РИО ТМА

100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru