

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

«Тасдиқлайман»
Ўқув ишлари бўйича проректор
Проф Баймурадов Ш.А.

«27» август 2023 й.

2-СОНЛИ ФАКУЛТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ЖАРРОҲЛИК КАФЕДРАСИ

Фан: факультет жаррохлик

**«ЎПКАНИНГ ЎТКИР ВА СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ДЕСТРУКТИВ
КАСАЛЛИКЛАРИ»**

мавзуси бўйича амалий машғулоти
ТАЪЛИМ ТЕХНОЛОГИЯСИ

Тошкент 2023

Тузувчилар:

Кафедра мудири т.ф.д. профессор Акбаров М.М.

Т.ф.д. доцент Ирисов О.Т.

Ассистент Отамирзаев К.А.

Методик қўлланма Тошкент тиббиёт академияси даволаш ва тиббий-педагогика факултети талабалари учун тузилган.

Таълим технологияси ТТА 2-сонли факултет ва госпитал хирургия, трансплнтология кафедраси йиғилишида тасдиқланган. 1-сонли баённомаси, «27» август 2023 й.

ТЕМА: ЎПКАНИНГ ЎТКИР ЙИРИНГЛИ-ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

1. Ўқиш машғулотида ўқитиш технологияси модели

Вақт – ишчи ўқув дастурига асосан		Талабалар сони: 8-10та.	
Машғулот шакли		Амалий машғулотлар ўқув хоналарида интерактив ўқитиш усуллари ердамида ўтказилади	
Машғулот ўтказиш жойи		Амалий машғулот 1 сонли факультет ва госпитал жарроҳлик кафедраси ва ТТА кўп тармоқли клиникасида ўтказилади (ўқув хоналари, палаталар, боғлов хоналари, поликлиника, стационар)	
Ўқув машғулотни структураси		1. Кириш қисми. 2. Амалий қисм: курация, амалий кўникмаларни бажариш, амалий қисмни таҳлил қилиш. 3. Теоретик қисм. 4. Баҳолаш. 5. Ўқитувчи томонидан дарсни тамомлаш.	
Машғулотнинг мақсади: Талабалар учун касб-хунар эга бўлишда таергарликни муҳимлигини ифодалаб мавзуни асослаш. Талабаларни тегишли жарроҳлик касалликлари билан, унинг ривожланиш сабаблари, клиник кечимини ўзига хос хусусиятлари, диагностикаси, дифференциал ташхислаш, оптимал даволаш усуллари, операциядан кейинги даврни бошқариш, беморларни реабилитация қилиш билан таништириш.			
Ўқитувчи вазифалари: - Талабаларнинг касалликнинг кечиши ва клиникаси ҳақида билимларини мустаҳкамлаш ва чуқурлаштириш. - Муҳокама қилинаётган патологиянинг клиник хусусиятлари ва мумкин бўлган вариантларини муҳокама қилиш. - Бошқа касалликлар билан дифференциал диагностика тамойилларини тушунтириш. - Касалларни ўз вақтида эрта аниқлаш ва жиддий асоратларни ривожланишидан олдин даволаш учун		Ўқув натижалари: <u>Талаба билиши лозим:</u> - диагностика ва дифференциал диагностика услублари; - ташхисни асослаш ва рационал давони танлаш учун инструментал-диагностик текширувларни интерпретация қилиш; - ушбу беморларнинг амалиёт олди тайёрлашнинг ўзига хос хусусиятлари; - оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар, уларнинг ўзига хослигини билиш; - амалиёт даври ва ундан кейинги даврда асоратларни олдини олиш; - жарроҳлик касалликлари билан хасталанган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш; - махсус текширув усулларни ўрганиш. <u>Талаба бажара олиши лозим:</u>	

ихтисослаштирилган муассасаларга юбориш кўникмаларини ривожлантириш. - Талабаларни даволашнинг янги усуллари ва профилактика чоралари билан таништириш.		- Амалий кўникмаларни бажара олиши – жаррохлик касалликлари билан хастланган беморларни текшириш бўйича амалий кўникмаларни ўзлаштириш, махсус текширув усулларни ўрганиш, оператив ва консерватив даволаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни билиш.
Ўқитиш техникаси ва усуллари	Таълим комплексининг барча таркибий қисмларидан фойдаланган ҳолда ўқитишнинг интерфаол усулларидан фойдаланиш; MOODLE тизимидан фойдаланган ҳолда ўқитиш.	
Ўқитиш жиҳозлари	Ўқув қўлланмалари, ўқув материаллари, слайдлар, видео материаллар, электрон ва сканерланган дарсликлар, тиббий ҳужжатлар.	
Ўқитиш шакллари	Индивидуал, гуруҳларда ва коллектив билан ишлаш	
Ўқитиш шартлари	Ўқув хоналари, палаталар.	
Мониторинг ва баҳолаш	Оғзаки назорат: назорат саволлари, гуруҳларда ўқув вазифаларни бажариш, амалий кўникмаларни бажариш, езма назорат: тестлаш	

2. Мотивация

Талабаларнинг муҳокама қилинадиган мавзуларга қизиқишини ошириш учун асоратларни ривожланишига қадар ўз вақтида адекват даволаниш зарурлигини ва улар пайдо бўлганда диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитациянинг энг информатив ва замонавий усуллари билан таништириш. Талабаларнинг клиник тафаккурини ривожлантириш. Жаҳон тиббиёти ва умумий амалиёт шифокори нуқтаи назаридан муаммонинг замонавий кўринишини ишлаб чиқиш.

3. Фанлараро ва фан ичида боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал анатомия, нормал ва патологик физиология фанлари бўйича билимларига асосланади. Дарс давомида олинган билимлар бошқа клиник фанларни ўрганилганда керак бўлади.

4. Дарснинг мазмуни

Ўпканинг йирингли касалликлари ёки ўпканинг ўткир инфекцион деструкцияси– носпецифик патоген микроорганизмлар таъсирида ўпка тўқимасининг яллиғланиш инфильтрацияси ва кейинчалик йирингли ёки чиришга (деструкция) мойиллиги билан тавсифланган патологик жараён (специфик деструкцияларга туберкулёзда казеоз пневмония, сифилитик гумма ва б. Мисол бўлади). Деструкциянинг характериға қараб ўпка хўппози (абсцесси), гангрена ва гангреноз хўппози (абсцесси) фарқ қилинади.

Ўпка ўткир абсцесси – бу ўпканинг некрозга учраган тўқималарини йирингли ёки чириш натижасида парчаланиши, у йиринга тўла ёки йирингли суюқлик сатҳига эға бушлик ҳосил қилиб, пиоген капсулага эға бўлади ва соғлом ўпка туқимасидан перифокал инфильтрация орқали ажралиб туради (кўп ҳолларда битта сегмент чегарасида бўлади).

Ўпка гангренаси - ўпканинг катта бир қисмини аниқ чегараға эға бўлмаган йиринглаб чириган некрози бўлиб, тезда тарқалиши, жуда оғир клиник кечими билан харқтерланади (кўп ҳолларда бир ёки ундан кўп ўпка бўлағи чегарасида ва пиоген капсула билан чегараланмаган).

Ўпка гангреноз абсцесси – бунда йирингли чириш ўчоғи чегараланишға мойил бўлади ва ўпканинг гангренаға учраган қисмида демаркация чизиғи ҳосил бўлиб, йирингли бўшлик деворига ёки эркин ётган ўпка тўқимаси секвестрлари ҳосил бўлади. Бўндай ҳолатда чегараланган гангрена тушунилади.

Этиология:

1) Бактериялар:

❖ Аэроблар:

- грамусбат микрофлора (пневмококклар, стафилококклар)
- грамманфий микрофлора (Escherichia, Citrobacter, Klebsiella, Proteus,

Pseudomonas)

❖ анаэроб микроорганизмлар

2) Замбуруғлар: ачитқисимон замбуруғлар, аспергиллалар ва патогенлиги бўйича замбуруғларға яқин бўлган актиномицетлар (кўпинча ўзоқ антибактериал терапия фонида)

3) Вируслар (бронхлар эпителийсида яллиғланиш ва некротик ўзғаришлар → ҳужайра ва гуморал имунитетнинг сусайиши → микроорганизмлар кўпайиши учун озикавий субстратнинг (мухитнинг) ҳосил бўлиши)

4) Кам учрайдиган: ўпка амебали абсцесслари, риккетсиялар, хламидиялар, микоплазмалар.

Ўпка ўткир йирингли-деструктив касалликлари классификацияси

Патогенези бўйича	• Бирламчи • Иккиламчи
Келиб чиқишиға кўра	• Бронхоген - аспирацион, постпневмоник, обтурацион; • Тромбоэмболик - микроб тромбоэмболик, асептик тромбоэмболик; • Посттравматик • Бошқа келиб чиқиш (шу билан бирға йирингни ёндош органлардан ўтиши)
Морфологик ўзғаришларға кўра	• Ўткир йирингли абсцесс • Ўткир гангреноз абсцесс (чегараланган гангрена) • Тарқалган гангрена

Этиологияси бўйича	• Аэроб микрофлора чақирган • Анаэроб микрофлора чақирган • Бошқа нобактериал флора чақирган (содда жонзотлар, замбуруғлар ва б.) • Аралаш микрофлора чақирган (шу билан бирга вирусли-бактериал)
Тарқалиши бўйича	• Якка ва кўплаб • Бир ва икки томонлама
Жойлашувигв кўра	• Маркази • Периферик (кортикал, субплеврал)
Оғирлилик даражаси бўйича (беморнинг клиник ҳолати)	• Енгил • Ўрта • Оғир • Ўта оғир даража
Асоратларига кўра	• Пиопневмоторакс ёки плевра эмпиемаси • Ўпкадан қон кетиш • Сепсис • Кўкрак қафаси девори флегмонаси • Қарамағарши ўпка зарарланиши • Йирингли перикардит • Медиастинит

Патогенез:

- 1) ўпка паренхимасида ўткир инфекцион-яллиғланиш жарайони (эндотоксикоз синдроми);
- 2) бронхлар ўтказувчанлигини бузилиши;
- 3) қон айланишининг бузилиши ва ўпка тўқимасининг некрози.

Клиника ва ташхислаш. Ўпка абсцесси ва гангренасининг клиник кечими патогенезига қараб, ўпканинг некрозга учраган хажмига, касалликнинг босқичига, деструкция жараёнини жадаллигига, асоратларнинг ривожланиши, фон касалликлар, организмнинг реактивлигига қараб турли хил бўлади.

Классик равишда ўпка ўткир абсцессида яққол 2 босқич тафовут этилади:

- 1) ўткир инфекцион яллиғланиш ва ўпкада йирингли-некротик деструкция ўчоғининг ҳосил бўлиши.
- 2) очиқ ўпка йиринги, яъни йирингли ўчоқнинг бронхга ёрилиши.

Бирингчи босқич учун характерли:

- Касалликнинг умумий ҳолсизлик, титроқ, бош оғриғи билан бошланиши;
- Тана ҳарорати кўтарилиши (одатда баланд 39-40°Сгача, интермитирланувчи характерга эга, титроқ ва кўп терлаш билан);
- Йўтал (қуруқ ёки кам миқдорда балғам билан);
- Кўкракқафасида оғриқлар (маълум бир чегарага эга).

