

5-Мавзу: Шигеллез. Амебиаз. Сальмонеллезлар.

Тарихий маълумотлар. “Дизентерия” терминини (грекча сўздан олинган бўлиб *dis* – ишнинг бузилиши, қийинлашуви + *entera* – ичаклар) Гиппократ киритган.

1888 йилда ичбуруғ қўзғатувчисини биринчи бўлиб А. Chantemesse ва F.Widal томонидан аниқланган. Ичбуруғ билан оғриган беморларда микробнинг аналогини Россияда А.Б.Григорьев 1891 йилда аниқлади. Shig эса бу бактерияларни хусусиятларини аниқ кўрсатиб берди. Ичбуруғнинг бошқа хил турлари қуйидаги олимлар томонидан топилган С. Flexner (1906), М.И.Штуцер (1916), К. Schmitz (1916), С.Sonne (1915), F.H.Clayton ва S.H.Warren (1929), I.S.Boyd (1932).

Рус олимларидан М.А.Скворцов, М.С.Маслов, А.А.Колтыпин, Э.М.Новгородская ва Г.Н.Сперанскийларнинг хизматлари ҳам алоҳида ўрин эгаллайди.

Этиологияси. Ичбуруғни *Shigella* бактериялари чақиради. Уларнинг 40 тадан ортиқ серологик ва биокимёвий фарқланувчи вариантлари мавжуд. Шигеллалар оддий озуқа муҳитларида яхши ўсади. Микроб хужайраларнинг парчаланишида эндотоксин ажралади. У касаллик патогенезида ва клиник белгиларнинг намоён бўлишида катта аҳамиятга эга. Бундан ташқари, шигеллалар экзотоксиннинг бир нечта турини (эпителиал хужайралар мембанасини шикастловчи цитотоксин, ичак бўшлиғига суюқлик ва тузлар ажралишини кучайтирувчи энтеротоксинлар, асосан Григорьев - Шига бактерияларда аниқланувчи нейротоксин). Ҳозирги шароитда Флекснер ва Зонне шигеллалари энг кўп тарқалган хисобланади. Шигеллаларнинг патогенлиги 4 та асосий омил: адгезия, инвазия, токсин ишлаб чиқарувчанлик ва хужайра ичида кўпая олиш қобилиятлари билан таъминланади. Ушбу омиллар Григорьев - Шига бактерияларда айниқса кучли ифодаланган. Бирмунча камроқ Флекснер ва бошқа турдаги шигеллаларда ифодаланган. Шигеллаларнинг муҳим ҳоссаларидан бири бу уларга қарши қўлланилувчи антибиотикларга нисбатан ўзларининг сезгирлигини турли ҳудудларда қанчалик кўп фойдаланилишига қараб тез ўзгартира олишидир.

Эпидемик даврда шигеллалардаги ўлим кўрсаткичи 2 - 7% ни ташкил қилиши мумкин. Ичбуруғ қўзғатувчилари, айниқса Зонне шигеллалари, ташқи муҳитда юқори даражада яшай олиши билан фарқланади. Улар харорат ва намлик шароитлари қандай бўлишига кўра ўз биологик хоссаларини 3 - 4 суткадан 1-2 ойгача, баъзи ҳолларда эса 3 - 4 ой ва ундан кўпроқ вақт ичида сақлаши мумкин. Яхши шароитда шигеллалар, айниқса

Зонне шигеллалари, турли озиқ-овқатлар (салатлар, винегретлар, кайнатилган гўшт, қийма, балиқ, сут ва сут махсулотлари, компот ва киселлар) да тез кўпайиш қобилиятига эга.

Ичбуруғнинг Григорьев - Шига тури илк бор 1891 йили рус олимлари Григорьев ва Кубасов томонидан ажратилган, Япон микробиолог олими Шига 1898 йили ушбу турдаги бактерияларнинг касаллик чақиришдаги аҳамиятини тўлиқ исботлади. Штуцер - Шмитц бактерияларини 1917 йили рус олими Штуцер ва немис олими Шмитцлар ажратиб олишган. Лардж-Сакс бактериялари Хиндистонда 1934 йили Лардж ва 1943 йилида Сакс томонидан ажратиб олинган. Флекснер бактериялари америкалик олим Флекснер томонидан 1900 йили аниқланган. Уларнинг 3 та хили бор: Флекснер, Ньюксал ва Бойда. Флекснер хили ўз навбатида 5 та (1-5) серологик турга бўлинади. Зонне бактериялари 1915 йилда Даниялик микробиолог Зонне томонидан ажратилган.

Ичбуруғ бактериялари кўп ўхшашликларга эга. Улар ҳаракатсиз, Грам бўйича манфий бўялади. Улар сунъий озука муҳитларида яхши ўсади, айникса Плоскирев («Ж» бактагари) муҳитида тез ривожланадилар. Бунда улар майда рангсиз колонияларни ҳосил қилади.

