

4-Мавзу: ЎТКИР ЮҚУМЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ. ЎТКИР ДИАРЕЯЛАР.

Болалар юқумли касалликлари патологиясида ўткир ичак касалликлари (ЎИК) олди ўринда туради. Тарқалиш бўйича фаннинг ЎРВИ дан кейинги ўринни эгаллайди бизнинг давлатимизда ЎИК лар инфекцияси бўйича ёш болалар ўрини 50 -70 % кўрсаткични ташкил этади. Кўпинча ўлим кўрсаткичини сабаби диагностика ва даволаш яхши самарадорлик эмаслигидир, лекин шу хатолар бўлиши мумкин эмас, чунки ЎИК лар муаммоси яхши илмий тарафдан ўрганилган.

ЎИК лар структураси болалар ёши катта ахамиятга эга. 1 ёшдан катта бўлган шигеллелар кенг тарқалган., кейин сальмонеллелар, энтероинвазив эшерихиоз, ротавирус диареялар ва бошқалар. ЎИК лар орасида 1 ёшгача бўлган болаларда биринчи ўринни ротавируслар эгаллайди, кўп ҳолатларда сальмонеллелар, энтеропатоген эшерихиоз, шартли патоген микрофлора: стафилакокки, протей, клебсиелла, цитробактер ва бошқалар чақирувчи касалликларда юқори ўринда туриши мумкин, шу сабабли шигеллелар ўрни билинар билинмас даражада.

Диареяларнинг ҳамма кўзғатувчиси, диагностика имконияти йўқлигидан, замбуруғ ва содда хайвонлар чақирувчи организмлар катта роль ўйнайди. Диарея касаллиги кўп ҳолларда ҳар хил вируслар таъсиридан кейин (адено, эктеро, астро - калиции, корановирус ва бошқалар) яхши ривожланади.

ЎЮИК ларнинг этиологик ечими катта ахамиятга эга, этиологик диагноз қўйиш учун қимматбаҳо текширув анжомлари кераклидир. Шунини билиш лозимки этиологик ечимлар учун фақат 3 кундан ёки ундан ҳам кўпроқ кун керак бўлади. Бунда клиник ахамияти керак бўлмай қолади. Шу этиологик ечимлар эпидемиологияси ахамиятига эга бўлади. Касалланган бемор 1 кун ташқи муҳитга зарарлиги, шундан ташқари этиологик диагноз кераклиги санитар-профилактик ишларини олиб боришга ва жадал хабар беришга мувофиқдир. БЖССТ нинг практик нуқтаи назардан диареяларни фарқлаш учун этиологик ечими катта ахамиятга эга, масалан клиник дизентерияни диареялардан фарқлаш катта ахамиятга эга.

Ўткир ичак инфекциялари клиник таснифи ва ташҳис асосларига кўра диарея белгилари билан кечадиган касалликлар икки гуруҳга - юқумли ва юқумли бўлмаган гуруҳларга бўлинади, Даволовчи шифокорлар биринчи ўринда уларни бир-биридан фарқлай билишлари катта ахамиятга эга.

Ўткир гастрит белгилари. Касаллик ўткир бошланиб эпигастрал соҳада оғриқ кузатилади. Оғриққа кўшилиб кўнгил айниш ва қайт қилиш бўлади. Қайт қилгандан сўнг бемор аҳволи биров энгиллашади, оғир ҳолларда қайт қилиш ҳар бир суюқлик ичгандан сўнг кучаяди. Беморни пальпация қилиб кўрилганда эпигастрал соҳада оғриқ кучли бўлади, қорин мушаклари таранглашиши мумкин. Бундай ҳолларда ошқозон ости беши касалликлари ўткир панкреатит ва ошқозон ости беши некрозини инкор этиш керак бўлади.

Ўткир энтерит белгилари. Касаллик қоринда қулдурашлар ва перистальтиканинг кучайиши билан намоён бўлади. Қулдурашлар бир неча масофадан этитилиши мумкин. Қоринда киндик соҳасида ёки ҳамма ерда кучсиз оғриқ, ичнинг суюқ, кўп миқдорда кетиши, ич келишидан олдин қоринда ёқимсиз оғриқ сезилади. Нажасида ҳазм бўлмаган овқат бўлакчалари бўлади, Бу ингичка ичакда ферментлар фаолияти бузулганлигидан далолат беради. Нажас ранги тиниқ, тилларанг-сарик ёки кўкимтир бўлиши мумкин, бу ичак перистальтикасининг кучайганлигига ва ўзгармай қолган ўт кислоталарининг миқдорига боғлиқ бўлади.