Физикал текширувда:

- Зарарланган томоннинг нафас олиш актида ортида қолиши;
- Зарарланган ўпка проекциясида перкутор товушнинг қисқариши ёки бўғиқ бўлиши. Перкуссия ёки пальпацияда шу соҳада оғриқ (Крюков симптоми);

- Аускультацияда дағал товуш (дағал, бронхиал, сустанас), патологик шовқинларнинг пайдо бўлиши (хўл, майда пуфакчали хриплар, крепитация).

Типик клиник белгилар *иккинчи босқичда* пайдо бўлади:

- Йирингли балғам чиқиши (олдинги шифокорлар тилида айтганда “ўпка абсцесси диагнози беморларнинг балғам йиғувчи идишида ёзилган”). Балғам йирингли, ики (пастки – йирингли, тепа – сероз қават) ёки уч қават, кулранг-сарик рангда ва кўп миқдорда;
- Йирингли ўчоқнинг бронхга ёрилиши – бир вақтнинг ўзида кўп миқдордаги балғамнинг ажралиши;

- Бемор чиқазаётган ҳавода чиришли хиднинг бўлиши.

Физикал текширувда:

- Перкуссияда бўғиқ товуш чегараларнинг кичрайиши;
- Баъзан шу жойда перкуссияда тимпаник товуш пайдо бўлади;
- аускультацияда специфик товуш феномени - “амфорик нафас”, “чайқалиш” шовқини, “тушаётган томчи” товуши.

Бемор ҳолатининг оғирлашиши дренажловчи бронхнинг ўтказувчанлигининг янгитдан бузилиши билан боғлиқ. Йирингли бўшлиқда йирингнинг тўпланиб қолиши кузатилади ва бу беморнинг тана ҳароратини кўтарилиши, умумий ҳолатининг ёмонлашуви ва йирингли интоксикация белгиларини пайдо бўлиши билан кечади. Шуни ҳам таъкидлаш жоизки, ўпка ўткир яллиғланишининг рентгенологик белгилари клиник белгилардан бир мунча ортда қолади.

Ўпка гангреноз абсцессининг клиник кечими нисбатан оғир кечиши билан фарқланади. Бунда биринчи планга нафас етишмовчилиги ва эндотоксикоз белгилари чиқади:

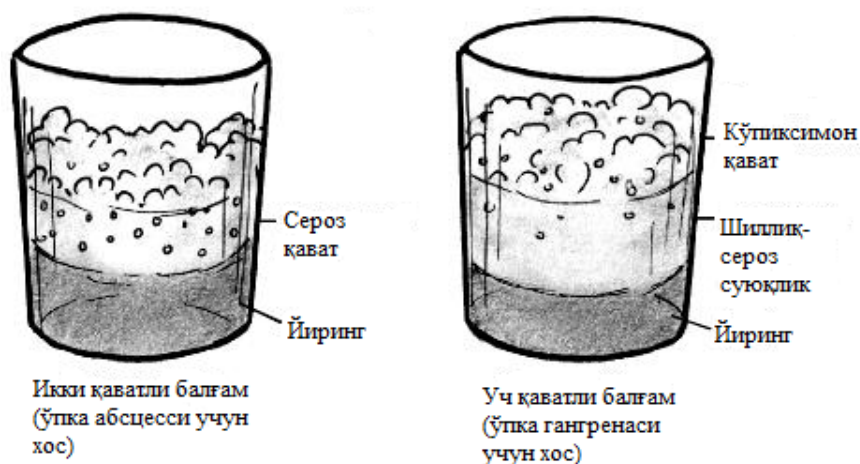
- умумий ҳолсизлик, иштаханинг йўқлиги, ҳаттоки кичик жисмоний юкламада тез ҳолдан тойиш;

- ҳаво ётишмаслик ҳисси;
- кучли балғамли йўтал (кир-кулранг рангда ва ёқимсиз чириш хидига эга, баъзан қон аралаш);
- тери қопламалари кулранг рангда, лабларда ва тирноқ пластиналарида цианоз, хансираш;
- қон босими одатда ўзгармайди, лекин пульс тезлашади.

Физикал текширувда:

- перкуссияда – бўғиқ товуш одатда ўпка бўлагини эгаллайди
- аускультацияда сустанас фонидида ҳар хил улчамли хириллашлар, беморларнинг учдан бирида амфорик нафас эшитилади.

Тарқалган ўпка гангренасининг клиник кечими ўта оғир кечиши билан тавсифланади. Бу ўта кучли интоксикация сабабли ҳаттоки септик шок ва полиорган ётишмовчилик ривожланиши билан боғлиқ. Беморлар адинамик, ўзини (онгини) йўқотган ҳолатда бўлади. Бошланғич даврида интоксикацион энцефалопатия фонидида онг бузилишлари кузатилиши мумкин. Барча беморлар кучли ҳолсизлик, иштаханинг йўқлиги, тинч ҳолатда нафас сиқиши, чанқаш, чарчатувчи бадбўй ва балғамли йўталга (қўнғир, кулранг рангда) шикоят қилишади. Балғам бир муддат сақланганда уч қаватга ажралади: пастки – йирингли чўкма, ўрта – хира шилимшиқ-сероз суюқлик, ва юқори – кўпиксимон қават. Баъзан беморнинг нафаси шунчалик бадбўй бўладики, бутун хонани қамраб олади.



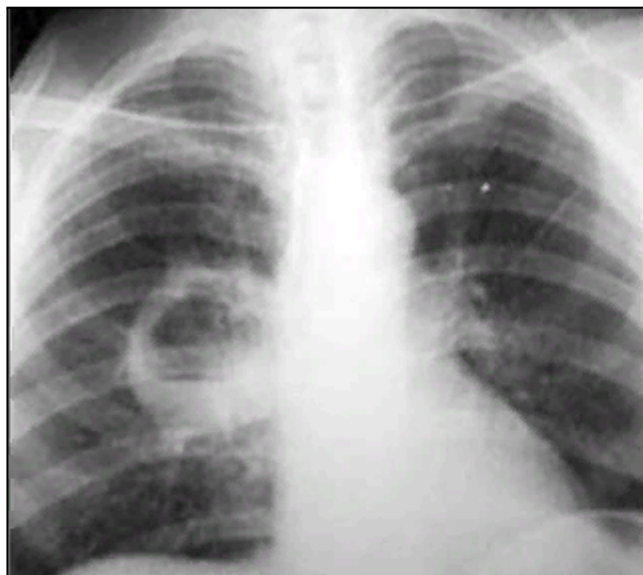
Кўрик вақтида тери қаватлари куруқ, кулранг рангда. Склералар иктерик. Лабларнинг цианози кузатилади. Зарарланган ўпка томон нафас актида ортда қолади, қовурғалар ораси пальпация қилинганда оғриқли. Артериал қон босими пасайиши мумкин. Бемордан йиғилган физикал маълумотлар ўпка некрозининг хажми ва детрукция жараёнинг жадаллигига тўғридан тўғри боғлиқ бўлади.

Перкуссияда массив қисқарган перкутор товуш зонаси, аускультацияда сушт шовкинлар, куруқ ва хўл хриплар эшитилади. Қорин пальпациясида катталашган ва қаттиқ жигар ва талок аниқланади.

Ўпка гангреназининг кечими кўп ҳолларда қон туфлаш (hemorizis), ўпкадан қон кетиш, плевра эмпиемаси (пиопневмоторакс) билан асоратланиши мумкин.

Нур ташхислаш.

Ўпканинг ўткир йирингли деструкцияларида энг кўп ахамиятга эга текширув бу – компьютер томографияси ҳисобланади. Аммо амалиётда, базавий усул ханузгача анъанвий рентгенография бўлиб қолмоқда. Шуни айтиш жоизки, тўлиқ картинага эга бўлиш учун қаватма-қават текширув лозим бўлади, яъни компьютер томографияси. Бошқа нур ташхислаш усуллари клиникада асосан асоратларни аниқлаш учун, ўзига хос кўрсатмалар бўлганда қўлланилиши мумкин.

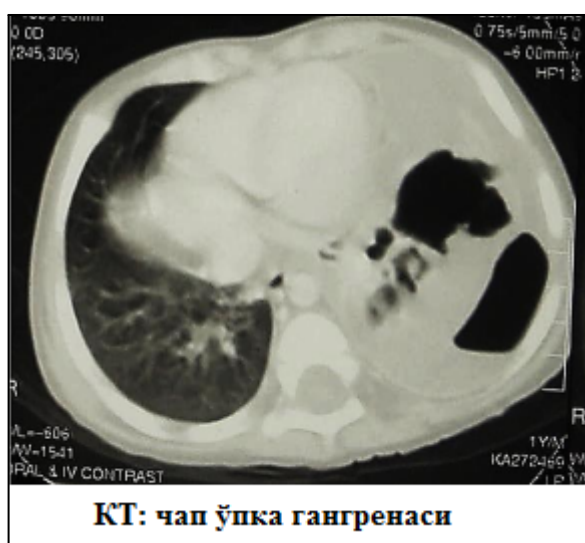
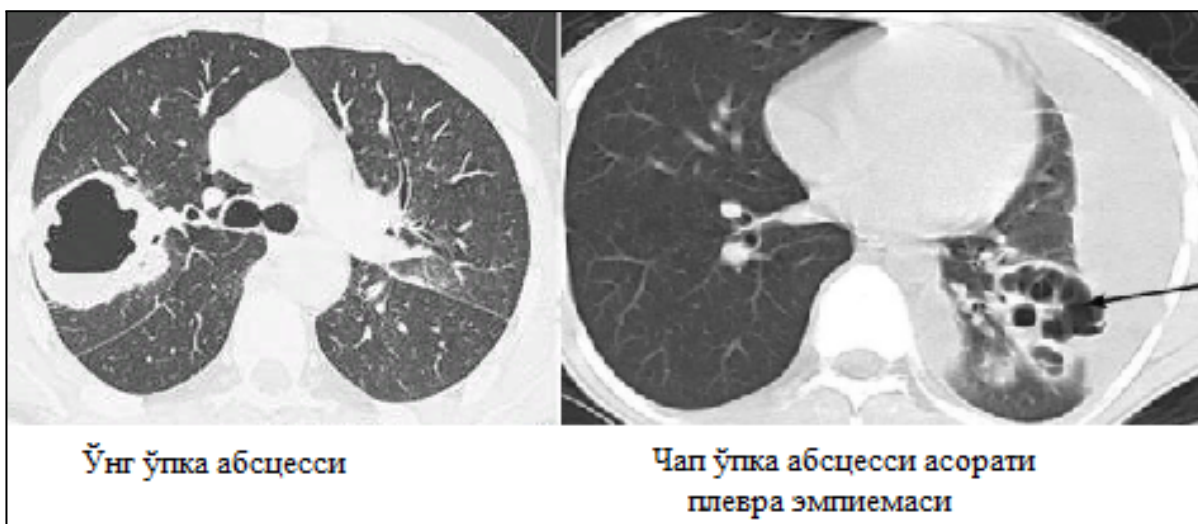


Ўнг ўпка абсцесси



Ўнг ўпка гангренази

Рентгенограмма:



Ўпка абсцесси КТсида яллиғланиш инфильтратига хос тасвир – марказида бир ёки бир нечта бир хил зичликга эга, ички юзасини йўқотган бронхларни кўришимиз мумкин. Морфологик бу сохалар ўпканинг некрозга учраган тўқималаридир. Кўпинча биринчи давридаёқ некроз зонасида майда хаво пуфакчаларини кўришимиз мумкин. Йирингли-некротик соха атрофида перифокал инфильтрацияни кўрамиз. Томир ичига боллос контраст модда юборилгандан сўнг некроз ва чиришга учраган соха зичлиги ўзгармайди, перифокал инфильтрация зонасининг зичлиги эса 10-15Нга ошади. Шундай қилиб компьютер томограммаси ўпкадаги яллиғланиш инфильтрациясининг йирингли-некротик характерини патологик жараённинг энг бошланғич даврида, хали хаволи бўшлиқ ҳосил бўлгунга қадар аниқлаш имконини беради.