Биокимёвий хусусиятларига кўра ҳам улар кўп ўхшашликка эга. Зонне бактерияларидан ташқари, уларнинг барчаси лактозани парчаламайди, глюкозани эса кислотагача парчалайди (Ньюкасл бактерияларидан ташқари). Григорьев - Шига. Штуцер-Шмитц ва Лардж-Сакс бактериялари маннитни парчаламайди, Флекснер ва Зонне бактериялари эса бунинг оксидирлар.

Ичбуруғ бактерияларининг алоҳида турлари ва серотипларини яқуний фарқлаш учун серологик усул (специфик турлар билан боғлиқ ва монорецептор зардоблар билан ўтказилувчи агглютинация реакцияси) дан фойдаланилади. Ушбу усул нафақат кўзгатувчининг турини, балки унинг барча хилларини фарқлашга имкон беради. Ичбуруғ кўзгатувчилари оддий шароитда одам ичакларида ҳам аниқланиши мумкин. Бу омилсиз касалликнинг бир одамдан иккинчисига ўтиши мумкин бўлмас эди. Масалан, нажасда бактериялар 3-5 ойгача, ифлос кийимларда - 2 ойгача, тупроқда - 3 ойгача сақланиши мумкин. Озиқ - овқат махсулотлари (сут, творог, нон) да, сабзавот ва меваларда икки ҳафта, секин оқар сувларда етти кунгача сақланиши мумкин. Ичбуруғ бактериялари куёш нурлари, юқори хароратда, дезинфекцияловчи моддалар (хлорли охак, лизол, спирт, хлорамин) таъсирларига жуда сезгирдир. Дезинфекцияловчи моддалар таъсири остида улар 30-40 дақиқа давомида халок бўлади. Бошқа ичак касалликлари кўзгатувчилари каби улар ўзгарувчанлик диссоциация (парчаланаш, таркибий қисмларга бўлиниб кетиш) га мойиллик билдиради. Одам

организмига ташқи муҳитдан тушиб, улар организмнинг ичидаги янги шароитга ўрганиб баъзан мослашиш даврида улар ўз вирулентлик хоссаларини ўзгартиришади. Бактерияларнинг вирулентлик хоссалари айниқса турли дори воситалари (антибиотиклар, сульфаниламидлар) таъсири остида ўзгаради. Бир турдаги антибиотик ёки сульфаниламид дори воситасини қўллаш ушбу дориларга нисбатан турғун бактерия штаммларининг пайдо бўлишига олиб келади.

Эпидемиологияси. Ичбуруғ эпидемиологияси қорин тифи эпидемиологиясига кўп жихатдан ўхшаш ҳисобланади. Бу ўхшашлик қуйидагилардан иборат: биринчидан ичбуруғда ошқозон ичак йўли зарарланади ва қўзғатувчи ундан ташқи муҳитга ажратилади; иккинчидан, ичбуруғ қорин тифи каби монопатоген инфекция ҳисобланади; учинчидан, иккала касалликда ҳам қўзғатувчи юқишнинг бир хил механизмида ривожланади. Ичбуруғда касаллик манбаи фақат бемор одам ҳисобланади. Бемор одам касалликнинг биринчи соатлариданоқ бактерияларни ажрата бошлайди. Ушбу беморнинг атрофидаги одамлар учун қанчалик хавф туғдириши касалликнинг кечиш олган Ичбуруғ бактериялари одам организмига оғиз орқали тушади. Улар ўз йўлида ошқозондаги физиологик тўсиқдан ўтишади. Ошқозон ширасидаги кислота қўзғатувчини ўлдиради ва ичакка тирик ўтишга бермайди. Лекин баъзан ошқозон ширасининг кислоталик даражаси паст бўлса, ёки бирданига қўзғатувчининг кўп миқдорда организмга тушиши натижасида уларнинг бир қисми ичакка ўтади. У ерда эса уларга овқат ҳазм қилувчи шира ва ичак флораси таъсир этади, Бунда ҳам қўзғатувчиларнинг бир қисми халок бўлади. Шунда бактериялардан эндотоксин ажралади. У шиллик қават эпителийсини шикастлайди, унга сенсибилазацияловчи таъсир кўрсатади ва қонга сўрилади, Қонда айланиб юрган токсин турли тўқималар, аъзолар ва нерв системага таъсир этади. Бунинг натижасида касалликнинг бирламчи белгилари (тана хароратини кўтарилиши, бош оғриши, титроқ, иштаханнинг пасайиши, холсизлик ва бошқ.) пайдо бўла бошлайди. Халок бўлмаган бактериялар шиллик қават хужайралари томонидан ушланади ва ичак флораси ҳамда овқатни хазм қилувчи ширанинг антагонистик таъсирини енгиб ўтиб, кўпайиб бошлайдилар. Ичак деворидан ташқарида ичбуруғ бактериялари ўтмайди.

