

DOI: <https://doi.org/10.36719/2663-4619/87/46-52>**Ələsgər Həsən oğlu Vəliyev**

Azərbaycan Tibb Universiteti

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

alaskar67@gmail.com

**Elza Qüdrət qızı Orucova**

Azərbaycan Tibb Universiteti

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

elzaqudretqizi@gmail.com

**Reyhan Rəhim qızı Bəylərova**

Azərbaycan Tibb Universiteti

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

reyhan.baylarova@gmail.com

**Mətanət Nəbi qızı Məmmədova**

Azərbaycan Tibb Universiteti

tibb üzrə fəlsəfə doktoru

m\_matanat@yahoo.com

## ŞİGELLOZUN HEMOKOLİT SİNDROMLU BƏZİ İNFEKSİON VƏ QEYRİ-İNFEKSİON XƏSTƏLİKLƏRDƏN FƏRQLİ XÜSUSİYYƏTLƏRİ

### Xülasə

Digər kəskin bağırsağ infeksiyalarına nisbətən daha çox rast gəlinən şigellos klinik formalarının, ağırlıq dərəcələrinin və nəticələrinin müxtəlifliyində, bir sıra spesifik ağırlaşmalarına görə də fərqlənir. Bəzən klinik praktikada qarında ağrı, ishal və qanlı nəcis (*hemokolit*) şigellosun kardinal təzahürləri kimi qəbul edilir və xəstəliyin etioloji, epidemioloji, patogenetik xüsusiyyətlərinə, əsas simptom və sindromlarına, laborator diaqnoz üsullarının düzgün tətbiq olunmasına və onların nəticələrinin qiymətləndirilməsinə yetərinə diqqət ayrılır. Hətta nəcisdən şigellanın tapılması belə həmin şəxsə hemokolit verən digər bağırsağ infeksiyalarını, somatik, cərrahi və onkoloji xəstələri inkar edə bilməz. Belə xəstələrin səhvən şigellos diaqnozu ilə infeksion şöbəyə gətirilməsi nozokomial infeksiya üçün əlverişli şərait yaratmaqla yanaşı, həm şigellosun, həm də digər xəstəliklərin müalicəsinin ləngiməsinə və ciddi ağırlaşmalara səbəb ola bilər.

*Açar sözlər:* şigellos, hemokolit ishal, qarında ağrı, tenezm, infeksion xəstəliklər, geyri-infeksion xəstəliklər

**Alasgar Hasan Valiyev**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

alaskar67@gmail.com

**Elza Gudrat Orujova**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

elzaqudretqizi@gmail.com

**Reyhan Rahim Baylarova**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

reyhan.baylarova@gmail.com

**Matanat Nabi Mammadova**

Azerbaijan Medical University

Doctor of Philosophy in Medicine

m\_matanat@yahoo.com

## Differential feture of shigellosis from some infectious and non infectious diseases with hemocolit sindrome

### Abstract

Shigellosis, which is more common than other intestinal infectious, differs due to the variety of clinical forms, degrees of severity and results and a number of specific complications. Sometimes, in clinical practice abdominal pain, diarrhea and bloody stool (*hemocolitis*) are considered cardinal manifestations of shigellosis and insufficient attention is paid to the etiological, epidemiological, pathogenetic features of the disease, its main symptoms and syndromes, the correct application of laboratory diagnostic methods and the evaluation of their results. Even if shigella is found in the stool, other intestinal infectious that cause hemocolitis in that person, cannot deny somatic, surgical and oncological diseases. In addition to creating favorable conditions for nosocomial infection, bringing sick patients to the infectious department with a mistaken diagnosis of shigellosis can delay the treatment of shigellosis and other diseases and cause serious complications.