Бронхга ёрилгандан сўнг ўпка ўткир инфекцион деструкциялари классик рентген картина билан намоён бўлади – йиринг сатхига эга бўлган хаволи бўшлиқ. Ўткир абсцессда бўшлиқ юмалоқ шаклда ва кўп микдорда горизонтал сатхга эга суюқлик сақлайди.

Ўпка гангреназида йирингли деструкцияга учраган некротик массалар бошида ўчоқли характерга эга бўлади ва компьютер томограммасида кўрса бўладиган майда хаволи бўшлиқчаларни ҳосил қилади. Кейин бў бўшлиқлар бир-бири билан қўшилади ва йирик, нотўғри шаклга эга, кўп камерали, деворининг ички контури нотекис бўшлиқларни ҳосил қилади. Бунда бир нечта горизонтал суюқлик сатхлари ҳосил бўлади. Ўпка гангренази учун хос белги бўшлиқда секвестрларнинг бўлиши.

Ижобий кечувида яллиғланиш жараёни ўпканинг маълум участкалари билан чегараланади, бўшлиқлар қўшилишда давом этади, ичидаги секвестрлар ва некротик массалар

секин эрийди, сўюклик микдори эса ортади. Натижада гангреноз абсцесс ҳосил бўлади.

Ўпканинг тарқалган гангренази эса кенг полисегментар некроз ўчоқлари билан характерланади. Бунда антибактериал давога қарамасдан патологик жараёнга ўпканинг янги қисмлари қўшилишда давом этади. Ҳосил бўлган йирингли деструкция бўшлиқлари катталашишда давом этади ва янгилари ҳосил бўлади. Мана шу рентгенологик картина ўпка тарқалган гангреназини гангреноз абсцессдан фарқлашга ва даволашнинг адекват усулини танлашда муҳим ҳисобланади.

Фибробронхоскопия. Беморларда йирингли эндобронхитнинг жадаллигини аниқлашга имкон беради. Бунда бир нечта асосий белгиларга эътибор берилади: трахея ва бронхларнинг ўтказувчанлиги, шиллиқ қаватининг кўриниши, бронхлар ажратган секретнинг кўриниши ва сифати, эластиклиги, инструментал пальпацияда қонаш-қонамаслиги, шиллиқ қаватидаги қон-томирлари ва бурмалари.

Эндотоксикоз даражаси ва динамикасини ташхислаш. Қон плазмасидаги, эритроцитлардаги, суткалик сийдикдаги ўртамолекуляр пептидларни концентрациясини аниқлашдан иборат. Системали яллиғланиш реакцияси синдромини аниқлашда лейкоцитоз даражаси, лимфоцитлар микдори, ЭЧТ, сиал кислоталари даражаси, С реактив оксил аниқланади. Протеинограмма кўрсаткичларидан альбуминнинг фибриногенга нисбати, альбуминнинг α_1 ва α_2 глобулинларга нисбати информатив ҳисобланади.

Функционал ташхислаш: ташқи нафас кўрсаткичини текшириш (компьютер спирографияси маъқул), юрак мушаклари электрик хусусиятлари (электрокардиография), юрак қисқариш ҳажми (тананинг интеграл реографияси) ва юрак клапанлари ҳолатини аниқлаш (эхокардиография).

ЎЎЙДК даволаш қуйидаги принципларга асосланиши керак:

- йиринг ва ундаги патологик маҳсулотнинг дренажини таъминлаш;
- инфекцион жараён қўзғатувчиларига қарши эффектив этиотроп даво;
- организм қаршилиги ва химоя кучларини кўтариш, иммунологик ва реологик ўзгаришларни бартараф этиш;
- эндотоксикозни бартараф этиш;
- радикал оператив даво.

Оператив даво ўткир даврда кам қўлланилади ва фақат кўрсатмалар асосида, консерватив даво самарасиз бўлганда. Кўпчилик даво усуллари консерватив давони “кичик хирургия” билан биргаликда олиб борилиши билан қўлланилади.



Умумий даво. Беморлар ёруғ ва ҳаво айланадиган палаталарга жойланмоғи лозим. Беморларга актив ҳаракатланиш, дахлизга чиқиш, даво ва гигиеник гимнастика билан шуғулланишга рухсат берилиши керак. Шунингдек дорилар ёрдамида 9-10 соатдан кам бўлмаган тўлақонли уйқуни таъминлаш зарур. Ўткир ўпка яллиғланиши фонида ҳар куни беморлар йирингли балғам билан бирга кўп миқдорда оксилларни йўқотишади. Тезда гипопротеинемия ривожланади. Шунинг учун беморларнинг рацион кўп миқдорда оксилни, калорияли ва хилма хил бўлиши лозим. С, В₁, В₆, В₁₂ витаминларини беморлар етарли миқдорда қабул қилишлари керак. Аскорбин кислотасининг кунлик миқдори 1-2 граммдан кам бўлмаслиги керак, шунингдек бир қисмини томир орқали юборилгани маъқул.

Эндоген интоксикацияни камайтиришга ва организмдаги волемик ўзгаришларни нормаллаштиришга қаратилган инфузионно-трансфузион терапия олиб борилиши керак. Ўпка ўткир инфекцион деструкцияси кучайиб борадиган тақдирда кунлик ҳажми 2-2,5 литрдан кам бўлмаган инфузион программани 10-14 кун давом эттириш керак бўлади. Бу мақсадда томир ичига изотоник тузлар эритмалари, глюкоза, кичикмолекуляр декстранлар (реополиглюкин), дезинтоксикацияловчи эритмала (гемодез, неогемодез) қуйилади. Бунда етарлича миқдордаги инфузион терапия фонида диурезнинг кучайтирилиши токсик моддаларнинг сийдик билан ажралишини кучайтиради.

Узоқ ва оғир кечимли беморлар организмга оксил етишмовчилиги парентерал озикланиш усуллари орқали тўлдирилади. Беморларга одатда аминокислотали аралашмалар (полиамин, мориамин) ва оксил гидролизатлари (аминостерил, альвезин) 1 кг тана вазнига 1-2 гр. оксил ҳисобида юборилади. Шунингдек альбумин (100 мл ҳафтасига 2 маҳал), протеин, плазмалар ҳам жуда фойдали ҳисобланади. Парентерал юборилаётган оксил миқдори кунлик эҳтиёжни 40-50%ини ташкил қилиши керак, оксилларнинг яхшироқ ўзлаштирилиши учун анаболик гормонлар (нерабол, ретаболил) қўлланилиши мумкин.

Энергетик баланс томир ичига глюкозанинг концентрилланган (20-40%) эритмасига инсулин, этил спирт ва ёғ эмульсиялари (интралипид, липофундин) қўшиб юбориш орқали таъминланади. Шунингдек агар беморнинг ҳолати рухсат берса энергетик дефицитни бартараф этиш энтерал озикавий аралашмаларни бериш билан ҳам тўлдирилиши мумкин. Анемиянинг оғир даражаларида беморларга донор қонини ёки эритроцитар массани (400мл 1-2 мартта ҳафтасига) трансфузия қилиш тавсия этилади.

Бронхларни ўтказувчанлигини таъминлаш мақсадида десенсибилизируловчи ва бронхоспазмалитик дорилар қўлланилади. Бунда эуфиллиннинг- 2,4% эритмасидан 10 мл томир ичига юборилади (суткасига 1-2 маҳал, 10-12 кун). Антигистамин препаратлар сифатида 1%ли димедрол эритмаси (1мл 2-3 маҳал кунига) ёки пипольфен (1 мл 2-3 маҳал кунига, мушак орасига) қўлланилади.

Кўрсатмаларга биноан қон айланишининг етишмовчилигини профилактикаси мақсадида юрак гликозидлари (коргликон, строфантин) қўлланилади. Шунингдек вибрацион массаж, йўтал рефлекс стимуляцияси, даво гимнастикалари кенг қўлланилади.

Гипоксемия билан курашиш мақсадида намланган кислород қўлланилиши артериал қоннинг оксигенациясини сезиларли даражада яхшилайдди. Кислород юборилиши (6-8 л/мин) унинг қондагии концентрациясини 30-50%гача кўтаради. Бу оғир нафас етишмовчилиги ривожланган беморларнинг давоси учун етарли ҳисобланади. Кислороднинг бундан юқори миқдорда қўлланилиши унинг токсик таъсирига, нафас йўллари шиллиқ қаватининг қуриб кетишига олиб келади.

Трахея ва бронхларни санация қилиш мақсадида террилитин, терридеказа, мукосольвин, антибиотиклар, интерферон ва б. диоксидин билан ультратовуш ингаляцияси қўлланилади. Ингаляцияларнинг даволовчи эффекти нафас йўллари шиллиқ қаватига илиқ ва нам дори воситаларининг таъсири билан таъминланади. Бу ўпка тўқималаридаги қон айланишини яхшилайдди, ёпишқоқ балғамни эритади, томоқдаги қуруқликни камайтиради.

Этиотроп даво:

- антибактериал дорилар;
- вирусга қарши дорилар;

- узоқ вақт антибактериал даво қўлланилганда иккиламчи замбуруғларга қарши профилактика.

Хозирги кунда антибактериал терапия сифатида икки ва хаттоки уч антибактериал дори комбинацияси қўлланилмоқда.

Жадвал

Касалликнинг клиник кечувига кўра эмперик
антибактериал терапия учун дори воситасини танлаш

Клиник-патогенетик вариант	Танлов препаратлари
Абсцедирловчи пневмония (касалхонадан ташқари, ёндош касалликлари йўқ беморлар учун)	ЦС (ЦС1-2)+КЛ П+АГ2
Аспирацион пневмония (касалхонадан ташқари, алкоголизм ва қандли диабетга дучор бўлган беморлар)	КЛ+АГ3 ЦС2+КЛ
Абсцедирловчи пневмония (кекса инсонлар, нозокомиал инфекция, кенг спектрга эга АБларни қабул қилувчи беморлар) Онкологик беморларда абсцесслар	АСП+АГ3 ЦС3+АГ3
Септик пневмония: гинекологик сепсис ангиоген сепсис криптоген сепсис	ЦС2+ДОКС КЛ+АГ3 (ЦС3) П+АГ2 ПЧП+АГ2 АМП+АГ3 ПЧП+АГ3 АМП+АГ3+КЛ

Шартли қисқартмалар: ЦС - цефалоспоринлар; ЦС2 – 2-авлод цефалоспоринлари; АМП - ампициллин; АГ2 – 2-авлод аминогликозидлари; АГ3 - Pseudomonas aeruginosa қарши аминогликозидлар; ПЧП – пенициллиназага чидамли пенициллинлар; ДОКС - доксициклин; П - пенициллины; АСП - противосинегнойные пенициллины; КЛ – клиндамицин гурухи антибиотиклари, МЛ - макролидлар.