Кўпайиш жараёни билан бир қаторда антагонистик таъсирга чидай олмаган бактерияларни халок бўлиши рўй беради. Ичакда эндотоксин миқдори тобора ортиб боради ва у аста-секин қон ва лимфа томирларга сўрилиб боради.

Марказий нерв системасининг захарланиши кўпайиб боради. Қонда токсиннинг айланиб юриши унинг бир қисмининг аъзо ва тўқималар хужайралари билан боғланиши бир қисмининг эса қоннинг зарарсизлантирувчи хоссалари таъсири остида кучсизлантириши, яна бир қисмининг йўғон ичак шиллиқ қавати томонидан ажралиши ва яна ортга сўрилиши билан яқунланади.

Маълумки, йўғон ичак экскретор аъзо ҳисобланади. У организмдан органик ва ноорганик табиатга эга турли захарларни шунингдек, моддалар алмашинуви махсулотларини ажратиб чиқаради. Йўғон ичакда ичбуруғ токсинининг ажралиши аллергия реакциялар ривожланишига сабаб бўлади, чунки организм захарнинг ичакка бирламчи таъсири натижасида сенсбилизацияланган бўлади. Аллергия реакция қон томирларнинг янада кўпроқ кенгайиши, плазма экссудациясининг кучайиши, эпителий хужайраларнинг халок бўлиши, баъзида эса майда қон қуйилишлар кўринишида намоён бўлади. Яллиғланиш экссудати ва эндотоксин йўғон ичакнинг ампуляр ва сигмасимон қисмларида жойлашган нерв охирилари таъсирлайди. Ушбу импульслар МНС га келади, сўнгра ундан ҳаракат йўллари орқали жавоб реакцияси юборилади. Бу реакция йўғон ичакнинг мазкур қисмларининг қисқариши кўринишида ифодаланади. Клиник жихатдан бу ичбуруғ учун хос бўлган ёлғон чақириқлар билан намоён бўлади. Токсин ичак деворларида жойлашган вегетатив ганглийлар (Мейснер ва Луэрбах чигаллари) га, қуёш мигалига, шунингдек адашган нерв толаларига таъсир қилади. Ушбу нерв толалари билан қорин бўшлиғининг вегетатив ганглийларга кирган ва ичак иннервациясида иштирок этади. МНС улар орқали ичак перистальтикасини бошқаради, ичак деворларининг меъёрий тонусини ва бўшлиғи бўйлаб овқатнинг юриб боришини таъминлайди. Ичакнинг алоҳида сегментларининг спастик қисқариши азобловчи хуружсимон оғриқларни чақиради. Спазмлар нажаснинг йўғон ичакнинг юқори қисмларида тўхтаб қолиши ва унинг оз - оздан келишига сабаб бўлади. Сигмасимон ва тўғри ичакнинг спастик қисқариши қориннинг пастки қисмида оралиққа узатилувчи пастга оғриқлар (тенезмлар) ни чақиради. Спазмга учраган йўғон ичак айниқса унинг сигмасимон қисми, оғриқли арқон кўринишида пайпасланади. Токсиннинг вегетатив нерв системасига таъсир этиши натижасида қон томирлар тонусининг рефлектор пасайишига олиб келади. Улар кенгайди ва қон билан тўлади, тери ва бош мия томирларида эса унинг миқдори камаяди. Шунинг учун ичбуруғ билан касалланган беморлар совук қотади ва исинишга муҳтож бўлади. Ушбу ўзгаришлар туфайли ичбуруғнинг бошланишида беморларда баъзан бош айланиши ва хаттоки ҳушдан кетиши кузатилади. Қонни қорин бўшлиғи

томирларида тўпланиши сабабли: юрак ҳам етарли микдорда қон билан таъминланмайди, бу эса систолик босимнинг пасайишига олиб келади. Ичакдаги морфологик ва функционал ўзгаришлар ва унда патоген бактерияларнинг ривожланиши сабабли ичак меъёрий микрофлорасининг ҳаёт фаолияти бузилади. Бу ичбуруғ патогенезида муҳим аҳамиятга эга. Ичак меъёрий микрофлорасининг эзилиши чириш бактерияларнинг тез кўпайишига олиб келади. Меъёрий микрофлора ва бошқа турдаги бактериялар ўртасидаги нисбат бузилади, яъни дисбактериоз ривожланади. Нерв системасининг захарланиши ва ичак фаолиятининг бузилишидан ташқари, ичбуруғда ошқозон, ошқозон ости беши, ичакнинг овқат хазм қилувчи безлари фаоллиги пасаяди. Бундан ташқари, жигар фаоллиги ҳам пасаяди. Организмда сув-туз, углеводлар, оксиллар, ёғлар ва витаминлар алмашинуви бузилади.