**Keywords:** *shigellosis, hemokolitis, diarrhea, abdominal pain, tenesm, infectious diseases, non-infectious diseases*

### Giriş

Klinik-anamnestik məlumatlara əsasən kliniki formalarının müxtəlifliyini, ağırlıq dərəcələrini, əsas simptom və sindromlarını, laborator və alətlərlə müayinələrin nəticələrini nəzərə alaraq kəskin şigellozu və onun xroniki formalarını hemakolit sindrom ilə təzahür edən infeksiyon və qeyri infeksiyon xəstəliklərdən erkən fərqləndirilmək olduqca vacib əhəmiyyətə malikdir. Bu nozokomial infeksiyanın profilaktikası ilə yanaşı, bir sıra qorxulu ağırlaşmaların da qarşısını almağa imkan verə bilər.

Şigellozu və kliniki gedişi ona oxşar xəstəlikləri differensə etmək üçün 2008-2021-ci illər ərzində şigelloz və kəskin enterokolit, gastroenterit diaqnozları ilə infeksiyon şöbəyə gətirilmiş və ambulator olaraq müraciət etmiş 129 xəstə üzərində müşahidə aparmışıq. Diaqnozun dəqiqləşdirilməsi məqsədilə klinik-anamnez, epidemioloji və obyektiv məlumatlarla yanaşı, laborator və alətlərlə müayinələrdən də istifadə olunmuşdur.

Laborator üsullarından nəcisin və qanın ümumi müayinəsi, nəcisin mikro və makroskopiyası, əkilməsi, parazitoloji analizi, qanın aqqlütinasiya (AR), hemaqqlütinasiya (HAR) reaksiyaları, rektoromanokopiya (RRS), kolonofibroskopiya (KFS), irriqoskopiya (İRS) tətbiq edilmişdir. Qeyri-infeksiyon xəstəliklərə şübhə yarandıqda müxtəlif mütəxəsislərlə məsləhət aparılmış, lazım gəldikdə əlavə müayinələr icra olmuşdur. Diaqnozun tez araşdırılması üçün müayinə üsullarını erkən və təkrarən tətbiq etmişik.

Kompleks və təkrar müayinələrin köməyi ilə müşahidəmiz altında olan 129 xəstənin 95 nəfərində (74,2%) müxtəlif etiologiyalı şigelloz aşkar etmişik. Onlardan Fleksner şigellozu – 56, Zonne – 32 və Şiqa şigellozu – 7 nəfərdə bakteroloji və sero-immunoloji təsdiq olunmuşdur. İlk müayinədə nəcisin makroskopiyası – onun konsistensiyası, rəngi, iyi və patoloji qarışıqların – selik, qan, irinin müəyyən edilməsi və koprositoqramada – nativ yaxmada nəcisdə selik, eritrosit, leykosit və epitel hüceyrələri, xüsusilə selik yumaqcıqlarında çoxlu leykositlərin tapılmasına diqqət yetirilmişdir. Xəstəliyin 5-7-ci günlərindən sonra qospializə olunanlara – seroimmunoloji reaksiyalar və lazım gəldikdə differensial diaqnoz məqsədilə alət müayinələri tətbiq olunmuşdur. Nəticədə 19 nəfərdə (14%) şigelloz diaqnozu əvəzinə digər kəskin bağırsağ infeksiyaları – salmonelloz – 9, qida toksikoinfeksiyaları – 5, bağırsağ yersiniozu – 2 və helmintozlar – 3 nəfərdə aşkar edilmişdir. Səhvən şigelloza şübhə diaqnozu ilə infeksiyon şöbəyə gətirilmiş 15 nəfərdə (11,8%) proqnostik daha qorxulu xəstəliklər – qeyri-spesifik xoralı xolit – 2, appendisit – 1, bağırsağ keçməzliyi – 3, düz bağırsağın polipi – 3, çatı – 2, daxili babasili – 1, xərçəngi – 2, bağırsağ infarktı (aytopsiyada) – 1 nəfərdə tapılmışdır.

Beləliklə, kliniki simptomların bəzi oxşarlığına görə biz (Vəliyev, 2013: 168-178) şigellozun dörd qrup xəstəliklərlə differensə edilməsini məqsəduyğun hesab edirik (Cədvəl 1).