Хирургик даво

Шошилинч (экстренная) операцияга кўрсатмалар:

- ўпкадан қон кетиши;
- таранг пиопневмоторакс;
- бронхиал оқма орқали кўп миқдорда хаво чиқиши билан кечувчи пиопневмоторакс;
- кўкрак қафаси девори флегмонаси;
- асфиксия хавфи (балғам кўп миқдорда ажралиб, контралатерал ўпкага ўтганида).

Шошилинч қолдирилган (срочная) операцияга кўрсатмалар:

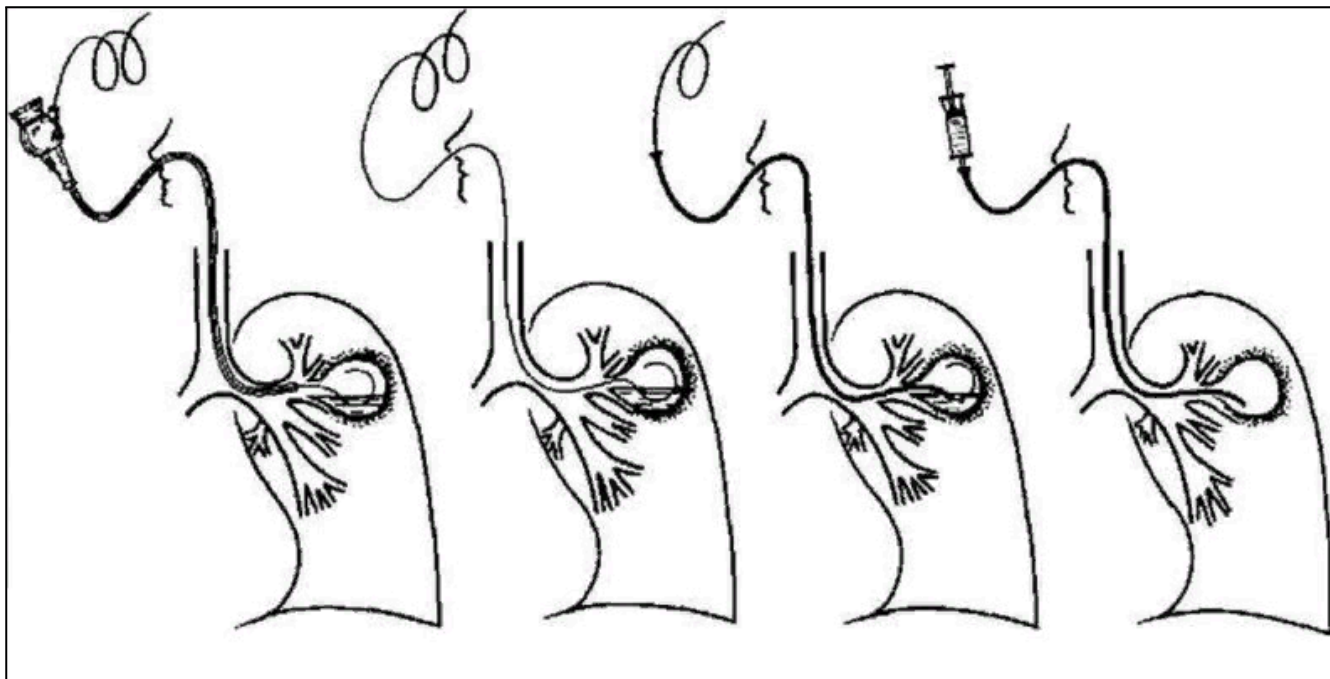
- консерватив даводан эффект йўқлиги;
- гангрена прогрессияси.

Режали амалиётга кўрсатмалар:

- сурункали абсцесснинг ривожланиши;
- фиброателектаз ва пневмоцирроз ривожланиши (қайта деструкция хавфи билан).

1. Ўпкадаги деструкция ўчоқларини бронхлар орқали оптимал денажлаш

Санацион фибробронхоскопия ва кейинчалик эндобронхиал (абсцесс бўшлиғига ҳам) муколитик, антибактериал препаратлар, протеолитик ферментлар (трипсин, химопсин, рибонуклеаза), иммуномодуляторлар юбориш. Манипуляция хар куни, бемор ахволи яхшилангандан сўнг 3-4 кунда 1 мартаба ўтказилади.



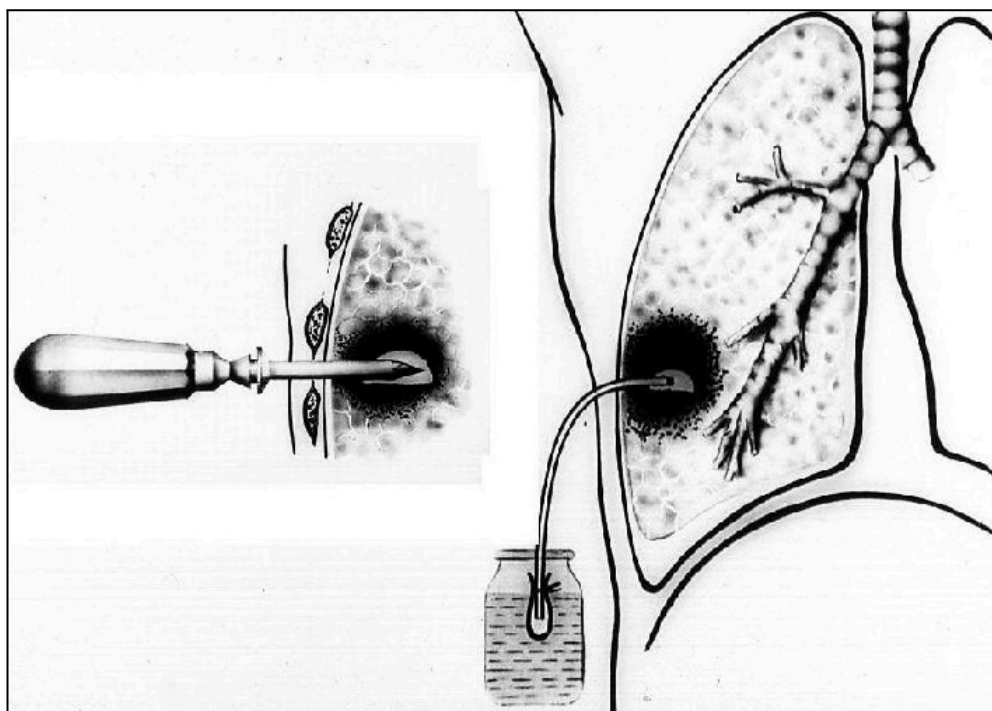
Трансбронхиал абсцесс бўшлиғини дренажлаш (ёки дренирловчи бронхга катетер ўрнатиш) – бу амалиёт бронхоскоп ёрдамида ва (ёки) рентгенотелевизион экранга назорати остида амалга оширилади. Бронхлар ва абсцесс бўшлиғи санацияси амалга оширилиб, антисептик воситалар, протеолитик ферментлар юборилади. Аммо катетерни бир ҳолатда сақлаб қолиш доим ҳам иложи бўлмайди (кўпинча йўталганда катетер жойи ўзгаради), шунинг учун бу манипуляция ҳар бронхоскопия ўтказилганда амалга оширилади. Эндоскопик дренажлаш клиник, рентгенологик ва ультратовуш текширувлар асосида «блокланган» абсцесс ёки анъанавий бронхоскопияда адекват санация имкони бўлмаганда амалга оширилади.

Микротрахеостомия (трахеянинг бўйин қисмидан ингичка найчани ўтказиш) йўтал рефлексини муколитиклар, протеолитик ферментлар, антибактериал моддаларни томчилаб юбориш орқали стимуляция қилади.

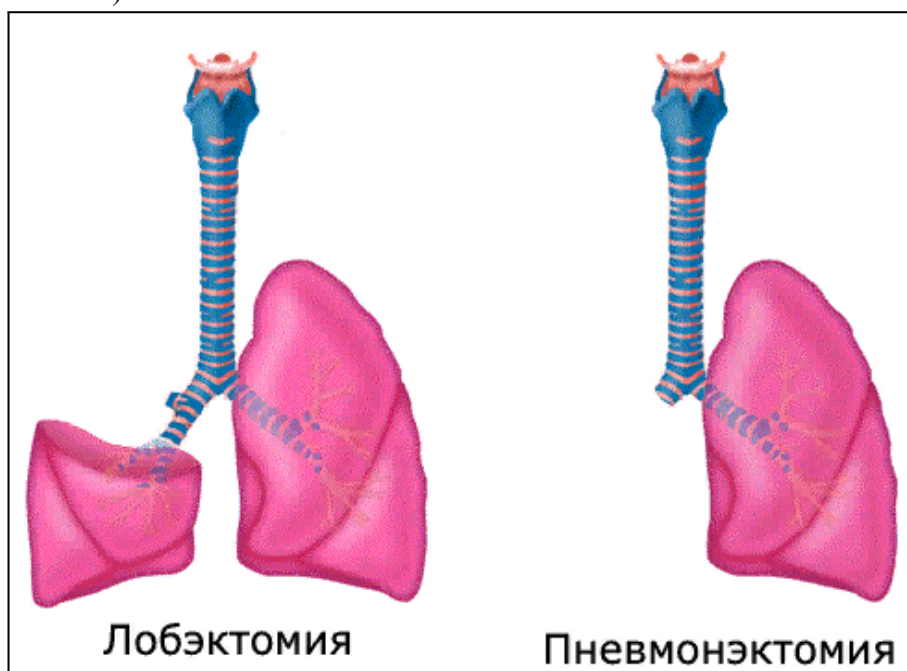
Трахеостомия - нафас ётишмовчилиги III даражасида ва узоқ муддат ўпкалар сунъий нафаси талаб этилганда амалга оширилади.

2. Йирингли ўчоқни ликвидация қилишга қаратилган оператив даво

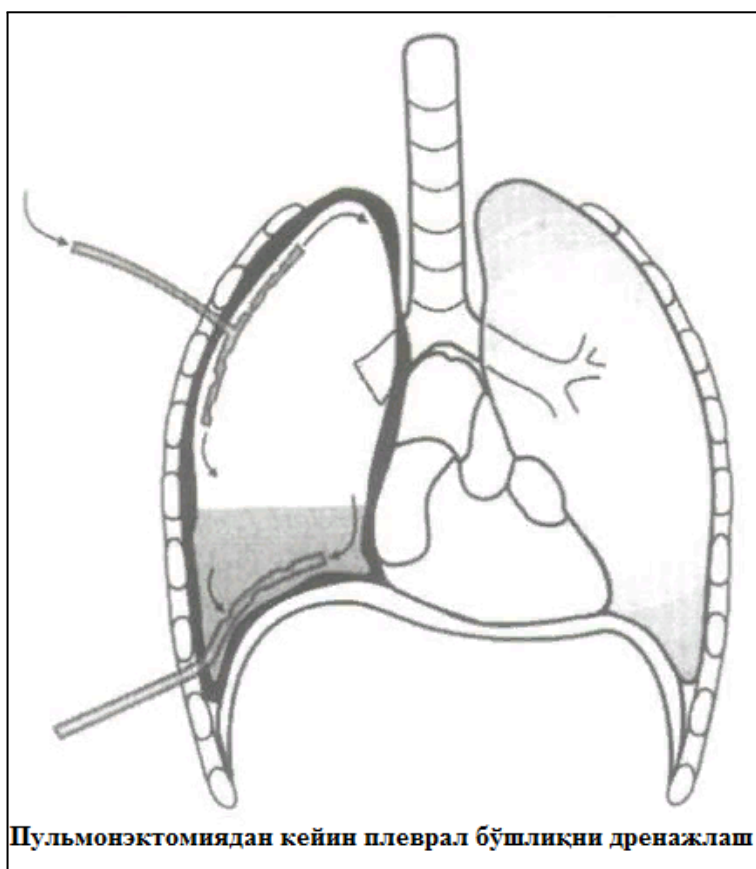
Абсцесс бўшлиғини трансторакал дренажлаш (Мональди бўйича)- йиринг ва некрозга учраган тўқималарни эркин эвакуация қилишга қаратилган. “Блокланган” яъни бронхлар орқали дренажланмайдиган абсцессларда қўлланилади. Бунинг учун энг муҳими абсцесс периферик яъни кўкрак қафаси деворига қараган томонда, плеврал бўшлиқда эса битишмалар билан қопланган бўлиши керак (пиопневмоторакс бўлмаслиги учун).