Ичбуруғда морфологик ўзгаришлар йўғон ичакнинг пастки қисмида ривожланади. Ушбу ўзгаришлар катарал, ёки катарал геморрагик яллиғланиш кўринишида намоён бўлади. Кўпинча вазнининг йўқотилиши қайд этилади. Касалликнинг авж олишида чап ёнбош соҳасида оғриқлар кучаяди, сигманинг спазми, ич келиш сонининг кўпайиши аниқланади. Нажасда патологик аралашмалар кузатилади. Баъзида қайталаниш ҳоллари ўткир ичбуруғ кўринишида бошланиб кечиши мумкин. Улар икки - уч хафта давом этади. Сўнг ремиссия даври билан алмашади. Ушбу даврнинг давомийлиги турли беморларда 1 ойдан 4 - 8 ойгача давом этади.

КЛИНИКАСИ. Касалликни яширин даври 6-8 соатдан 7 кунгача бўлиши мумкин, ўртача 2-3 кунни ташкил қилади. Шигеллэзларни клиник кўринишлари турличадир. Типик кечишида болаларда умумий интоксикация ёки нейротоксикоз, колитик синдром билан (қориндаги оғриқ, тенезмлар, пальпацияда сигмасимон ичак оғриқли ва спазм кузатилаяпти, ануснинг очиклиги, сфинктерит, тез-тез суюқ, патологик аралашмалар билан шилимшиқ, зангори, қон аралаш ичнинг келиши).

Касаллик ўткир бошланади, баланд иситма билан 38-39 С, иситма 3-5 кун давом этиши мумкин. Бола безовта, иштахаси паст, ёмон ухлайди, қайт қилиш касалликнинг 1 чи кунида ва эртасига кузатилиши мумкин. Қориндаги оғриқ, тутиб-тутиб оғрийди, бу оғриқ кўпинча қориннинг чап ёнбошида бўлади. Ичи суюқ, тез-тез оз-оздан, патологик аралашмалар билан шилимшиқли, зангори, қон томчилари ва баъзи холатларда тоза қизил қон бўлади (гемоколитик симптом). Касалликни ўткир даврида тенезмлар- ич келишидан аввал қориндаги кучли ёки ўткир оғриқ кузатилади. Баъзида бундай чакириқлар ёлғон бўлади. Бунда ич келишидан аввалги оғриқ кучайиб

бемор хожатдан сўнг энгилик хис қилмайди. Бу эса тўғри ичак шиллик қаватини тушишига олиб келади. Шигеллэзларга токсикоз-эксикоз ҳолатлари хос эмас, бу касалликда нажас энтероколит характерга эга, баъзи ҳолатларда чанқаш, терининг қуруқлиги, шиллик қаватнинг қуруқлиги электролитларни йўқотилиши натижасида кам ҳолатларда учраб туради.

Шигеллэзлар клиникасида умумтоксик синдромлар касалликнинг 1 чи суткасида ўта намоён бўлади. Касалликнинг 2-3 кунда эса бу симптомлар камаяди ва 5-7 кунлари ич келиши нормаллашади.

Кўзгатувчиларнинг турига қараб шигеллэзлар клиникаси бирмунча бошқачароқ кечади.

Зонне шигеллэзида озиқ-овқат маҳсулотларидан сут орқали касаллик юқиши мумкин. Касаллик энгил ва ўрта оғирликда кечади. Касаллик овқатдан захарланиш типидида бошланади ва гастрит, гастроэнтерит кўринишида ўткир намоён бўлади. Эпигастрал соҳадаги оғриқ, иситманинг юқори бўлиши, қалтираш ва кўп марталик қайт қилиш билан бошланади. Бунга ичнинг тез-тез патологик аралашмаларсиз келиши кўшилади. Касалликни 2-3 суткасида нажас патологик аралашмалар билан, колитик синдром кўшилади. Касалликни 5-7 кунга келиб инфекцион токсикознинг симптомлари йўқолади ва ичнинг нормаллашуви бўлади.

Флекснер шигеллэзида Зонне шигеллэзидан кам фарқ қилади, лекин касалликнинг кечиши оғир, кўпроқ “гемоколит” билан колитик синдром яққол намоён бўлади. Клиник соғайиш вақти узокроқ бўлади – 7-10 кун ёки кечроқ бўлиши кузатилади.

Бойда шигеллэзи шигеллэзлар ичида 3-5 % ни ташкил қилади. Бу касалликнинг тури энгил ва билинар- билинмас формада ўтиб кетади. Интоксикация симптомлари ва колитик синдром суст ривожланган бўлади.