## Cədvəl 1.

## Şigellozla differensasiya edilməli xəstəliklər qrupu

| İnfeksiyon və parazitər xəstəliklər                                                                                                                                                     | Somatik xəstəliklər                                                                                                                                               | Cərrahi xəstəliklər                                                                                                                  | Onkoloji xəstəliklər                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Salmonelloz<br>Yersinioz<br>Klebsielloz<br>Qida toksikoinfeksiyası<br>Vəba<br>Bağirsaq vərəmi<br>Amöbiyoz<br>Balantidiaz<br>Askaridoz<br>Ləmblioz<br>Disbakterioz<br>Psevdomebranoz kol | Qeyri-spesifik xorali kolit<br>Qıcıqlanmış bağırsağ sindromu<br>Xroniki enterit və kolitlər<br>Kron xəstəliyi<br>Tireotoksikoz<br>Seliakiya-qlüten enteropatiyası | Mezenterial damarların trombozu<br>Bağırsağ infarktı<br>İnvaginasiya<br>Babasilin kəskinləşməsi<br>Düz bağırsağın çatı<br>Appendisit | Düz bağırsağın xərçəngi<br>Düz bağırsağın polipi<br>Kəskin leykoz |

Klinik-anamnez məlumatlarının təhlili göstərmişdir ki, erkən dövrdə səhv diaqnozun başlıca səbəbi şigellozun əsas sindromlarının və onların ardıcılığının nəzərə alınmaması olmuşdur. Belə ki, patogenetik olaraq şigelloz adətən ümumi intoksikasiya əlamətləri – üşütmə, qızdırma, baş ağrısı, əzginlik, əhvalın pozulması ilə başlayır və 1-2 gün, ya daha tez qarında diskomfort hissi, köplük, qeyri-müəyyən lokalizasiyalı ağrı qoşulur. İntoksikasiya əlamətlərinin ardınca (ya onlarla birlikdə) kolit sindromunun təzahürləri – defekasiyanın sürətlənməsi – əvvəlcə formalaşmış nəcis, sonra selik və qan bulaşmış bağırsağ möhtəviyyəti görünür (Shuvalova i dr., 2016; Manov, 2005: 10-16; Gerald, 2004: 137-144). Klassik hallarda defekasiyanın sayı artdıqca bağırsağ möhtəviyyətinin kütləsi azalır, bəzən o, ancaq selik və qandan, ya az miqdar selikdən (“*düz bağırsağ bəlgəmi*”) ibarət olur, ağır hallarda irin də görünür. Adətən defekasiya qarında, çox vaxt sol qalça çuxurunda (“*sol tərəfli kolit*”) ağrı tutmasından sonra baş verir, aralıqda, düz bağırsağ və onun sfinkterində göynəmə, yanğı hissi, yəni *tenezmlə* müşayiət olunur (Buxarin, 2003: 180; Richard, 2011: 141). Bu ardıcılıqla inkişaf edən şigellozun kliniki diaqnozu asanlıqla müəyyən edilir. Lakin oxşar kliniki əlamətlər salmonelloz, bağırsağ yersiniozu, balantidiaz, klebsielloz, amöbiyoz xəstəliklərində də rast gəlinir (Bogomolov, 2000: 232; Malviy, 2008: 156-167).

Amöbiyoz üçün ilkin intoksikasiya əlamətlərinin olmaması, ağrının daha çox kor bağırsağ nahiyəsində (“*sağ tərəfli kolit*”) yerləşməsi, seliyan qanla qarışmış “*moruq jelesin*” xatırlatması, qaraciyərin hepatit və abses şəkilli zədələnmələri daha xarakter sayılır. Defekasiyadan dərhal sonra isti nəcisdən vegetativ forma amöbün (sist diaqnoz üçün əsas ola bilməz) tapılması diaqnozu təsdiq etmişdir.