Оғир кечган энтеритларда нажас характери лойқароқ, оқимтир ялтироқ куйқалар ва ноаниқ шаклли доначалар борлиги билан фарқланади. Агар нажасни бирорта идишга қуйиб қўйилса чўкмалар хосил бўлади. Қорин пальпация қилинганда қулдираш, ингичка ва йўғон ичаклар бўйлаб товуш эшитилади, ингичка ичакда инфильтрация бўлмайди. Энтерит синдроми билан кечадиган касалликларга (вабо, сальмонеллез, эшерихиоз ва бошқалар) кўпроқ сувсизланш белгилари хосдир.

Ўткир колит белгилари. Бу белгилар кўпинча қориннинг пастки ва ўнг биқин соҳасида ҳуружли оғриқлар, ёлғон чақирқлар, тенезм, нажас келгандан сўнг ичакни тўлиқ бўшалмаганлигини эслатувчи клиник белгилар билан фарқланади. Колит синдроми билан кечган беморлар нажаси бир хил кўринишдаги, бўтқасимон ёки ярим суюқ ҳолатда бўлиб, ичида патологик ўзгаришлар - шиллик, қон, йиринг бўлиши билан фарқланади. Колит оғир кечишида ҳар бир ич кетишидан сўнг нажас миқдори камайиб, ахлатлик ҳолатини йўқотади. Йўғон ичакнинг пастки қисмида геморрагик ўзгаришлар кузатилса нажасда фақат шиллик ва қон бўлиб худди “ичак туфуги” ни эслатади. Агар қон қуйилиши ва некрозлар йўғон ичакнинг бошланғич қисмида бўлса нажасдаги шиллик бир текисда қизил ёки қизғиш-кўнғир рангда бўлади (малина желеси). Касалликнинг ўткир босқичида шиллик аралашмаган тоза йиринг ҳеч қачон кузатилмайди. Йиринг кўпинча касалликнинг реконвалесценция даврида хали тўлиқ тузалмаган йўғон ичакнинг қуйи ва сигмасимон қисмидаги

шамоллашлар ёки яралар ҳисобига бўлиб нажаснинг охириги бўлаклари ёки тўлиқ шаклланган нажаснинг юза қисмида бўлади.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАРДА УЧРАЙДИГАН ДИАРЕЯ БЕЛГИЛАРИ

Гастрит ва гастроэнтерит белгилари билан кечадиган юқумли касалликлар

Юқумли касалликларда диарея белгиларини тақослашда касаллик ошқозон-ичак системасининг қайси қисми зарарланганлигига боғлиқ бўлади ва уларда ўзига хос фарқли белгилар бўлади. Бу касалликнинг юқиш йўли (оғиз-нажас орқали), кўзғатувчининг захарлилик даражаси, уларни ошқозон-ичак фаолиятининг айрим ерларига таъсирчанлиги, ичаклардаги сўрилиш ва ферментлар фаолиятига макроорганизмнинг анотомик-физиологик ҳолати (болалар ва катталар) га, беморнинг иммунологик ҳолатига боғлиқ бўлади.

САЛЬМОНЕЛЛЕЗ

Сальмонеллез, гастроинтестинал шакли, гастроэнтерит тури 75% ҳолларда қисқа (12-24 соат) яширин даврдан сўнг бошланади. Касаллик ўткир бошланиб интоксикация белгилари (холсизлик, бош оғриши, юқори тана ҳарорати 38-40°C) кузатилади. Деярли бир вақтда гастроэнтерит белгилари эпигастрал соҳада ёки киндик атрофида оғрик, кўнгил айнаш, кўп марта қайт қилиш, ичнинг қўланса хидли, кўп миқдорда сувдек, тенезм ва ёлғон чақириқларсиз келиши намоён бўлади. Ич кетиши ва қайт қилганидан сўнг беморнинг аҳволи бир оз энгиллашади. Касалликда нажаснинг ранги кўкимтир “ботқоқ қуйқасига» ўхшаш келиши ўзига хос хусусиятга эгадир. Касаллик белгиларининг кучлилиги ва давомийлиги унинг кечиш оғирлигига боғлиқ бўлади. Сальмонеллез энгил кечганда субфебрил тана ҳарорати, бир мартаба қайт қилиш, ичнинг 5-6 мартаба кетиши кузатилади, Касаллик ўртача оғирликда кечганда тана ҳарорати 38-39°C, кўп марта қайт қилиш, ичнинг 10 мартагача кетиши, сувсизланишнинг I - II даражаси белгилари бўлиши мумкин. Сальмонеллез оғир кечганда кучли интоксикация белгилари, сув ва туз алмашинишини бузилиш белгилари (сувсизланишнинг I–III даражаси), ўткир буйрак етишмовчилиги белгилари бўлиши мумкин.