Ичбуруғ шигеллэзи (Григорьева- Шига) Охирги йилларда Россия территориясида охирги йилларда спорадик ҳолатларда учрапти. Флекснер шигеллэзи деганда сув орқали юқиш йўли маълумдир. А кичик гуруҳи (Григорьев-Шига, Ларджа-Сакса, Штуцер-Шмитц) шигеллэзларининг этиологик вазифаси юқоридир. Одатда оғир кечади, бирламчи нейротоксикоз ва интоксикация, йўғон ичакнинг оғир зарарланиши, гипертермик синдром, талваса синдроми билан намоён бўлади. Колитик синдром тезда ривожланади.- қориндаги оғриқ, тенезмлар, нажасда шиллик ва қон бўлиши, ануснинг очиклиги ва бошқалар. Кўп марталик қайт қилиш, иситма ва кўп марталик ичнинг келишида сувсизланиш белгилари кўзга ташланади(тери тургорининг пасайиши, тери ва шиллик қаватларнинг қуруқлиги, диурезнинг камайиши, гиподинамик бузилишлар). Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, нейтрофилэз-чапга силжиш, ЭЧТ нинг юқорилиши бўлади. Касаллик узок

давом этади, лекин касалликнинг 1-чи суткасида ўлим билан тугалланиши ҳам мумкин.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ. Асосан шигеллэзлар Зонне ва Флекснер этиологияли, типи, оғирлиги ва кечиши бўйича бўлинади.

Типик шигеллэзлар клиник симптомлардан колитик синдромнинг ва нейротоксикознинг биринчи ўринда туриши аҳамиятлидир. Юқумли токсикознинг ривожланиши, ошқозон-ичак тизимини чуқур зарарланиши натижада оғир клиник ҳолатни келтириб чиқаради.

КЕЧИШИ. Шигеллэзлар ўткир (2 хафтагача), чўзилган (1 ойгача), текис ёки асоратли кечиши мумкин. Охирги йилларда сурункали кечиш учрамаяпти.

Ўткир кечиши. Ҳозирда шигеллэзлар 7-14 кунгача тўла клиник соғайиш билан кечаяпти. Ичакларнинг тўла морфологик ва функционал тикланиши касаллик бошлангандан то 1 ойгача (баъзида 2-3 ой) бемор диета ва шахсий гигиена қоидаларига риоя қилгандагина бўлади. Оғир формасини кечирганлар, асосан илк ёшдаги болалар бундан мустасно эмас.

Чўзилган кечиши. Касалликнинг бундай кечиши касалликка моил болаларда, фон касалликлари бор болаларда(рахит, гипотрофия, камқонлик, эксудатив катарал диатез ва бошқа кас.), ошқозон-ичак касалликларининг ҳамроҳ касалликларида (ферментопатия, гастродуоденит. Спастик колит ба бошқ.), пала-партиш анитибиотик ишлатганда, бошқа вирусли (ОРВИ ва бошқ.) ва бактериал инфекцияларда ва ичаклар дисбактериози ривожланганда намоён бўлади. Касалликнинг чўзилиши маҳаллий ва мукоз иммунитетнинг тўла жавоб бермаслиги ва кўзгатувчининг организмдан тезда элиминация бўлмаслигидандир. Охирги йилларда болалар шигеллэзлар ичак дисфункциясининг доимий эмаслиги билан бактерия ташувчанлик билан кечаяпти.

Соғлом бактерия ташувчанлик болаларда кам учрайди. Анамнезида билинар-билимас, енгил формасини ўтказганларда лаборатор текширилганда кўп миқдорда бактерия ажралиши аниқланмоқда.

Илк ёшдаги болаларда шигеллэзларнинг кечиш хусусияти. Чақалоқларда ва 1 ёшгача бўлган болаларда шигеллэзларнинг клиникаси типик характерга эга. Лекин бундай болаларнинг организмидаги анатомо-физиологик хусусиятларга ва шигеллэз бактериясига иммун жавоб ўзгача бўлади. Касаллик одатда ўткир бошланади, лекин барча симптомокомплекс секин-аста ривожланади, 3-4 кун давомида умумий симптоматика ривожланиши мумкин. Колитик синдром эса кам намоён бўлади. Ичи суяк энтероколит характерга эга бўлиб, шилимшиқ ва зангори аралаш бўлади. Қорин дам, пальпацияда ичаклар чуриллаши, жигар ва талоқнинг

катталашуви кузатилади. Тенезм ўрнида унинг эквивалентлари(безовталиқ, йиғлаш ва ичи келганда юзларининг қизариши) кузатилади. Баъзи бир ҳолатларда сфинктерит ва ануснинг очиклиги бўлади.

А типининг оғир формаси бундай болаларда учрамайди, лекин В типининг ўрта оғир ва оғир формалари катта ёшдаги болаларга нисбатан кўп учрайди. Кўп қоқаш ва қайт қилиш, энтероколит характердаги нажас токсикоз ва эксикознинг ривожланишига олиб келади.