Salmonelloz, qida toksikoinfeksiyası, bağırsağ yersiniozu gastroenterit əlamətlərilə başladıklarına, orqanizmin tez susuzlaşmasına, nəcisin çox, sulu olmasına, patoloji qarışıqların az və ya heç tapılmamasına görə şigellozun kolitik formasından fərqlənirlər (Yushuk, 2012: 400; Vəliyev, 2021:138; Orucova, 2022: 93-97). Bu xəstəliklərdə ağrı bütün qarına yayılır, defekasiyaya meyl yaratmır.

Qida toksikoinfeksiyasında (QTİ) mədə nahiyəsi, salmonellozda epiqastral, göbəkətrafi və sağ qalça çuxuru (“*salmonelloz üçbucağı*”), bağırsağ yersiniozunun terminal ileit, appendisit formalarında əsasən sağ qalça çuxuru ağrıyır. Lakin qida toksikoinfeksiyasını *sereus* və *perfringens* bakteriyaları törətdikdə nəcisin xarakteri şigellozu xatırlatmışdır. Şübhəli qidanı yedikdən 30 dəq. – 5-6 saat sonra bir qrup şəxslərin xəstələnməsi QTİ klinik diaqnozunu asanlaşdırır.

Balantidiazın simptom və sindromları-kəskin intoksikasiya əlamətləri ilə başlaması və kolit sindromunun qoşulması şigelloza daha çox oxşayır (Shelley, 2019; Kazantsev, 2013: 496; Mengz, 2019: 21). Lakin yoluxma faktoru kimi donuz məhsulları, donuzun ifrazatları ilə çirklənmə

balantidiazın epidemiologiyasında əsas yer tutur. İsti nəcisin parazitoloji müayinəsi qısa müddət ərzində diaqnozu dəqiqləşdirməyə imkan verir.

Şigellozun qeyri-infeksiyon xəstəliklərlə differensiasiyası, əsasən ishal, hemokolit təzahürlərinə görə diqqət çəkir (Cədvəl 2). Nəcisdə qanın olması, virus hepatitlərində sarılıq kimi bu xəstəliklərin əsas əlamət hesab edilsə də hər iki xəstəliyin ilkin intoksikasiya təzahürləri ilə başlanması nəzərdən qaçırılmamalıdır (Vamulin, 2015: 4).

Somatik xəstəliklər, azotemik uremiya (xroniki qlomerulonefrit mənşəli), tireotoksikoz, qeyri spesifik xorali kolit, seliakiya (*glüten enteropatiyası*) da ishal verməklə şigellozun bəzi kliniki formalarına oxşaya bilər. Lakin anamnez məlumatları, qidanın xarakteri (tərkibində qlüten zülalı olan dənli bitkilərdən hazırlanmış ərzaqlar) şigelloz üçün vacib olan müayinələrin mənfi nəticələri differensiasiyada nəzərə alınmalıdır (Gromnatskiy, 2010).

Şigellozun differensial diaqnozunda RRS, İRS, KFS müayinələri xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Belə ki, RRS köməyi ilə S-vari bağırsağın distal hissəsində, düz bağırsaqda və onun sfinterində kəskin hiperemiya, hemorragiya ilə yanaşı fibrinoz-nekrotik dəyişikliklərin təzahürü olan eroziya və xoralar tapılır. Onların tam bərpası bəzən 5-6 həftəyə qədər uzanır. Amöbiyozda düz bağırsaq və siqma fərqli dəyişikliklərə uğrayır: selikli qişanın normal ya az heperemiyalaşmış məhdud səthində xoralar tapılır. Salmonelloz selikli qişada diffuz hiperemiya və kataral hemorragik iltihab versə də, bu dəyişikliklər steriotip xarakter daşıyır.