Лобэктомия, пневмонэктомия. Асоратлар ривожланганда қўлланилади, ҳамда «блокланган абсцесс» сепсис билан бирга ривожланганда. Амалиётни бажариш учун ўпка йирингли жараёнларинг оғирлилик даражаси классификациясига асосланган маъқул (Шойхет Я.Н., 2002). Амалиёт оғир ва ўта оғир беморларга қарши кўрсатилган, чунки деярли 100% ҳолатларда ўлим билан яқунланади (органлар дисфункцияси билан кечувчи сепсис, иккала ўпканинг зарарланиши).



Абсцесс билин бирга плевра эмпиемаси ривожланганда (бронхоплеврал оқма билан, ёки оқмасиз) **плеврал бўшлиқни видеоторакоскопик санацияси ва дренажлаш амалиёти ўтказилади.** Бу ҳолатда, ўткир даврида ҳаёт учун хавфли асоратлар бўлмаса бошқа жаррохлик амалиётлари ўтказилмайди, чунки йиринг шундоқ ҳам плевра бўшлиғи орқали дренажланиб туради.



Ўпка сурункали йирингли касалликларининг таснифи

Этиологияси бўйича

Ривожланиш нуъсонлари: ўпканинг гипоплазияси, ўпканинг секвестрацияси, ўпканинг кисталари, Зиверт-Картагенер синдроми.

Орттирилган касалликлар: сурункали ўпка абсцесси, ўпка кистаси, бронхектегаз: бирламчи, иккиламчи

Асоратлар мавжудлиги билан

- Қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши
- Метастатик абсцесслар
- Аспирацион пневмониялар
- Плевра эмпиемаси, пиопневмоторакс
- Бронхоплеврал оқма
- Сепсис
- Аъзолар амилоидоз

Ўпка сурункали абсцесси

Ўпкада 2-3 ойдан кўпроқ вақт мавжуд бўлган носпецифик йирингли бўшлиқнинг бўлиши – ўпканинг сурункали абсцесси дейилади. Сурункали абсцесслар пайдо бўлишига ўпкасида ўткир йирингли жароёнлари бўлган беморларни касалхонага кеч ётқизиш, муолажа жароёнининг етарли бўлмагани, уни стационардан клиник жихатдан тўлиқ тузалмасдан ва рентгенологик текширувсиз чиқариш сабаб бўлади.

Этиология ва патогенез. Сурункали ўпка абсцесслари этиологиясида худди ўткир ўпка йиринглашидаги каби кўзгатувчилар муҳим аҳамиятга эга. Стафилококк ўз аҳамиятини сақлаб қолади ва кўпчилик, жумладан, замонавий антибиотикларга чидамли штаммлар устунлик қилади. Грам-манфий -пseudомонас, Escherichia, Протеа, ва хоказо. Одатда, бу микроорганизмлар асосий антибактериал препаратларга ҳам чидамли. Кўпгина беморларда мақсадли микологик тадқиқотлар билан балғамдан чуқур микозларнинг патогенлари ажратилади. Шу билан бирга уларнинг этиологик аҳамиятини фаол замбуруг инфекциясининг серологик белгиларини аниқлаш орқали исботлаш мумкин. Бундай шароитда сурункали ўпка абсцессларини этиотроп даволаш қийин вазифага айланади.

Ўпка тўқимасида сурункали йирингли жараёни ривожлантиришнинг яна бир патогенетик механизми беморга одатда ўткир абсцесс ташхиси қўйилмалиги ва узоқ муддатли крупоз ёки абсцессланучи пневмония (айниқса, болалик даврида), бронхиал дарахтнинг шикастланиши, пневмосклерознинг катта жойлари шаклланган бўлиш билан боғлиқ. Бу ҳолатда муҳим омиллардан бири бронхларнинг дренаж функциясининг бузилиши хисобланади. Яллиғланиш жараёни аста-секин бевосита ва инфилтратлар шаклланиши билан бузилган лимфа оқими туфайли ўпканинг қўшни қисмларига тарқалади. Агар охириги некротизация бўлса, одатда, бир нечта яралар ҳосил бўлади. Вақт ўтиши билан жараён сурункали абсцесснинг барча морфологик ва клиник хусусиятларига эга бўлади. Худди шундай ривожланиш механизми ўпка соҳасининг фиброателектазида ёки карнификациясида оғир яллиғланиш жараёнлари натижасидаги ҳолатларда ҳам кузатилиши мумкин. Агар ўткир ўпка абсцессида асосий морфологик хусусияти йиринг билан парчаланиш бўшлиғи бўлиб, деворлари ўпка тўқимасининг ўзидан иборат бўлса, сурункали абсцесда улар грануляция тўқимаси ҳосил бўлиб, одатда касаллик бошидан бошлаб 6-8 ҳафта охири билан тугалланадиган бириктирувчи тўқима (пиоген) капсуласига айланади. Ҳосил бўлган пиоген капсуласи ўсиб бириктирувчи тўқима туфайли қалинлашади, каттик бўлади. Деструкция бўшлиғи атрофидаги ўпка тўқимаси ҳам сиқилади. Абсцесс бўшлиғида ва атрофдаги паренхимада давом этаётган бўкиш жараёни ўзаро бир-бирини қўллаб туради. Иккиламчи яралар абсцесс атрофида пайдо бўлиши мумкин, бу еса йирингли жараённинг ўпканинг олдиндан таъсирланмаган қисмларига тарқалишига олиб келади. Йирингли бўшлиқни бронхиал дарахтга бўшатиш ўчоқли ателектазлар ва иккиламчи бронхиэктазиялар ҳосил бўлиши билан жараёни бронхлар бўйлаб умумлаштиришга ёрдам беради. Зарарланишнинг бу шаклида бутун деструктив мураккаб жараён марказида - бирламчи сурункали ўпка абсцесси жойлашган.

Кўкрак қафаси жароҳатларидан кейин сурункали ўпка йиринглашининг ҳосил бўлиш хусусияти нафас паренхимасидан у ёки бу сабабга кўра олиб ташланмаган ёт жисмлар муҳим ўрин тутати. Бу бурғулаш снарядлар бўлаклари, қовурғалар бўлаклари, кийим ва ускуналар бўлаклари бўлиши мумкин. Бундай вазиятларда сурункали ўпка абсцесси жароҳатдан анча кейин ҳосил бўлиши мумкин.

Нихоят, ўпка тўқимасида сурункали йиринглашнинг шаклланиши трахеобронхиал дарахтда узоқ вақт бегона жисмларнинг мавжудлиги ёки бронхларнинг дренаж функциясининг бузилиши билан бошқа сабабларга кўра кузатилиши мумкин (бронхит, бронхиал сиқилиш билан бронхаденит).

Ўткир ўпка абсцессининг сурункали ҳолатга ўтишига ёрдам берувчи асосий омиллар:

1. ўткир ўпка йиринглашида деструкция бўшлиғини етарли ёки самарасиз дренажлаш, атрофдаги паренхимада бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши, фиброз капсуласи ҳосил бўлиши учун шароит яратади, бу еса кейинчалик бўшлиқнинг ҳажмини камайтиришга тўсқинлик қилади;

2. ўпка тўқимаси ичида деструкция бўшлиғи ўлчамининг (5 см дан ортиқ) катта бўлиши ёки уларнинг бир нечта бўлиши;

3. абсцесс бўшлиғида секвестрларнинг бўлиши, улар қўшилувчи бронхларнинг оғизларини ёпиб, бўшлиқнинг ўзида доимий равишда бўкиш ва унинг атрофида яллиғланишни қўллаб туриши;

4. ўпка абсцесс билан шикастланган сегментлар соҳасида плевра жароҳатларининг шаклланиши бўшлиқнинг эрта кичрайишини ва облитерациясини олдини олиши;

5. ўткир ўпка абсцессини консерватив даволаш натижасида дренажловчи бронхлар оғизларида қуруқ қолдиқ бўшлиқ ва бўшлиқни эпителизацияси оқибати;

6. бузилган иммунитет ва тананинг ўзига хос қаршилиги.

Сурункали ўпка абсцесси классификацияси

Кечиши бўйича:

- қўзиш
- ремиссия

келиб чиқиши буйича:

- ўткир абсцессдан кейин
- обтурацион (ТБД даги ёд жисм хисобига)
- ўпка тўқимасидаги ёд жисм
- «бирламчи»

Асоратланишига қўра:

- асоратланмаган
- асоратланган
- ўпка-плевра асоратлари-бронхиектаз, ўпка қонаши, плевра эмпиемаси ва пиопневмоторакс, иккиламчи ўпка абсцесси

●ўпка бўлмаган асоратларга-сепсис, ички аъзонинг шикастланиши (амилоидоз), суяк ва бўғим асоратлари

Тарқалиши бўйича:

- битта ёки кўплаб
- бир томонлама ёки икки томонлама

Клиника. Ремиссия ва қўзиш давлари алмашиб турадиган умумий холсизлик, иштаха бўлмаслиги, уйқусизлик, курак қафасидаги оғриқ билан кечадиган касаллик. Кўпинча дам олишда нафас қисилиши кузатилади, бу жисмоний машқлар билан ортади. Доимий симптомларидан бири- йўтал, бир суткада 500-600 мл йирингли балғам ажралиши. Қўзиш даврида юқоридаги симптомлар кучаяди.

"Ноғора бармоқлар"(расм. 1.) ўпкада сурункали йирингли жараённинг енг доимий белгиларидан бири бўлиб, 85-95% беморларда кузатилади. Бироқ шуни ёдда тутиш керакки, бу симптом оғир тўқима гипоксияси (митрал юрак касаллиги, бронхиал астма ва бошқалар) билан кечадиган бошқа касалликларда ҳам учраб туради.). Тирноқ фалангаларининг қалинлашиши билан бирга, тирноқ пластинкаларининг "соат ойналари"турига кўра деформациясига еътибор қаратилади. Радикал амалиётлардан кейин 6-12 ойдан сўнг бармоқлардаги ўзгаришлар нормал



кўринишга кайтади.