ОВҚАТ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯСИ

Касаллик микроблар ва уларнинг захарлари тушган овқатларни истеъмол қилинганидан сўнг бошланади. Кўпроқ стафилококк этиологияли овқатдан захарланиш турлари учрайди. Бунда касалликнинг яширин даври қисқа (1-3 соатли) бўлиб кучли гастрит ва токсикоз белгилари билан бошланади. Ич кетиши деярли ҳар вақт ҳам бўлавермайди. Қисқа муддатли ич кетиши (1-5 мартагача) ва нажасда патологик аралашмалар бўлмаслиги билан фарқланади. Бемор аҳволи яхшиланиши билан ич кетиши ҳам тўхтайдди.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, агар овқатдан захарланиш ошқозон ичак фаолиятида кўпинча касалликлари (ошқозон-ичак яраси, ҳавfli ўсмалар, полиплар) бор одамларда учраса асосий касаллик белгилари кучайиб ичакдан қон кетиши, интоксикация белгиларининг кучайиши, овқатдан захарланишга хос бўлмаган белгилар (ичнинг қорайиб келиши, анемия белгиларининг кучайиши, қорин чарви пардасининг яллиғланиш белгилари ва ҳоказо) кузатилиши мумкин. Овқатдан захарланишнинг шартли-патоген микрофлоралар (цитробактер, клебсиелла, протейлар, яшил йирингли ичак таёқчалари, кластридийлар ва бошқалар) келтириб чиқарган шаклида полиморф этиологияли бўлганлигидан қатъий назар касаллик бир оз енгил ва ўртача даражадаги захарланиш белгилари билан кечади.

Бунда гастрит белгилари устунлилик қилади ва узоқроқ вақт давом этади. Касаллик эпигастрал соҳада ноҳушлик ва умумий ноқулайлик билан бошланиб, 1-2 соат ўтгач қориннинг юқори қисмида кучсиз оғриқ, кўнгил айнаш, қайт қилиш билан фарқланади. Бир вақтда ёки 1-1.5 соат ўтгач ичнинг суяқ кетиши, қоринда қулдурашлар, қоринда хуружли оғриқ бўлиб, у қориннинг юқори қисмидан пастга қараб ҳаракатланади ва ичнинг кетиши билан тугайди. Нажас касаллик бошланишида қўланса ҳидли, кўп миқдорда бўлиб касаллик оғир кечганда сувдек бўлади, Эт увишиши касаллик бошланишида 4-5 соат бўлиб кейинчалик юқори тана ҳарорати билан алмашади, Оғир ҳолатларда (айниқса ёш болаларда) интоксикация ва сувсизланиш белгилари кучли бўлиб тери оқаринқираган, бош айланиши, шиллиқ қаватлар қуруқлашиши, тахикардия, қон босимининг пасайиши, сархушлик(обморк) ҳолати, мушакларда тиришишлар, овознинг хириллаши, коллапс, олигурия кузатилади.

Овқатдан захарланишга ташҳис қўйишда кўпроқ сальмонеллез гастроэнтерит га ичбуруғ гастроэнтероколит шаклларининг клиник белгиларини ўхшашлиги бир оз қийинчилик туғдиради. Ташҳис қўйишда махсус текширув усуллари муҳим аҳамиятга эга. Бактериологик текшириш учун махсус моддалар

ёки ошқозон ювинди суви, нажас, касалликка сабаб бўлган овқат колдиқлари олинади. Касаллик қўзғатувчилари одамлар ичагида ва ташқи мухитда кўпроқ учрагани учун қуйидаги ҳолларда бактериологик текширув ижобий натижа беради деб, ҳисоблаш мумкин: касаллик қўзғатувчиси нажасда ва қусук моддаларида кўп миқдорда учраши; нажасда ва шубҳа қилинаётган овқат махсулотларида бир ҳил микроблар топилиши; оммавий заҳарланганлардан бир ҳил турдаги микроблар топилиши; аутоштаммлар билан бир ҳил серологик реакциялар тўғри келганда.

ЭНТЕРИТ БЕЛГИЛАРИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЮҚУМЛИ ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