## Cədvəl 2.

### Şigellozun qeyri-infeksiyon hemokolit sindromlu xəstəliklərdən fərqli xüsusiyyətləri

| Əlamətlər            | Şigellozun kolitik forması                                                                                                                                          | Qeyri-spesifik xorali kolit                                                                            | Bağırsaq keçməzliyi                                                                              | Mezenteral damarların trombozu                                                                                                                          | Düz və S-vari bağırsaqların xərcəngi                                                                                                          |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Başlanğıc dövr       | Yüksək qızdırma, baş ağrısı, halsızlıq və diskomfort hissi, narahatlıq, iştaha və yuxu pozğunluğu                                                                   | Tədricən artan zəiflik, qarında diskomfort, köp, az ağrı. Qan bulaşmış, formalaşmış nəcislə defekasiya | Qəflətən qarında tutmaşəkili davamlı ağrı                                                        | Qəflətən bütün qarına, göbəyə, belə yayılan ağrı getdikcə gücənir. Çox vaxt 40-50 yaşlı ÜDX olanlar xəstələnilir.                                       | İlk simptom – gizli bağırsaq qanaxması, bəzən bağırsaq keçməzliyi, gəbizlik, köp, qarında tutmaşəkili ağrı. 60 yaşdan yuxarı çox rast gəilir. |
| Əlamətlərin inkişafı | Qızdırma, qarında yayılmış ağrı, ishal, nəcis əvvəlcə formalaşmış, sonra siləvari ya duru olur. Defekasiya gücənmə və tenezmlə – ağrı, göynəmə ilə müşayiət olunur. | Şiləvari nəcis, qızdırma, arıqlama, anemiya sindromu. EÇS xeyli yüksəlir, tenezm və boş gücənmə olur.  | Nəcis və qaz çıxmır. Qarında tutmaşəkili ağrı artır. Peritonit inkişaf etdikdə qızdırma qoşulur. | Ürəkbulanma, qusma, hipotoniya, taxikardiya, dəri solğunlaşır, xəstənin vəziyyəti sürətlə pisləşir. Yeməkdən və hərəkətdən sonra qarında ağrı güclənir. | Tədricən dehidratasiya, anemiya sindromu, zəiflik, arıqlama baş verir, iştaha itir. İshal tenezm və gücənmə vermir.                           |