Илк ёшдаги болаларда шигеллёларни кечиши кўп ҳолатларда ўткир, давомли ва ичак репарацияси секин бўлади. Касалликни чўзилиши 1 ёшгача бўлган болаларда ОРВИ нинг асоратлари қўшилганда (отит, пневмония ва бошқ.) пала-партиш антибиотикотерапия ўтказиш, ичак дисбактериози ривожланиши, стационарда супер- ёки ре- инфекциянинг, аралаш коинфекциянинг, кўп ҳолатларда бактериал ва бактериал инфекциянинг бирга келиши кузатилади (шигеллёл + сальмонеллез, шигеллёл + протеоз, шигеллёл + клебсиллез ва бошқ.). Даволашда юқоридагиларга эътибор берган ҳолда 1 ёшгача бўлган болалар стационарда боксланган палаталарда, енгил ва ўрта оғир формаларида эса уй шароитида даволангани маъқул бўлади. Бу шароит болани супер ва реинфекциядан сақлайди ва тезроқ тузалишга олиб келади.

Асорати. Махсус асоратлар билан бирга носпецифик асоратлар ҳам тафовут қилинади. Махсус асоратларга тўғри ичак шиллик каватининг тушиши ,бу орқа пешов сфинктерининг парези, динамик ичак тутилиши, инвагинация, реактив панкреатит ва аппендицит катта ёшдаги болаларда бўлади. Бошқа махсус асоратларга – ичак тушиши ва перитонит, ичакдан қон кетиш.

Носпецифик асоратларга илк ёшдаги болаларда учровчи отит ва пневмония (ОРВИ қўшилганда), сийдик йўллари инфекцияси, ичаклар дисбактериози ва кам ҳолларда гемолитико-уремик синдром.

ТАШҲИСОТИ. Ташҳисот асосини эпидемиологик маълумотлар, анамнез, беморнинг синчковлик билан клиник текширилиши, ректорومانоскопик ва лаборатор текширув натижалари ташкил қилади. Эпидемиологик маълумотлар катта диагностик аҳамиятга эга. Баъзан ичбуруғ клиникаси билинар-билинемас ифодаланган бўлса ва лаборатор маълумотлар манфий бўлганда, эпид. анамнезда бемор оиласида ёки жамоасида шунга ўхшаш ҳоллар борлиги аниқланади. Бу эса юқумли ич кетиш ва ичбуруғни гумон қилишга асос бўла олади. Ректорومانоскопия натижаларини таҳлил қилишда шунга эътибор бериш керакки, йуғон ичакнинг дистал қисмида аниқланган ўзгаришлар фақат ичбуруғгагина эмас,

балки бир нечта ичак касалликларида ҳам кузатилиши мумкин. Лекин бу ректорومانоскопиянинг ташҳисотдаги аҳамиятини ишкор этмайди.

Лаборатор усуллардан беморнинг ичак ажратмаларидан бактериологик текшируви мусбат натижалари энг ишончли ҳисобланади. Бунинг учун бемор тувагидан нажас келганидан сўнг дарҳол олинади ва Петри косачасига жойлашган Плоскирев ёки Левин муҳитларига экилади. Бемор ўрни олдида экишнинг имконияти бўлмаганда нажас тампон ёрдамида олинади ва консервант (20% ли глицирин эритмаси, 0,85% ли натрий хлориди) ли пробиркага солинади. Ичакнинг ювинди сувларини бактериологик текшириш керак. Текширув учун материал беморга антибиотиклар ва сульфаниламидлар тайинланишидан олдин олинishi керак. Бактериологик экишдан илгари ичак ажратмаларига дезинфекцияловчи моддалар билан ишлов берилмаслик керак.

ҚИЁСИЙ ТАШҲИСОТИ. Ичбуруғнинг энгил шакллари, айниқса бемор нажасида қон аниқланади қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташҳисот ўтказилади: бавосил ва тўғри ичакнинг ичкари ва ташқи сфинктери ёрилишлари, йўғон ичак шиллик қавати полипларида, сигмасимон ва тўғри ичакда жойлашган ўсманинг парчаланишида.

1.Бавосил ва тўғри ичакнинг ички ва ташқи сфинктери ёрилишларида тана хароратининг кўтарилиши, касалликнинг ўткир титрок ва бош оғриши билан бошланиши кузатилмайди. Бундай беморларда нажас меъёрий бўла туриб, ич келишнинг охирида шаклланган нажас устига қон кичик оқим кўринишида жойлашади. Қоринда хуружсимон оғриқ бўлмайди. Сигма симптоми ҳам аниқланмайди. Ректоскоп орқали баъзида эса оддий кўрув пайтида ичак кўрилганда, веналарнинг ёрилган чигаллари ёки сфинктернинг ёриқлари аниқланади.

2. Йўғон ичак шиллик, қаватининг полипозларида улар очилиб, қонайди. Нажас шаклланган булади. Қоринда оғриқ, сигма симптоми ичак рентгенографиясида ёки ректорومانоскопиясида полипни осон аниқлаш мумкин.