В А Б О

Ўта хавфли касалликлар эпидемиясига қарши чора-тадбирлар яхши кўрилган бўлса ҳам ҳозирда вабо касаллигига анча хушёр бўлиш керак. Вабонинг бошланғич даврига интоксикация белгилари ва қоринда оғриқ бўлиши хос эмас. Касалликнинг биринчи белгилари энтерит белгилари бўлиб ичнинг сувдек кўп миқдорда кетиши, нажаснинг ранги “гуруч ювиндиси” га ўхшаб у хидсиз бўлиши кузатилади. Касаллик оғирлашган сари қайт қилиш (гастроэнтерит) кузатилади. Тезда сувсизланиш, туз ва сув алмашилини бузилиш белгилари ривожланади. Вабода ич 3-5 мартаба кетса ҳам миқдори кўп бўлганлиги учун тезда сувсизланиш бўлади. Сувсизланиш даражаси тезда кучайиб гиповолемик қарахтликка ва мушаклар тиришишига олиб келади. Шунини таъкидлаб ўтиш керакки, агарда беморларда ошқозон ичак фаолиятида қўшимча касалликлар бўлса (геморрой, ичакларда яра, полиплар) касаллик қоринда оғриқ, тенезмлар билан кечиши мумкин. Бундай ҳолларда касаллик белгиларини бошланиши, кечиши ва қўшимча лаборатория текширув усулларига қараб касалликка ташҳис қўйиш керак. Вабонинг енгил кечиши белгилари ва бошқа юқумли ичак касалликларига аниқ, ташҳис қўйиш учун бактериологик ва серологик текширувларга асосланиш керак.

ЭШЕРИХИОЗ

Бу шартли патоген ичак таёқчалари бактериялари келтириб чақирадиган касалликдир, Уларнинг клиник белгилари токсинларининг турли таъсир хилларига қараб ҳар хил бўлганлиги учун эшерихиозларни патогенетик токсинларига қараб таснифланади.

Диарея белгиларини келтириб чиқаришда худди вабодаги каби бактериялар энтеротоксинлари муҳим аҳамият касб этади.

Вабога ўхшаб кечадиган эшерихиозларда касалликнинг яширин даври 1-2 кун. Касаллик ўткир бошланади. Беморлар холсизликка, қувватсизликка, бош оғригига шикоят қиладилар. Кейинчалик қориннинг юқори қисмида эпигастрал соҳада хуружли оғриқ, кўнгил айнаш, қайт қилиш кузатилади. Бир неча соатдан сўнг ич сувдек, кўп миқдорда, патологик аралашмаларсиз 8-12 мартагача кетади. Сувсизланиш белгилари бошланади. Эшерихиознинг вабога ўхшаш белгилари касаллик бошланишида қоринда оғриқ бўлмаслиги, тана ҳароратининг кўтарилмаслиги ва сувсизланиш белгиларининг тезда ривожланишидир. Бу касалликнинг фарқли томони кейинчалик интоксикация белгиларининг кучайиши ва қоринда оғриқ бўлишидир. Эшерихиозда электролитлар баланси камроқ бузилади, вабодагига ўхшаш асоратлар бўлмайди.

Эшерихиозга ичбуруғга ўхшаган шакли ўткир бошланади, интоксикация белгилари кучсизроқ бўлади, тана ҳарорати деярли кўтарилмайди. Тенезм ва қайт қилиш кам ҳолларда бўлади. Ич кетиши 3-5 мартагача, суюқ, шиллиқ ва қон аралаш бўлади. эшерихиознинг бу шаклини ичбуруғ енгил кечишидан фарқлаш жуда қийин, бунда бактериологик текшириш усули асосий аҳамиятга эгадир.

Эшерихиозни энтерепатоген (0151 “Қрим”) хили клиник белгилари анчагина енгил кечиши билан ажралиб туради. Кўпчилик беморларда касаллик субклиник, 30-50% - енгил, қолганларда - ўртача оғирликда кечади.

ИЕРСИНИОЗЛАР

Иерсиниозлар таснифидаги икки хил шакли диарея белгилари келтириб чиқаради. Биринчиси ичак иерсиниози, иккинчиси сохта сил-бактериялари келтириб чиқарадиган касалликлардир. Касалликни ташҳис қилишда клиник белгиларни хилма хиллига (экзантема, лимфа тугунларининг заҳарланиши, ангина, сариклик мезоденит, аппендицит) ва текширув усуллари алоҳида ўрин тутати. Касаллақда ошқозон-ичак фаолияти зарарланиши белгилари ўткир бошланиб, тана ҳарорати 38-39°C, қалтираш, бош оғриғи, холсизлик, бўғинларда ва мушакларда оғриқ кузатилади. Кейинчалик қоринда, айниқса ўнг биқин соҳасида кучли оғриқ, ичнинг 10-15 марта кўп миқдорда, сувдек қўланса хидли кетиши кузатилади. Қорин чуқур пальпация қилинганда илеоцекал соҳада ёки киндик атрофида оғриқ сезилади. Йўғон ичакнинг айрим қисмлари қалинлашган ва оғриқли бўлади.