|                             |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                  |                                                                                                                      |                                                                                                                                    |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Defekasiyanın sayı          | Gün ərzində 4-5, 30-40 dəfə, bəzən saysız-hesabsız                                                                                                | Gündə 3-5, bəzən 7-8 dəfə siləvari ya formalaşmış nəcislə defekasiya                                                                       | Əvvəlcə 1-2 dəfə defekasiya olur, sonra nəcis və qaz çıxmır                                                                                      | Əvvəlcə 2-4 dəfə siləvari nəcislə defekasiya, sonra ishal və qəbizlik növbələşir.                                    | Pis iyli nəcisdə ishal və qəbizlik əvəzlənir, meteorizmlə müşayiət olunur.                                                         |
| Nəcisdə patoloji qarışıqlar | Selik və qan əvvəlcə nəcisə bulaşır, sonra qarışıq şəkildə olur, ağır hallarda selik və qan, ya tək-cə selik ("düz bağırsağ bəlgəmi") xaric olur. | Nəcisə müxtəlif mütənasiblikdə selik, qan və irin qarışır.                                                                                 | Olmur                                                                                                                                            | Duru və siləvari nəcisə qan qarışa bilər.                                                                            | Düz bağırsağ xərcəngində nəcisdə selik qan, irin, şişin hissələri tapılır.                                                         |
| Qarının palpasiyası         | Qarın yumşaq, siqma kəndir kimi bərk və ağrılı olur.                                                                                              | Qarın yumşaq, yoğun bağırsağ boyu ağrılı. Hepatosplenomeqaliya.                                                                            | Qarın divarı gərginləşir, bağırsağın peristaltikası sürətlənir, meteorizm olur.                                                                  | Qarın köp və gərgin olur, əzələləri bərkiyir.                                                                        | Qarın yumşaq, siqma ağrılı və spastik yığılmış olur. Bütün qarında timpanit müəyyən edilir, meteorizm                              |
| Laborator diaqnoz üsulları  | Nəcisin makro və mikroskopiyası, əkilməsi (təkrarən), AR, QHAR, PZR. Qanda xarakter dəyişiklik olmur: leykositoz, normositoz, EÇS artır.          | Koproqram, Qreqersen reaksiyası. Biopsiya, bakteriooloji analiz, qanda-eritropeniya, leykositoz, Hb-azalır.                                | Qanda ola bilər leykositoz, sola meyl, EÇS-in az artması, anemiya əlamətləri, hemotokrit artır. Su-elektrolit, turşu-qələvi balans pozula bilər. | Gec dövrdə leykositoz, sola meyl, bağırsağ nekrozlaşdıqda – LDH, amilaza artır, nəcisdə eritrosit, leykosit tapılır. | Şişin eksudatında leykositlər, eritrosit, xərcəng hüceyrələri. Qanda leykositoz, EÇS artır.                                        |
| Alətlərlə müayinə           | RRS – kataral, kataral-hemorragik, eroziv, xorali proktosigmoidit, sfinkterit aşkar olunur.                                                       | RRS, KFS – yoğun bağırsaqda eroziya, xoralar, dibində irin aşkar edilir. Selikli qişa asan zədələnir, kələ-kötür olur – "daş döşənmiş yol" | Laproskopiya, irriqoskopiya, USM, laparotomiya Rskopiyada-nazik bağırsaqda mayenin üfqi vəziyyəti, ilgəklərin havalı olması.                     | Qarın KT, USM müayinəsi, laparoskopiya, laparotomiya                                                                 | Düz bağırsağ xərcəngində barmaq və RS müayinəsi, yuxarı şöbələr xərcəngində – RRS, KFS, İRS, biopsiya qaraciyərin USM-də metastaz. |

Qeyri-spesifik xorali kolitdə selikli qışa diffuz qızarıq, şişginləşir, asan zədələnilir, nahamvar (“*daş döşənmiş yol*”) olur, çoxlu hemorragiya, qan axıdan eroziya və xoralarla örtülür (Nikiforov, 2017: 79-80; Gilbert, 2013: 640). Xoranın dibi dərində yerləşir, irinlə örtülür. Formalaşmış, bəzən siləvari nəcisdə qanın olması hec bir intoksikasiya (qızdırma, ümumi zəiflik, baş ağrısı və s.) əlamətlərinin verməməsi düz bağırsağın çatı, kolorektal şişlər və babasilin kəskinləşməsi üçün xarakterdir. Bu xəstəliklər paraproktitlə ağırlaşdıqda intoksikasiya, defekasiyanın sürətlənməsi, ağırlı olması qoşulur.

Düz bağırsağ xəstəliklərinə şübhə yarandıqda, ilk növbədə, barmaqla müayinə, RS, RRS tətbiq edilmişdir. QSXK, yoğun bağırsağın yuxarı şöbələrinin xərcəngi və polipində KFS, irriqoskopiya daha informativ olmuşdur. Endoskopik müayinələr biopsiya və bakteriooloji, parazitoloji, mikroskopik müayinələrə material götürülməsi üçün də imkan yaratmışdır. Şigellozda alət müayinəsini, xüsusilə RRS ancaq differensial diaqnoz məqsədilə və obliqat qrup xəstələrdə morfoloji sağılmanı müəyyən etmək üçün tətbiq etmişik.