3.Сигмасимон ёки тўғри ичакда жойлашган ўсманинг парчаланишида ҳам нажасда қон аниқланади. Бундай ҳолларда ташҳис асбоблар ёрдамида текшириш ёки ичак рентгенографияси натижаларига асосланиб қўйилиши керак. Гематологик кўрсаткичлар (гемоглобиннинг камайиши, эритроцитларнинг камайиши, ЭЧТ нинг тезлашиши) бирмунча аҳамиятга эга. Ошқозон соҳасидаги оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, суюқ, нажас ўткир гастритни гумон қилишга ундайди. Лекин бунда ўткир, оғир хазм бўлувчи овқат истеъмоли билан

боғлиқлик аниқланади. Клиник манзарада овқат истеъмолидан сўнг дарҳол пайдо бўладиган ошқозон соҳасида тарқалган босим ҳисси устунлик қилади. Тана харорати меъерий сақланади. Беморни бадбўй ҳидли ва нордон кекириш, жиғилдон қайнаши безовта қилади. Қусиш беморга енгиллик ҳиссини келтиради. Суюқ нажас кейинроқ пайдо бўлади. У тез-тез келмайди ва патологик аралашмаларсиз бўлади. Бир неча соат ёки 1-2 сутка ичида қориндаги оғриқлар йўқолади нажас меъёрлашади. Тенезмлар ва ёлғон чақириқлар бўлмайди. Қориннинг олд девори пальпациясида метеоризм ва йўғон ичак оғриғсиз бўлади. Сигма аниқланмайди. Бунда бактериологик, копрологик ва асбобий текширув катта аҳамиятга эга. Ичбуруғнинг ўрта оғир ва оғир шакллари ўзининг клиник кўринишларига кўра (юқори тана харорати, томирлар ва юрак мушаклари тонусини пасайиши, талвасалар, қориндаги оғриқлар, кўнгил айниши, қусиш, суюқ нажас) овқат токсикоинфекциясини эслатади ва қиёслаш учун қийинчиликлар туғдириши мумкин. Бундай ҳолларда анамнезни синчковлик билан йиғиш керак. Овқатдан захарланиш кўпинча • қайсидир овқатни истеъмол қилган бир гуруҳ шахсларда кузатилади (оила ёки ишхонада). Касаллик қисқа муддатли яширин даврдан кейин ва барча шахсларда бирданига бошланади. Овқат токсикоинфекциясининг клиник белгилари ва уларнинг динамикаси ичбуруғдан бирмунча фарқ қилади, у ўткир гастроэнтерит белгилари билан бошланади. Биринчи бўлиб қусиш, сўнг эса ичак фаолиятининг бузилиши (ич кетиши) рўй беради. Ичбуруғда эса у иккиламчи белги ҳисобланади. Овқат токсикоинфекциясида қориндаги оғриқ киндик ва эпигастрал соҳада жойлашади, ҳамда кам ҳолларда хуружсимон бўлади. Бунда нажас мўл, бадбуй ҳидли, кам ҳолларда йиринг ва кон аралаш бўлади. Тенезм ва ёлғон чақириқлар бўлмайди. Сигма аниқланмайди. Нажас, қусуқ массаларини бактериологик текшириш катта аҳамиятга эга.

Юқори тана харорати мавжудлигида сальмонеллалар гуруҳини ажратиш учун қонни текшириш лозим. Касалликнинг 11-12 кунига келиб агглютинация реакциясидан фойдаланиш мумкин. Сурункали ичбуруғни қуйидаги касалликлар билан таққослаш керак: гастроген ич кетишлар (гипо- ва анацид гастритлар фонида), гельминтозлар, ўт пуфагининг бактериал инфекцияси, лямблиялар ёки тошлар чақирган сурункали яллиғланиши, тиреотоксикоз, ичак сили, мезаденит, декомпенсация давридаги юрак-томир касалликлари, протозойли табиатга эга касалликлар (амёбиаз, балантидиоз). Гастроген ич кетишларда касаллик секин - аста бошланади. Ичбуруғ эса у қанчалик узоқ чўзилмасин, у ўткир касаллик кўринишида бошланади. Гастроген ич кетишларда суюқ, нажас