Расм. 1 Ноғора бармоқлар

Кўкрак қафасини объектив текшириш вақтида аниқланган симптомлар жуда хилма-хил бўлиб, у зарарланишлар локализацияси, касаллик фазаси, ўпка тўқимасидаги анатомик ўзгаришларнинг оғирлиги, плевра бўшлиғида биргаликда ўзгаришларнинг бўлиши ёки бўлмаслиги билан аниқланади. Абцесснинг чуқур жойлашиши билан перкуссия товушининг қисқариши йўқ бўлиши ёки емпиема плевра асорати билан айтилиши мумкин. Авж олиш ва абцесс ҳосил бўлиш фазасида нам хириллашлар, бронхиал нафас олиш кузатилади. Абцесснинг юзаки жойлашиши билан кўпинча амфорик нафас тингланади. Ёндош плеврит баъзан плеврал ишқаланиш шовқини билан намоён бўлади. Абцесс бронхга ёриб киргач, ўпкада бўшлиқ борлигига хос белгилар аниқланади.

Сурункали йирингли интоксикация бу касалликнинг характерли белгиси бўлиб, ўпка йиринглашининг ўзига хос бўлмаган, характерли ва бошқа белгилари билан намоён бўлади. Қоннинг морфологик таркиби тез ўзгаради (юқори лейкоцитоз, лейкоцитар формула чап томонга силжийди, анемия). Ремиссия даврларида бу ўзгаришлар камроқ намоён бўлади.

Сурункали ўпка абцессларида гипопроотеинемия ва диспротеинемия доимо ривожланади. Клиникада олиб борилган кузатувлар таҳлили плазма оксилларининг таркиби ва ўпка тўқимасида йиринглаш жараёнининг оғирлик даражаси ўртасидаги статистик жихатдан ишончли муносабатни аниқлади. Авж олиш даврларида бу ўзгаришлар янада кучаяди. Оғир тез-тез авж олиб турадиган сурункали абцессларда диспротеинемия ремиссия даврларида давом этади.

Сурункали абцессларда буйрак функциясининг тез-тез бузилиши албуминурия, цилиндрүрия, Зимницкий синамаси параметрларининг ўзгариши билан характерланади. Ички аъзоларнинг амилоидози билан кечадиган сурункали ўпка абцессларининг оғир, узоқ муддатли шакллари буйрак функциясининг минут диурези, гломеруляр филтрация ва бошқалар бузилишида ифодаланган чуқурроқ ўзгаришига сабаб бўлади.

Касалликнинг кечиши ва асоратлари. Сурункали абцесслар билан оғриган беморларнинг кўпчилигида касаллик ўткир йиринглаш жараёни пасайгандан сўнг ривожланади, бу кўпинча унинг натижаси сифатида қуруқ қолдиқ бўшлиққа ега еди. Бир неча ойдан кейин, еҳтимол, анча кейин, бундай тикланишдан сўнг, ҳолсизлик, вақти-вақти билан субфебрил ҳарорат, қуруқ ва нам йўтал намаён бўлади.

Рентгенологик жихатдан бу даврда ўпка тўқимасининг перифокал яллиғланиш инфильтрациясининг пайдо бўлиши ва кўпайишини қайд етиш мумкин (расм 2). Тана ҳароратининг бирдан кўтарилиши, нафас олганда ва йирингли балғамда оғиздан ноҳуш ҳиднинг пайдо бўлиши, рентгенда горизонтал суюқлик сатҳининг аниқланиши ёки рентген нурларида массив бир ҳил кўланка сурункали ўпка абцессини ташхислаш имконини беради. Касалхонага ётқизиш ва даволанишдан сўнг, бу ҳолат сезиларли даражада яхшиланиши ва ремиссияга ўтиши мумкин, аммо кейинчалик одатда йиринглаш кучаяди.



Расм. 2. Ўпканинг сурункали абцесси.

Баъзан ўткир ўпка абцесси даволашга қарамасдан бемор аҳволининг аниқ клиник яхшиланмасдан, кўзга кўринарли сурункали ҳолатга айланади. Шу билан бирга, юқори тана ҳарорати ва йирингли балғам давом этади. Ўпка тўқимасининг деструксия бўшлиғи ва перифокал яллиғланиш инфильтрацияси давом этади. Касалликнинг бу кечишига сабаб кўпинча йиринг, майда секвестрлар, детритларнинг қалин консистенцияси туфайли дренажловчи бронхлар орқали табиий равишда йиринг чиқиши қийин кечади. Сурункали абцесс белгилари бундай беморларда касаллик бошидан иккинчи ёки учинчи ойнинг бошида пайдо бўлади.

Компютер томографияси ўпка абцессини ташхислаш учун енг сезгир ва ўзига хос усулдир. Контраст киритилиши абцесснинг чегараларини аниқлаш имконини беради. Ўпка абцесслар ҳажми фарқ қилиши мумкин ва одатда шакли юмалоқ. Улар суюқлик билан тўлиқ тўлдирилиши ёки газ-суюқлик сатҳига ега бўлиши мумкин. Периферияда абцесс одатда консолидация зонаси билан ўралган бўлсада, даволаниш пайтида абцесс бўшлиғи узокроқ сақланади этади.

Сурункали абцесслар асоратлари (иккиламчи бронхиектазия, ўпка қонаши, септикопиемия, паренхимал аъзоларнинг амилоид дегенерацияси) одатда касалликнинг авж олиш даврида ва унинг узок давом этиши кузатилади.

Диагноз ва дифференциал диагноз. Сурункали абцесс ташхиси қийин емас ва клиник, лаборатория ва рентгенологик текширув маълумотларига асосланилади.

Бронхография ёрдамида зарарланишнинг топик ташхиси ҳамда бронхиал дарахтнинг "касал" ва "соғлом" томонларидаги ҳолати аниқланади. Бронхографиядан олдин бемордан қаттиқ йўталиш ва балғам ажратиш трахея ва бронхларни пухта санитария талаб қилади.

Сурункали ўпка абцессининг дифференциал диагностикаси бронхоектазлар билан қилиш керак бўлади.

Бронхиектазия, сурункали абцесслардан фарқли ўлароқ, асосан кичик ёшлардагиларда учрайди еркаklar ва аёлларда тенг тарқалган. Анамнезидан болаликда тез-тез ўпка яллиғланиш касалликлари бронхит учраши ва такрорланиб туриши бронхиектазия ривожланишига олиб келади. Сурункали абцесс билан оғриган беморларда авж олиш муддатлари камдан-кам ҳолларда бронхиектазиялар билан оғриган беморлар учун хос бўлган жуда кўп миқдорда балғам чиқиши билан кечади, бунда балғам катта миқдорда ("тўла оғиз"), айниқса, уйкудан кейин ерталаб чиқади. Бронхиектазия билан оғриган беморларнинг балғамида еластик толалар жуда кам топилади, сурункали абцессларда еса улар деярли ҳар доим топилади. Ўпка абцесслари кўпинча юқори ва пастки бўлақларнинг орқа сегментларида, айниқса ўнг томонда жойлашади. Кўпинча юқори бўлақ зарарланганда кўшни пастки бўлақ яллиғланиш жараёнида иштирок этади ва аксинча. Кўпинча сурункали абцесслар билан бўлақлар ва сегментларнинг комбинацияланган зарарланиши қайд етилади. Бронхоектазларда кўпинча ўпканинг пастки бўлақлари, шунингдек ўртача бўлақ ва тилчасимон сегментлар зарарланади.

Сурункали ўпка абцессини пневмония авж олиш даври ва абцессланувчи пневмония билан ҳамда ўпка саратони, сил касаллиги ва ўпка кисталари билан дифференциал

диагностикаси қилиш керак бўлади.

Даволаш. Радикал оператив даволаш - сегментэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия. Консерватив муолажа тамойиллари ўткир жароёндаги даволаш каби, жарроҳлик амалиётига тайёргарлик сифатида ёки жарроҳлик амалиётига монелик қиладиган кўрсатмалар бўлганда (жароённинг икки томонламалиги, кексалик ёши, қўшилиб келган патология борлиги), мустақил даволаш воситаси сифатида фойдаланилади. Дастлаб, сурункали ўпка абцесслари бўлган беморлар, одатда, интенсив консерватив даволанишга муҳтож, бу ҳам радикал жарроҳликка тайёргарлик. Ушбу даволанишнинг асосий мақсадлари қуйидагилардан иборат:

1) йирингли интоксикациянинг камайиши ва ўпкада яллиғланиш жараёнининг зўрайишини бартараф етиш;

2) патологик жараён туфайли бузилган нафас олиш ва қон айланиш тизимларининг функцияларини тузатиш, оксил, туз электролитик бузилишлар ва камқонликни бартараф етиш;

3) тананинг умумий қаршилиқ ва иммун ҳолатини ошириш.

Сурункали абцесслар туфайли ўпка резексияларидан кейинги асоратлар (ўпка-юрак етишмовчилиги, плевра емпиемаси ва бронхиал фистулалар, қон кетиши) тез-тез кузатилади ва ҳалокатли натижаларнинг асосий сабаби бўлиб, частотаси 10-15% ни ташкил этади. Ўпка резексиялари рўй берган беморларга реабилитация чора-тадбирлар керак.

Бронхоэктаз касаллиги

Бронхиэктаз касаллик-бронхларнинг қайтмас морфологик ўзгаришлар (кенгайтириш, деформация) ва функциясини бузилиши билан кечадиган, сурункали, йирингли ўпка касаллиги.

Бошқа ўпка касалликлари орасида бронхиэктаз касаллиги 10 дан 30% ни ташкил қилади ва флуорография билан бу касаллик 1000 та текширилган бемордан тахминан 1-2 тасида аниқланади. Беморларнинг ярмидан кўпи 5 ёшдан олдин ва барча беморларнинг учдан бир қисми-ҳаётнинг биринчи йилида ташхисланади. 10 ёшда ўғил ва қиз болаларда бронхиэктаз касаллиги учраш частотаси тенг. Балоғатга етишда ераклар аёлларга нисбатан 1,3-1,9 марта кўп касалланадилар. Катта ёшдаги аҳоли орасида (сексион маълумотларга кўра) бронхиэктазия частотаси 2 дан 4% гача бўлади. Бронх-ўпка системасининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, бронхлар девори эластик ва мушак компонентларининг деструкцияси муносабати билан бронхларнинг кенгайиб кетиши (бронхоэктази) дан иборат бўлган касаллик ҳисобланади. Унинг ривожланиш механизмини бронх-ўпка системасидаги туғма бузилишлар, бошдан кечирилган яллиғланиш жароёнлари, ёт жисмларнинг таъсири оқибатлари ва шу кабилар билан боғлайдилар.

Бронхоэктазлар турига кўра цилиндрсимон, қопсимон ва аралаш турларга бўлинади. Ателектатик бронхоэктазлар алоҳида гуруҳга ажратилади. Бронхоэктазлар айниқса болалик, ўсмирлик ёшида ва навкирон ёшда бирмунча кўпроқ учрайди.

Кўпчилик беморлар узоқ вақт хаста бўлиб юрадиган кишилардир. Анамнез тўғри йиғилганда тўлқинсимон кечаётган кўп йиллик касалликни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бунда қисқа муддатли авж олиш даврлари давомли ремиссия даврлари билан алмашилиб туради. Вақт ўтиши билан тез-тез авж олиши бўлиб туради, ремиссиялар эса қисқаради. Касалликнинг ўзига хос симптомлари: ўпка-бронх инфекциясининг тез-тез қўзиб туриши, йирингли бадбўй хидли (кўпинча эрталаб) балғам ажралиши, нафас сиқиши, қон туфлаш, ўртача юзага чиқадиган интоксикация белгилари ҳисобланади. Касалликнинг сўнгги босқичларида бемор бармоқлари одатда ноғора чўпларига ўхшаб кетади, тирноқ фалангалари эса соат ойналари кўринишига эга бўлади. Зарарланган ўпка қисми аускультация қилиб кўрилганда, майда пуфакчали жарангдор хириллашлар қайд қилинади.