Таққослаш ташҳисида эпидемиологик белгилар (мавсумийлик, оммавий касалланиш, илдиз мева ва сабзавотлар истеъмол қилиш) аҳамиятга эгадир. Махсус ташҳис кўзгатувчиларни нажасдан, қусуқ моддаларидан, қондан (септик

шаклида) чарви лимфа тугунларидан ва аппендикс бўлагидан (жаррохлик муолажаси қилинса) топишга асосланади. Бактериологик текширишлар ҳар доим юқори натижа бермаганлиги учун кўшимча Аглютинация реакцияси (РА) ва Нотўғри гемаглютинация реакцияси (РНГА) каби серологик текширишлар ўтказилади.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ

Юқумли ичак касалликларидан энтерит (гастроэнтерит) белгилари билан кечадиганларини таққослаш ташҳисда албатта кампилобактериознинг гастроинтестинал шаклини ҳам кўриш керак. Касаллик кўпроқ ёш болаларда, катталарда эса спорадик ҳолатда бир кўзғалиш билан кузатилади. Касаллик резервуарлари ва манбаи бўлиб асосан уй ва қишлоқ хўжалиги хайвонлари ҳисобланади. Одамлар асосан сув ва зарарланган озуқа моддалари орқали касалланадилар. Бу касб касаллиги бўлиб ҳисобланиб кўпроқ хайвонлар билан мулоқотда бўлувчиларда учраши мумкин. Яширин даври 1-5 кун (кўпинча 1-2 кун). Касаллик ўткир бошланиб интоксикация белгилари, гастроэнтерит белгилари ва юқори тана ҳарорати кузатилади. Беморлар кўнгил айнашга, эпигастрал соҳасида оғриқ бўлишига, айрим ҳолларда қайт қилишига шикоят қиладилар. Ич келиши кўп миқдорда суюқ кўпиксимон келади, шиллик ва қон аралаш келиши катталарда деярли кузатилмайди, болаларда эса кўпроқ бўлади. Сувсизланиш белгилари кузатилиши мумкин. Диарея белгилари 1-1.5 ҳафта давом этиши мумкин.

Кампилобактериоз гастроинтестинал шаклини бошқа турдаги гастритлардан фарқлаш бир мунча қийинроқдир. Бунда эпидемиологик анамнез (ҳайвонлар билан мулоқот, оммавий заҳарланиш) муҳим аҳамиятга эга. Ташҳис кўзгатувчиларни нажасдан ажратиб олиш билан тасдиқланади. Экма бриллиантли кўк аралаштирилган қаттиқ озуқа моддаларига олинади. Касалликка ретроспектив (реконвалесценция даврида) ташҳис кўйиш учун 10-14 кун оралиғида кўп зардоблар билан серологик реакциялар ишлатилади.

РОТАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ

Ротавирусли гастроэнтеритда болаларда ва катталарда ҳам интоксикация ва диарея белгилари бўлади. Ичнинг суюқ келиши деярли ҳамма беморларда учрайди (А.Т.Букринский ва бошқалар, 1989). Гастроэнтерит белгиси иштаханнинг пасайиши, қоринда кўп қулдираш, кўнгил айнаш ва қайт қилиш билан бошланади. Касаллик енгил кечган беморларда ич кетиши сувдек, кўкимтир-сарик рангли кўпиксимон бўлиб суткасига 5-7 дан 10-15 мартагача

бўлиши мумкин. Касалликнинг биринчи ҳафтаси оҳирларида ич келиши нормаллашади.

Ротавирусли гастроэнтеритнинг ичнинг рангсиз кетиши шаклида вабодан фарқлаш қийинчилик туғдиради, чунки нажас характери деярли бир хил кўринишида бўлади, Иккала касаллик ҳам оғир кечганда дегидратация белгилари яққол намоён бўлади. Аммо ротавирусли гастроэнтеритда II ва IV даражали сувсизланиш белгилари деярли бўлмайди. Регидратация чоралари вабода яхши ёрдам беради, ротавирусли гастроэнтеритда эса интоксикация белгиларини бутунлай йўқотмайди. Ротавирусли гастроэнтеритда асосий фарқли белги бўлиб беморларда юмшоқ танглай шиллиқ қаватларида, танглайда ва тилчада катарал белгилар, халқумда шамоллаш белгилари ва майда донадорлик бўлади,

Ротавирусли гастроэнтеритларнинг фарқли эпидемиологик белгилари бўлиб қиш-баҳор ойларига хос мавсумийлик, юқори зарарланиш даражаси, инфекциянинг антропоноз характердалиги ҳисобланади. Ротавирусли гастроэнтеритни бошқа диарея касалликларидан фарқлашни асосий усули бўлиб махсус лаборатор текширувлар (вирусларни топиш, ИФА усули билан вирус антиген ва антитаначаларини топиш, нуқтали гибридизация усули, РСК ва бошқа) ҳисобланади.

АДЕНОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ

Аденовирус инфекциясининг клиник белгиларидан бири вирусли диарея ҳисобланади. Бу белгига кўшимча равишда аъзолардаги зарарланишга тегишли клиник белгилар (кератоконъюнктивит, ринит, фарингит, полиаденопатия, бронхит) кўшилиб келганлиги учун бу касалликка ташхис кўйишда бир оз енгиллик туғдириши мумкин. Аденовирусли деареяда ич келиши 4-5 марта, сувдек, патологик аралашмаларсиз, қоринда. оғриқ кучсиз, кучли сувсизланиш белгилари кузатилмайди.

ЭНТЕРОВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ

Энтеровирусли диарея касаллиги асосан қиш ва баҳор ойларида кузатилиб оммавий холларда учрайди. Касаллик енгил интоксикация ва гастроэнтерит клиник белгилари билан ўтади. Беморларда юмшоқ танглайда шиллиқ қаватларда гиперемия ва ўзига хос ҳамда донадорлик бўлганлиги учун бу касаллик кўпроқ ротавирусли гастроэнтеритларга ҳам ўхшаб кетади. Бу касалликка ташхис кўйишда бир оз қийинчилик туғдириши мумкин. Ротавирусли гастроэнтеритлар эпидемия ҳолида тарқалганда полиморф клиник белгилар билан бирга асосий синдром диарея белгиси бўлади. Энтеровирус

касаллиги эпидемия ҳолида учраганда аксинча ҳар хил клиник белгилар билан бирга касалликнинг ҳар хил клиник шакллари ҳам учрайди. Аниқ нозология ташхис вирусларнинг тури ва гуруҳига (Коксаки, ЕСНО ва бошқалар) тааллуқли антигенларни серологик текшириш усули билан қўйилади. Ташхис жуфт зардоблар билан серологик реакция қўйилганда қондаги антителалар миқдори 4 барабардан ошиқ бўлса тасдиқланади.

КОЛИТ СИНДРОМИ БИЛАН КЕЧАДИГАН ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР

И Ч Б У Р У Ф

Ўткир колит белгилари билан кечадиган касалликлардан асосийларидан бири бўлиб ичбуруғ ҳисобланади. Касаллик қисқа муддатли яширин давр - 2-3 кундан сўнг умумий интоксикация белгилари (ҳолсизлик, бош оғриғи, тана ҳароратининг кўтарилиши ва калтираш) билан бошланиб, бир неча соатдан сўнг диарея белгилари қўшилади, ва колит, септик ва оғриқ белгилари кузатилади. Кўпроқ қориннинг пастида ва чап биқин ссҳасида хуружли оғриқ бўлиб ёлғон чакириқлар бўлади. Ич келиши биринчи куни кўп миқдорда, 2-3 кунларда эса оздан шиллиқ ва қон аралаш келади (“ичак туфағи”). Ичакларда тенезм, хожатга боргандан сўнг худди ичаклари тўлиқ бўшалмаганга ўхшаш ҳиссиёт бўлади. Интоксикация кучайган сари қайт қилиш кузатилади, Қайт қилгандан сўнг бемор ахволи яхшиланмайди, Касаллик оғир кечганда нажас келмай қолиши мумкин, бунда йўғон ичак томонидан анус атрофида ёрилишлар, ичакнинг чиқиб кетиши, қон кетишлар каби асоратлар ва инфекция токсик қарахтлик кузатилиши мумкин. Ичбуруғ колит шаклида сувсизланиш белгилари бўлмайди.

Ичбуруғ ва сальмонеллезнинг гастроэнтероколит шаклини таққослаш бирмунча қийинчиликларга эга. Шунинг эса сақлаш керакки, сальмонеллезда интоксикация белгилари биринчи куниданоқ кучли бўлиб беморлар коллапс ҳолатига тушиб қолишлари мумкин. Ичбуруғда эса интоксикация белгилари кечроқ (икки - уч кунда) бошланиб коллапс ҳолати кам ҳолларда учрайди. Сальмонеллезда кўпроқ гастроэнтерит белгилари устунлик қилади, ичбуруғнинг гастроэнтероколит шаклида эса гастроэнтерит белгилари қисқа бўлиб, тезда гастроэнтероколит белгиларига ўтади (тенезм, йўғон. ичак бўйлаб оғриқ, “ичак туфуғи” белгиси, ичнинг шиллиқ ва қон аралаш келиши). Асосий ташхис бактериологик, серологик, аллергологик ва асбоблар ёрдамида текшириш орқали қўйилади ва тасдиқланади.