ёғли, гўштли ёки оқсилли овқат истеъмолидан сўнг бошланади. Улар бадбуй хидли кекириши, озгина овқат қабулидан кейин ҳам ошқозон соҳасидаги оғирлик хиссига, қорин қулдурашига шикоят қилади. Қориннинг олд девори пальпациясида эпигастрал соҳада оғриқ аниқланади. Йўғон ичакнинг спазми қайд этилмайди, ичак хатто гипотоник бўлади. Нажасда патологик аралашмалар бўлмайди. Ректорومانоскопияда ўзгаришлар аниқланмайди. Узоқ муддатли ич кетиш гельминтозларда қайд этилиши мумкин. Бунда ич кетиши рефлектор тарзда гижжалар чиқиндиларининг ичакнинг секретор аппаратида токсик таъсири натижасида ривожланади. Анамнезида касаллик секин - аста бошланганлиги аниқланади. Беморлар сўлак оқиши, оғзидан нохуш маза, оч қоринга кўнгил айнишидан шикоят қиладилар. Нажас суяқ патологик аралашмаларсиз бўлади, сони ҳам кўп бўлмайди. Қоринда хуружсимон оғриқлар, ёлғон чақириқлар бўлмайди. Қориннинг дам бўлиши аниқланади. Сигма симптоми бўлмайди. Беморнинг териси рангпар бўлади. Бемор кўп овқат истеъмоли қилса ҳам, у озиб кетади. Ректорومانоскопияда ўзгаришлар аниқланмайди. Қонда аниқланувчи эозинофиллар бирмунча диагностик аҳамиятга эгадир. Нажас гижжалар йўкотилгандан сўнг меъёрлашади. Бактериялар, лямблиялар ёки тошлар сабабли ривожланган ўт пуфагининг сурункали яллиғланишида беморлар айниқса кўп овқат еганда, ёғли овқат истеъмолидан кейин ёки жисмоний юкламадан сўнг қовурға остидаги оғриққа шикоят қилишади. Уларда ўт ажралиши чегараланган бўлади, ёғлар эмульгирланмайди ва липаза таъсири остида бўлмайди. Бундай шароитда ичак фаолиятининг бузилиши рўй беради. Синчковлик билан йиғилган анамнез катта аҳамиятга эга. Қорин олд деворининг пальпациясида ўт пуфаги соҳасида оғриқ аниқланади. Сигма пайпасланмайди. Ректорومانоскопияда шиллик қаватда ўзгаришлар аниқланмайди. Копрограммада шаклли элементлар аниқланмайди.

Тиреотоксикозда ич кетиши қалқонсимон безнинг гормонитиреодиннинг вегетатив нерв системасига токсик таъсир этиши натижасида пайдо бўлади. Бунда асосан ичакларнинг ҳаракат вазифаси бузилади. Қиёсий ташҳисот вақтида тиреотоксикоз учун хос симптомлар (субфебрил тана ҳарорати, кўп терлаш, юқори нерв кўзғалувчанлик, тахикардия, бармоқлар титраши, озиб кетиш, баъзан экзофтальмия ва қалқонсимон безнинг кўзга кўринган катталашиши) ни инобатга олиш керак. Бундай беморларда нажас тез-тез келмайди, лекин у суяқ ва патологик аралашмаларсиз бўлади, Қоринда оғриқлар ҳам безовта қилмайди. Сигма симптоми аниқланмайди. Ёлғон чақириқлар бўлмайди. Копрограммада шаклли элементлар аниқланмайди. Ректорومانоскопияда шиллик, қаватда ўзгаришлар

аниқланмайди, Якуний хулоса қилиш учун қалқонсимон безни радиоактив йод ёрдамида текшириш керак.

Ичак силида бемор нажасида шиллик ва қон аниқланиши мумкин. Беморларда чуқур сил яраларидан қон кетишлар кузатилиши мумкин. Анамнезда сил билан касалланган бемор билан мулоқот бўлгани қайд этилади. Қоринда оғриқлар безовта қилмайди, фақат ўнг ёнбош соҳада пайпасланишида оғриқ аниқланади. Тенезмлар ва ёлғон чақириқлар бўлмайди. Тана харорати субфебрил бўлади. Унинг кўтарилиши куннинг иккинчи ярмида кузатилади. Беморни кучсиз бош оғриғи, кўп терлаш, тез чарчаш иштаҳанинг пасайиши безовта қилади. Ташхисни аниқлаш учун ўпка рентгеноскопияси ва рентгенографиясини ўтказиш лозим, чунки ичак сили кўпинча иккиламчи ривожланади. Ичак фаолиятининг бузилиши сил мезаденитида кузатилиши мумкин. Касаллик белгилари яширин ҳолда секин-аста сурункали сил интоксикацияси фонида ривожланади. Касаллик тўлқинсимон кечади, яъни зурайиш даврлари ремиссия даврлари билан алмашинади. Вақти -вақти билан қоринда оғриқ ва суюқ нажас пайдо бўлади. Нажас келиши сони кўп бўлмаса ҳам, у суюқ, қон ва шиллик аралашмаларсиз бўлади. Нажас келиши сони кўпайганда ва бемор ағволининг ёмонлашувида сурункали ичбуруғ билан қиёслашга зарурат туғилади. Сил мезаденитида беморлар бош оғриши, кўп терлаш, узок муддатли субфебрил тана хароратига шикоят қиладилар. Қориндаги оғриқлар йўғон ичак буйлаб эмас, балки киндик атрофида ва ўнг ёнбош соҳасида жойлашади. Оғриқлар жисмоний зўриқиш, юриш, қориннинг дам бўлиши, баъзан хўкнадан кейин кучаяди. Қорин олд деворининг пальпациясида киндик атрофида (Мек - фэнден симптоми), ҳамда ингичка ичакнинг боғланиши йўналиши бўйича оғриқлик аниқланади. Беморни чап ёнбошига ётқизилганда киндик атрофида оғриқлик аниқланади (Клиин симптоми). сигма аниқланмайди.