Этиология. Бронхиэктазлар ривожланишининг енг машхур икки назарияси. Уларнинг бирига кўра, улар туғма касаллик, иккинчисига кўра эса орттирилган характерга эга ҳисобланади. Бу касалликнинг туғма келиб чиқиши учун далил эмбрион ўпка ривожланиш шароитлари муҳим хусусиятларга эга ерта болалик, уларнинг кўпчилигида плевра шиллиғи йўқлиги, бронхлар деворларининг тузилиши изоляция бузилиши, тез-тез чап томонлама ва пастки-бўлакда учрайди,

Бирок, аксарият муаллифлар бронхиал дарахтнинг генетик жиҳатдан аниқланадиган асосий этиологик омилни ҳисобга олган ҳолда, ушбу патологиянинг келиб чиқиши назариясига риоя қилишади (бронхиал деворнинг элементлари кам ривожланган - силлиқ мушак тузилмалари, эластик ва ҳафтага тўқималар, кам мудофаа механизмлари ва бошқалар.), бронхиал патогенликнинг бузилиши ва юқумли яллиғланишнинг пайдо бўлиши билан биргаликда бронхларнинг доимий деформациясига олиб келади. Бу ҳолат клиник кузатишлар билан тасдиқланади, чунки бронхиектазиянинг шаклланишига асосан грипп, ўткир респиратор касалликлар, қизамиқ, кўк йўтал, бронхит, пневмония, ўпка абцесслари, бирламчи сил мажмуаси, ўпка сили, аспирация қилинган бегона жисмларни трахеобронхиал дарахтдан, синусит, тонзиллит, аденоидлар ва бошқалар ёрдам беради.

Патогенез. Бронхиектазлар кўпинча обструктив ателектаз фонида ривожланади ва балғам оқилишининг бузилиши ва унинг бронхларда сакланиши билан боғлиқ бўлади. Бунга бронхиал ва перибронхиал тўқималар деворлардаги дистрофик ўзгаришлар ёрдам беради, ларнинг иннервациясининг бузилиши, бронхлар деворидаги яллиғланиш жараёнлари таъсирида қисқариш функцияси бузилади. Яллиғланиш ва склеротик ўзгаришлар билан бронхлар деворлари тонусини йўқотади ва бронхиал дарахт тозалаш функциясини йўқотади, бу бронхларнинг тўлиб-тошишига ва зарарланган балғам тўпланиб уларнинг ичдан кенгайишига олиб келади. Ўпка бир қисмининг пайдо бўлган ателектази бронхиектазиянинг шаклланишига кучли туртки бўлади. Бу зонада пневмосклероз ва пневмофиброз ривожланиши ҳамда ўпканинг таъсирланмаган жойлари емпиземаси туфайли шамоллатиш ва перфузион бузилишлар кўпайгани сари беморлар аста-секин ўпка юрак етишмовчилигига боради.

Патологик анатомияси. Чап ўпка ўнг томонга нисбатан 2-3 марта кўп касалланиши кузатилади. Болаликда чап томонлама бронхиектазлар устунлик қилади. 20 ёшдан бошлаб ўнг ва чап ўпканинг зарарланиш ҳолатлари тенглашади, 30 ёшдан кейин ўнг томонда учраши кўпроқ кузатилади. Икки томонлама зарарланишлар барча ёшларда бир хилда кузатилади. Бу жараённинг асосан пастки бўлакда жойлашад. Иккала ўпканинг умумий шикастланиши билан касалликнинг умумий шакллари тахминан 6% беморларда учрайди. Бронхлар катталашади ва деформацияланади ва уларнинг ичида шилимшиқ ва йиринг бўлади. Шиллиқ қават катталашади, бронхлар ички қисмида грануляциялар ва полиплар пайдо бўлади

Ўпканинг нафас жараёнда иштирок етувчи қисми ҳажми камаяди, бронхиал деворнинг мускул ва эластик тўқималари жойларда умуман бўлмайд. Бронхлар девори ва перибронхиал тўқималарда склеротик ўзгаришлар фонида лейкоцитлар, лимфоцитлар, моноцитлар ва плазма хужайраларининг яққол инфильтрацияси кузатилади. Ўпка-бронхиал томирлар анастомозлари тармоғи купаяди.

Бронхиектазлар ривожланишининг уч босқичи мавжуд.

I босқич: ўзгаришлар диаметри 0.5-1.5 см бўлган кичик бронхларни кенгайтириш билан чегараланади, бронхлар деворлари ўзгармайди, уларда йиринглаш бўлмайд. Кенгайтирилган бронхларнинг бўшлиқлари шилимшиқ билан тўлган.

II босқич: бронхлар деворларида яллиғланиш ўзгаришлари кўшилади. Катталашган бронхларда йиринг бўлади. Эпителийнинг бутунлиги бузилади, цилиндрик эпителий жойларда кўп қатламли ясси билан алмашинади. У шилинганда шиллиқ пардада ярачалар ҳосил бўлади. Субмукозал қатламда чандикли бириктирувчи тўқима ривожланади.

III босқич: пневмосклероз ривожланиши билан бронхлардан йиринглашнинг атрофдаги ўпка тўқимасига ўтиши кузатилади. Бронхлар анча кенгайди, уларнинг қалинлашган деворлари перибронхиал бириктирувчи тўқиманинг кучли ривожланиши билан некроз ва яллиғланиш белгиларини кўрсатади. Кенгайтирилган бронхларнинг бўшлиқлари йиринг билан тўлган, шиллиқ қавати баъзан улчанади ва грануляция тўқимаси билан қопланади. Мускул толалари ва тоғайлари нобуд бўлади ва бириктирувчи тўқима билан алмашинади.

Бронхоэктаз касаллиги таснифи:

Келиб чиқиши бўйича:

бирламчи (туғма) ва иккиламчи (орттирилган).

Бронхиал дилатация тури бўйича:

цилиндрсимон, қовоқсимон, кистасимон ва аралаш.

Тарқатиш бўйича:

чекланган ва кенг тарқалган, бир томонлама ва икки томонлама.

Клиник кечиши оғирлиги бўйича:

енгил, ўрта оғир, оғир, оғир асоратланган

Клиник кечиши бўйича:

ремиссия даври ва авж олиш даври.

Клиника. Бронхиектаз касаллиги узоқ давом етиши ва даврийлиги (асосан баҳор ва кузда) авж олиши билан характерланади. Кўпгина беморларда касалликнинг бошланғич нуқтаси пневмония ёки бронхитдир. Бир марта ўткир пневмония ёки бронхит чалинган сўнг бронхиектазиялар тақдирда, узоқ вақт, айниқса, ерталаб, кечки субфебрил тана харорати, анорексия, ифодаланган муко-йирингли балғам билан нам йўтал, умумий ҳолизилик билан намоён бўлади. Вақти-вақти билан касаллик ёмонлашади. Баъзи беморларда ўткир пневмониядан кейин йўтал сезилмас ривожланади, балғам миқдори аста-секин ортади ва касалликнинг дастлабки йилларида аниқ белгилар бўлмайди. Узоқ вақт давомида бу ҳолатни сурункали бронхит деб ҳисоблаш мумкин, бу кўпинча касалликнинг ҳақиқий ташхисини кечиктиради.

Болаларда бронхиектазни кеч ташхислаш ва самарасиз даволаш уларнинг ақлий ва жисмоний ривожланишини кечиктиришга сабаб бўлиши мумкин.

Бронхиетатик касалликнинг клиник ва рентгенологик белгилари унинг ривожланиш босқичига қараб ўзгаради. Ўпкада морфологик ўзгаришларнинг юқоридаги босқичларига мос келадиган касалликнинг учта ривожланиш босқичи мавжуд.

I — дастлабки босқичи. Муко-йирингли балғам билан доимий йўтал, бронхопневмония клиник манзараси билан касалликнинг белгилари мавжуд. Бронхография вақтида битта ўпка сегменти ичида цилиндрик бронхиектазлар аниқланади.

II — босқич — бронхиектазаларнинг йиринглаш босқичи. Уни икки даврга бўлиш мумкин. Биринчи даврда касаллик клиник жиҳатдан бронхопневмония шаклида авж олган йирингли бронхит билан намоён бўлади. Иккинчи даврда касаллик 100 дан 200 мл/суткагача йирингли балғам чиқиши билан доимий йўтал билан кечади. Баъзан гемоптиз ёки қон кетиши кузатилади. Касалликнинг бронхопневмония шаклида авж олиши йилига 2-3 марта кузатилади. Йирингли интоксикация, нафас олиш ва юрак етишмовчилиги пайдо бўлади. Рентгенологик текширувда умумий зарарланиш (1-2 бўлакларда), ўпка тўқимасининг фиброз соҳалари очиқ берилади. Авж олиш давларида пневмония ўчоқлари кузатилади.

III — босқич — ҳалокат босқичи. Уни ҳам икки даврга бўлиш мумкин: III а — касалликнинг оғир кечиши билан характерланади. Беморларда оғир интоксикация кузатилади. Чиқарилган йирингли балғам миқдори 500-600 мл/суткагача ортади; тез-тез гемоптиз ва ўпка қонаши юзага келади. Жигар ва буйрак функциясининг қисман қайтар бузилишлари ривожланади. Рентген текширувида турли хил бронхиектазларни, кенг тарқалган пневмосклерозни ва муҳитнинг таъсирланган ўпка томон сурилишини куриш мумкин.

III б босқичда III а санаб ўтилган белгилари юрак фаолиятининг оғир бузилишлари, нафас етишмовчилиги, жигар ва буйракдаги қайтмас дистрофик ўзгаришлар билан кўшилиб кетади.

Ривожланишнинг II босқичида беморларда иш қобилияти кескин пасаяди, III босқичда беморлар ишлай олмайдилар. Уларда нафас олаётган ҳавонинг ёқимсиз ҳиди ва кўп миқдорда балғам чиқиши бўлади.

Асоратлари. Асоратлари. Бронхиектаз ўпкадан қон кетиши, абсцесс ва ўпка гангреналари билан асоратланади. пневмофиброз ва эмфизема фонида ўпкадан ташқари йирингли жараёнлар ва сепсиси туфайли оғир ўпка юрак етишмовчилиги ва ўпка юрак хасталиги ривожланиш ва базан ўпка раки ривожланиши мумкин. Кўпинча бу касалликнинг кечиши бронхиал астма ва ўпка сили билан оғирлашади.

Диагностика. Бронхиектазияларда асосий шикоятлар балғам, гемоптиз, зарарланган томонда кўкрак қафасида безовталиқ ва оғриқ, нафас қисиши, иситма, терлаш, иш фаолиятини пасайиши, тана вазнини йўқотиши ва умумий ҳолсизликдир.

Бу касалликнинг энг характерли ва ерта симптоми балғам билан йўтал бўлиб, барча ҳолларда қайд етилади. Одатда, йўтал ерталаб ёки дарҳол жисмоний иш бошлагандан сўнг ортади ва кўп миқдорда балғам чиқиши билан бирга келади. Касалликнинг авж олиш даврида балғам йирингли ёки Муко-йирингли, хидли бўлади. Унинг миқдори кунига 0.5 литр ёки ундан кўп бўлиши мумкин.