АМЕБАЛИ ИЧБУРУҒ

Касаллик кўпроқ Ўрта Осиё ўлкалари ва Кавказ минтақаларида ёз-куз ойларида кузатилади. Касаллик аста-секин бошланади. Ич келиши 3-5 мартага кўпайиб бўтқасимон, ахлат сифатини сақлаган, кўп микдорда шиллик ва бир тексда тарқалган “малинасимон” қон аралаш келади. Нажасдаги шиллик тувак тагига (тубига) ёпишиб қолади ва энгаштирганда кўчиб кетиши қийинроқ (бактерияли ичбуруғда шиллик суяқроқ бўлади, қон ранги тиниқ қизил бўлиб шиллик аралаш бўлади. Қоринда оғриқ кучсиз, интоксикация белгилари енгил бўлади. Ўз вақтида махсус даволаш курси ўтказилмаса касаллик узок вақт давом этиб тўлқинсимон кечиши мумкин. Умумий кўрикда бактерияли ичбуруғдан фарқли равишда кўричак соҳасида оғриқ ва инфилтратлар, йўғон ичак проксимал қисмларида кучсиз, аммо доимий оғриқ кузатилади. Жигар кўпинча катталашади. Колонофиброскопия усулида текширилганда ўнг томонлама гемоколит, ҳар хил катталиқдаги яралар кўринади. Яралар шиллик ва шиллик ости қаватларигача чуқурликда бўлиб детритлар билан қопланган, агарда тегиб кетилса қон кетишлар кузатилади. Яна ўзига хос томони шундаки, яра атрофидаги шиллик қаватларда деярли ўзгаришлар бўлмайди.

Амебиаз ичбуруғга махсус ташхис қўйишда бемор нажасидан амебанинг катта вегетатив (тўқима) шаклини эритроцитларни фагоцитоз қилган ҳолатида (паразитоскопия) топишга асосланади.

Агарда нажасдан амебанинг оралик ёки циста ҳолатлари аниқланса бу ташхис қўйишга асос бўла олмайди, чунки бу ҳолат соғлом паразит ташувчиларда ҳам топилиши мумкин. Нажасдан эозинофиллар Шарко-Лейден кристаллари, эритроцитларни устунсимон ҳолда аниқлаш амебали ичбуруғда кўшимча ташхисга асос бўла олади.

БАЛАНТИДИАЗ

Бу касаллик қишлоқ шароитида кўпроқ тарқалган бўлиб асосан чўчкалар билан мулоқатда бўладиганларда учрайди. Касалликнинг ўткир шакли худди амёбали ичбуруғга ўхшаб кетади. Касалликка кучли интоксикация белгилари: кўнгил айнаш, қайт қилиш, нотўғри турдаги юқори тана ҳарорати ва оғрироқ кечиши хосдир. Касаллик ўткир бошланиб қоринда кучли оғриқ, ичнинг суяқ, шиллик ва қон аралаш (20 мартагача), чириш белгиларини эслатувчи кучли кўланса хид билан кетиши кузатилади. Қорин дам бўлиб йўғон ичак бўйлаб оғриқ, жигарнинг катталашини безовта қилади. Ректоромоноскопия қилинганда балантидиазга ҳос бўлган яралар кўрилади. Касаллик вақтида даволанмаса сурункали шаклига ўтиши мумкин (В.И.Покровский, 1983).

Балантидиазга ташхис қўйишда худди амебали ичбуруғдаги каби микроскопия (паразитоскопия) ва қисман нажасни махсус озуқа мухитларига экиш асосий аҳамиятга эга. Нажасдан топиладиган бундай паразитлар соғлом одамларда ҳам учраб қолиши мумкин. Шунинг учун блантидиазга ташхис қўйишда асосан эпидемиологик кўрсатмалар, клиник, ректоромоноскопия белгилари ва бошқа этиологияли ичак инфекциялари инкор этилган ташхис тўлиқ тасдиқланади.

ЛЯМБЛИОЗ

Лямблиозда асосий клиник белги энтерит белгилари ҳисобланиб, ич кетиши кўп миқдорда, сувдек, кўпикли, кўкимтир рангли ва кўланса ҳидли бўлади. Умумий интоксикация белгилари кузатилмайди. Касалликка тўлқинсимон кечиш ҳосдир ва кўп рецедив беради. Йўғон ичак зарарланиши иккиламчи ҳолатдир.

Қоринда оғриқ асосан мезогастрал соҳада бўлади. Касалликнинг сурункали кечиши ойлаб ва йиллаб давом этиши мумкин, бунда ремиссия босқичи қайталаниш босқичи билан алмашиб туриши мумкин. Ўт йўлларида ва ўт қопада дискинезия белгилари, неврастения белгилари кузатилиши мумкин. Ташхис қўйишда лямблияларни ингичка ичакнинг юқори қисмидан, 12 бармоқли ичак маҳсулотлари ва нажасдан ажратиб олишга асосланади. Шунинг таъкидлаш лозимки, лямблияларни одам организмидан топиш ҳар доим ҳам инфекциянинг ўткир босқичидан далолат бермайди. Паразитларга қарши тахминий даволаш ҳисобланади. Агар даволаш яхши самара берса, ташхис ижобий бўлиши мумкин.