### Nəticə

Şigelloz tipik antroponoz və tipik bağırsağ infeksiyası olub, müxtəlif klinik formaları, ağırlıq dərəcələri, bağırsaqlarda daha dərini funksional-morfoloji dəyişikliklər törəməsi və xroniki formalara keçməsi ilə fərqlənir. Mədə-bağırsağ orqanlarının xroniki xəstəlikləri – xroniki qastrit, enterokolit, pankreatit, disbakterioz və s. çox vaxt şigellozdan sonra yaranır. Bununla yanaşı, şigelloz üçün xarakter olan ishal, qarında ağrı və nəcisə qan qarışması onun bəzi kəskin bağırsağ infeksiyalarından, somatik cərrahi və şiş xəstəliklərindən fərqləndirilməsini çətinləşdirir. Nəticədə həm şigelliozun, həm də oxşar xəstəliklərin təxirə salınmaz müalicə və profilaktikası mümkün olmur. Odur ki, şigellozun patogenetik və klinik xüsusiyyətlərini – əsas sindromlarını (intoksikasiya və kolit), sıqmanın dəyişikliklərini və epidemioloji anamnezi nəzərə alaraq xəstəliyin erkən dövründə diaqnoz qoymaq, onun oxşar xəstəliklərdən fərqləndirmək lazımdır. Sadə müayinə üsulları – nəcisin makro və mikroskopiyasının köməyi ilə və differensasiya üçün alət müayinələrindən də istifadə etməklə, ilk növbədə, qorxulu ağırlaşmalar verən qeyri-infeksiyon xəstəlikləri inkar etmək lazımdır.

### Ədəbiyyat

1. Vəliyev, Ə.H. (2013). İnfeksiyon xəstəliklər. Dərslik, s.168-178.
2. Shuvalova, Y.P., Belozero, Y.S. i dr. (2016). Infektsionnyye bolezni.
3. Manov, V.A., Gorbochenko, A.N. (2005). Shigelly. Lechashchiy vrach, № 3, s.10-16.
4. Gerald, T., Kensch., Mohammed, A., Salam, J., Kopecko. (2011). Shigellosis, p.137-144.
5. Bukharin, O.V., Bondarenko, V.M. (2003). Shigelly i shigellezy, s.180.
6. Richard, J., Gkerrant., David, H., Wolker., Peter, F. (2011). Health Sciences, p.141.
7. Bogomolov, B.P. (2000). Diff. diagnostika infektsionnykh bolezney, s.232.
8. Malyy, V.P., Volobuyeva, O.V. (2008). Shigellez. Meditsina, s.150-167.
9. Yushchuk, N.D., Martynov, Y.B., Kuligina, M.G. (2012). TEOTAR. Med., s.400.
10. Vəliyev, Ə.H., İbrahimova, G.X., Əhmədova, S.İ. (2021). Salmonelloz, s.138.
11. Orucova, E.Q., Vəliyev, Ə.H., Bəylərova, R.R., Bağırova, M.H. (2022). Yersinioz infeksiyasında toksikallergik təzahürlərin xüsusiyyətləri. Azərbaycan Allergoloq, immunoloq və immuno reabilitoloqların VI Milli Beynəlxalq Konfransı, s.93-97.
12. Shelley, M.P. (2019). Laboratory Cultivation and storage of Shigelle. Current Protocols in Mikrobiolojy.
13. Kazantsev, A.P., Kazantsev, V.A. (2013). Differentsialnaya diagnostika infektsionnykh bolezney, s.496.
14. Mengz, Z.Q., Duan, R. at al. (2019). Doi 10.3760
15. Vamulin, N.T., Sheveleka, A.N. i dr. (2015). Nespetsificheskiy yazvennyy kolit. Arkhivnutrenney meditsiny, № 4.
16. Gromnatskiy, N.I. (2010). Bozlezni organov pishchevareniya.

17. Nikiforov, V.V., Shakhmardanov, M.Z., Vurova, S.V., Tomilin, Y.N. (2017). Evalyutsiya etiotropnogo lecheniya shigelleza. Meditsinskiy sovet, № 4, s.79-80.
18. Gilbert, D. (2013). Antimikrobnaya terapiya po Dzheyu Cehffogy, s.640.

Göndərildi: 22.11.2022

Qəbul edildi: 19.01.2023