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ

Юкумли ва юкумли бўлмаган диарея белгиларини таққослашда ва ташхис қўйишда носпецифик ярали колитнинг ўткир шакли муҳим аҳамиятга эга. Касаллик ўткир бошланиб ич кетиш суткасига 10-20-30 мартагача бориши мумкин. Нажас шакли бўтқасимон ёки суюқ бўлиб қон, шиллиқ ва йиринг аралаш бўлади. Қоринда хуружли оғриқлар кузатилади. Юқори ҳарорат ва бошқа умумий зарарланиш белгилари бўлади. Ичбуруғдан фарқли равишда бунда нажасда қон миқдори кўпроқ (5-20 ва кўп) шунингдек касаллик бошларида аввал фақат қон, кейинчалик эса шиллиқ ва йиринг келиши кузатилади. Ичбуруғга хос бўлган нажаснинг ахлат сифатини йўқотиш, ичнинг кам миқдорда (“ичак туфуги”) келиши ёлғон чақириқлар, тенезмлар ярали колитларга хос эмас. Антибиотиклар билан даволашни самара бермаслиги

кўпроқ ярали колитга хос белги ҳисобланади. Ташҳис қўйишда асосий ҳал қилувчи усул ректоромоноскопия усули бўлиб, бунда ярали колитга хос белгилар-шиллик қаватларда кучли ўзгаришлар, тарқалган гиперемия, эрозия ва некрозлар, йўғон ичакнинг бошқа касалликларига хос бўлмаган ярадан қон тирқираб оқиши белгилари кузатилади. Касалликнинг оғир ҳолларида анус атрофида ёриқчалар ва тўғри ичакнинг ташқарига чиқиши ҳам кўрилади. Анус сфинктерларининг иккиламчи зарарланиши натижасида суюқ нажасни, қон ва шилликни тута билмаслик ҳоллари бўлиши мумкин. Қўшимча ташҳис усуллари бўлиб колоноскопия, рентгеноскопия, копрология, биопсия, ҳамда қонда гипопротеинемия, анемия ва иммун тақчиллиги белгилари ҳисобланади.

КРОН КАСАЛЛИГИ

Крон касаллигини ярали колитдан фарқи бўлиб жараённинг йўғон ичак кўндаланг қисмининг шиллик ости қаватида жойлашганлигидир ва касаллик узлукли давом этади. Тўғри ичак камдан-кам ҳолларда зарарланади. Кўпроқ оғриқ бўлади, қон кетиши камроқ учрайди. Ректоромоноскопияда ичакда ўзига хос ўралган яралар кузатилади.

ДИСБАКТЕРИОЗ

Ҳар хил сабаблар келтириб чиқарган дисбактериозларда (ферментлар етишмовчилиги, очлик, авитаминоз, кўп миқдорда гармонлар буюриш, кимёвий дорилар ва антибиотиклар ичиш, организм иммунологик ҳолатини сусайиш ва ҳоказолар) ичакларда аста-секин ривожланган яллиғланиш кузатилиб ҳар хил клиник белгиларда намоён бўлади.

Инфекция тарқалиб кетмаган ҳолларда беморларда кўнгил айнаш, қайт қилиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, ичнинг шиллик ва айрим ҳолларда қон аралаш келиши кузатилади. Ичак бўшлиқларида ортиқча газ йиғилиб, ичак перистальтикаси кучайганда қоринда оғриқ бўлади. Дисбактериозда бўладиган диарея белгиларининг бошқа юқумли ичак касалликларидан фарқи шундаки, юқумли ичак касалликларида умумий интоксикация белгилари ўткир намоён бўлиб, кейинчалик кучаяди, ич кетиши кўпаяди. Дисбактериоз аста-секин бошланиб узоқ давом этади, мақсадга мувофиқ буюрилган дорилар таъсирида ҳам нажас узоқ вақт суюқроқ ҳолатда бўлиши мумкин. Ректороманоскопияда катарал ёки катарал-геморрагик проктосигмондит, айрим ҳолларда йирикроқ ярали ўзгаришларни кўриш мумкин (В.Н. Красноголовец, 1989).

ОИТС касаллигида 50% беморларда ичнинг 15 ва ундан кўп кетиши кузатилади. Криптоспориоз ҳисобига ҳосил бўладиган кучли сувсизланиш

белгилари бўлиши ҳам мумкин. Ичак касалликларини келиб чиқишига сабаб бошқа инфекцияларнинг кўшилиши бўлиши ҳам мумкин, шунинг учун нажасни тўлиқ бактериологик текширишдан ўтказиш зарур. ОИТС касаллигига ташҳис қўйиш учун асосан серологик усуллардан фойдаланилади.