Ремиссия вақтида балғам шилимшиқ ёки шилимшиқ-йирингли бўлиб, осон чиқиб кетади, унинг миқдори анча камаяди. Шуниси характерлики, бир вақтнинг ўзида кўп миқдорда ("тўла оғиз") балғам маълум бир вақтда, яъни чиқиб кетади.

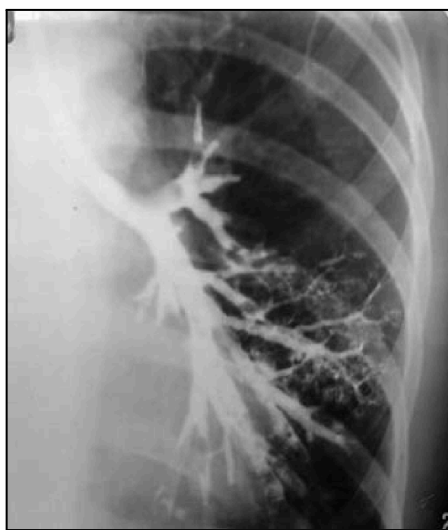
Авж олиш даврида, балғамни бронхиал дарахтдан эвакуация қилиш ушланиб қолади, кечкурунлари ҳарорат 39-40°С га кўтарилиши мумкин. ремиссия босқичида фақат кечки субфебриллик баъзи кунларда тана ҳароратини 38 °С ёки ундан кўпроқ ошириш мумкин.

Касалликнинг ривожланган босқичларида терининг рангпарлиги пайдо бўлади. Ўпканинг патологик ўзгарган соҳаларининг кўкрак девори кенг ва туташган соҳаси бўйича перкуссияда перкутор товуш эшитилади, турли миқдордаги полиморф (қуруқ ва нам) хириллашлар билан кучсизланган ёки қаттиқ нафас олишини аниқлаш мумкин.

Бу касаллик учун лаборатория маълумотлар жуда аниқ емас: камқонлик, лейкоцитоз, гипоалбуминемия, фибриногенемия, қизил қон ҳужайралари ва тромбоцитлар агрегация хусусиятларининг ортиши ўткир босқичида пайдо бўлади. Бу даврда балғам микрофлорасининг табиатини ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадга мувофиқдир. Катта дифференциал диагностик қиймат-сил таёқчаси учун балғамни флотация йўли билан қайта текшириш. Бронхиектазияларнинг локализацияси, тарқалиши ва турини тушуниш ва аниқлашда рентген текшируви етакчи рол ўйнайди.

Бронхиектазияларнинг локализациясини тасдиқловчи ва белгилайдиган асосий рентген усули иккала ўпка бронхларининг мажбурий ва тўлиқ контрасти билан бронхография бўлиб, у бир вақтнинг ўзида ва навбат билан бажарилиши мумкин. Бронхларни контраст моддаси билан яхши тўлдириш, шунингдек, ушбу тадқиқотнинг салбий оқибатларини бартараф етиш учун трахеобронхиал дарахтнинг дастлабки ва кейинги яхшилаб санация қилиш керак. Бронхографик жиҳатдан зарарланган ўпка бўлимида 4-6-тартибли бронхлар кенгайишининг у ёки бу тури, уларнинг яқинлашиши ва периферик бўлимларнинг тўлиқ тўлмаслиги қайд етилади (3-расм.).

Ўпка саратони истисно қилиш, йирингли ендобронхитнинг локализацияси ва оғирлигини аниқлаш, шунингдек трахеобронхиал дарахт санация қилиш учун даволовчи ва диагностик бронхоскопия қилинади ва ювиш сувларини ситологик текшириш ёки биопсия олинади.



Расм. 3. Бронхография.

Дифференциал диагностикаси. Бронхиектаз касаллигини ўпка сили, сурункали пневмония, сурункали бронхит, сурункали абцесслар, саратон ва ўпканинг кисталаридан фарқланиши керак.

Ўпка туберкулёзи ушбу патология билан оғриган бемор билан алоқа қилганини анамнези

кўрсатиши мумкин, зарарланиш юқори булакда жойлашади, балғамда сил таёқчасини такрорий аниқлаш, мусбат туберкулин ва ўзига хос серологик реакциялар, рентген текширувида егат ўчоқлари ва петрификатларни аниқлаш, қонда лимфоцитоз.

Шунга ўхшаш клиник белгилар фонида сурункали абцесслар ва йиринглаган кисталарда, рентгенологик жихатдан ўпкада периферик инфильтрация ёки юпка деворлар зонаси бўлган "курук" ёки суёқ сатҳли кўриш мумкин. Ушбу патологияда бронхларнинг кенгайиши ва деформацияси ҳам содир бўлмайди, лекин ендобронхит бўлиши мумкин.

Даволаш. Консерватив даво I босқичдаги беморлар ва касалликнинг II босқичидаги айрим беморлар учун, шунингдек жарроҳлик муолажаси учун тайёгарлик учун кўрсатилади. Ўткир йирингли ўпка касалликларини даволашнинг юқоридаги тамойилларига мувофиқ амалга оширилади. Жарроҳлик даволаш касалликнинг II—III босқичида беморлар учун кўрсатилади. III босқичида жараённинг тарқалиши ва ички органлар функциясининг қайтмас бузилиши туфайли радикал жарроҳлик мумкин эмас.

Операция ўпканинг зарарланган қисмини олиб ташлашдан иборат. Сегментэктомия, лобэктомия ва биллобэктомияни бажарилади. Чекланган икки томонлама зарарланишлар билан, икки томонлама ўпка резексияси бажариш мумкин. Улар бир вақтда ёки кетма-кет, аввал бир томонда, кейин иккинчи томонда бажарилади.

Оператив даволашда бронхиектазия билан беморларнинг тахминан 40% керак. Уни амалга ошириш 7 ёшдан 24 ёшгача енг мақбулдир. Ўпка резексиясига кўрсатмалар касалликнинг тарқалиши ва хусусиятлари, беморларнинг умумий аҳволи ва уларнинг функционал ишга яроқлилигини баҳолаш асосида аниқланади. Бронхиектазиялар билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий кўрсаткичлари-бу абсиссия, гемоптиз ёки консерватив даволаниш ёрдам бермайдиган қон кетиш ҳисобланади. Жарроҳлик даволаш икки томонлама умумий зарарланишлар, декомпенсацияланган ўпка-юрак ёки буйрак-жигар етишмовчилиги ыарши курсатма ҳисобланади. Икки томонлама чегараланган бронхиектазиялар билан биринчи операциядан 6-12 ой ўтгач, тескари томонда ўпка резексияси ҳам мумкин.

Натижаси. Бронхиектазиянинг дастлабки шакли бўлган беморларнинг кичик бир қисми рационал даволаниш билан барқарор тикланишни кутишлари мумкин. Кўпчилик беморлар учун прогноз яхши эмас. Касалликнинг клиник кўринишларидан бошлаб беморларнинг ўртача умр кўриши 15 йилга тенг. Тўғри ташкил етилган даволаниш ва назорат қилиш билан сиз бир неча йил давомида иш қобилиятини сақлаб қолишга еришишингиз мумкин. Консерватив даволаш самарасиз бўлган ва жарроҳлик аралашуви мумкин бўлмаган беморлар аста-секин оғир нафас олиш ногиронлигига айланиб, ўпка юраги, ўпка қонаши, бронхиал астма ва ҳоказолардан вафот этадилар.

Бронхиектазиялар учун режалаштирилган операциялардан кейин ўлим даражаси 1% дан ошмайди, аммо беморларнинг тахминан 12% да жарроҳлик даволаш радикал аралашувларнинг камлиги, жараённинг тарқалиши ва янада ривожланиши туфайли қониқарсиз натижалар беради.

Бронхиектазияларнинг олдини олиш грипп, бронхит, пневмония ва ўпка ва юқори нафас йўлларининг бошқа касалликларини олдини олиш ва оқилон даволашдан иборат. Инфекция ўчоқлари - танглай бодомча безлари Параназал синуслар, кариоз тишларнинг ўз вақтида даволатиш катта аҳамиятга ега.

Пневмосклероз

Пневмосклероз – ўпкадаги дистрофик жараёнлар натижасида ривожланадиган ўпка тўқимасини бириктирувчи тўқима билан алмаштириш билан характерланадиган нафас тизими касаллиги. Бу алмаштириш бузилиши билан бирга бўлади: еластиклик, патологик ўзгарган жойларда бириктирувчи тўқиманинг алмашуви ва ўсиши бронхиал дарахтнинг деформациясига, тўқималарнинг сиқилишига сабаб бўлади. Ўпкалар газ алмашинуви камаяди, улардаги ҳаво ҳажми камаяди.

Сабаблари: пневмосклероз одатда бошқа бир қатор нафас йўллари касалликлари натижасида ривожланади, лекин баъзан мустақил касаллик сифатида ривожланади. Пневмосклерознинг енг кенг тарқалган сабаблари:

●Аспирация натижасида келиб чиққан пневмония, туберкулёз очик ва ёпик шакллари, ўпканинг замбуруғли инфекциялари

●Сурункали обструктив ўпка касаллиги, сурункали бронхит, ўпка ателектази, плеврит

●Алвеолит, пневмокониоз, ўпка саркоидози ҳамда плевра ва ўпка тўқимаси бутунлигини бузган ҳолда турли кўкрак қафаси жароҳатлари, қовурға синишлари

●Ирсий ўпка касалликлари

Пневмосклероз турлари ва шакллари

Ўзгартириш ва жараённинг оғирлигига кўра, ўпка фибрози (паренхимада чекланган ўзгаришлар) ўпка тўқимаси билан нормал ҳаво алмашинадиган аркон шаклида ажратилади.

Иккинчи тур. Ўпка паренхимасини бириктирувчи тўқима билан тўғридан-тўғри алмаштириш ва сиқиш билан тавсифланади. Пневмосклерознинг энг оғир шакли ўпканинг циррозидир. Ушбу шакл билан ўпканинг барча элементлари ва тузилмалари бириктирувчи тўқима билан алмаштирилади, плевра зичлашади, медиастинал органлар (юрак, аорта, ўпка артериялари, ичи бўш томирлар) зарарланган томонга силжийди.

Тарқалиш даражасига кўра пневмосклероз фарқланади – чегараланган (ўткир) ва диффуз (кенг тарқалган). Чекланган пневмосклероз ўз навбатида катта ва кичик фокаларга бўлинади.

Чекланган пневмосклероз-ўпканинг чекланган қисмининг ўзгариши ва бу қисмдаги ҳажмнинг пасайиши кузатилади. Ўчоқли пневмосклерознинг махсус тури карнификация – пневмоник склероз ҳисобланиб, унда ўпка тўқимаси хом гўштнинг кўриниши ва консистенциясига ега. Чекланган склероз одатда газ алмашинуви функциясига сезиларли таъсир қилмайди. Диффуз пневмосклероз бутун ўпкага, оғир ҳолларда иккала ўпкага таъсир қилади. Зарарланган ўпкада ўпка тўқимаси сиқилиб, ўпканинг ҳажми анча камаяди номал тузилиши йўқолади. Ўпка зарарланишининг бу тури билан ўпка қаттиқ ва вентиляция камаяди.

Симптомлари: Ўчоқли пневмосклерозда одатда ташқи белгилар бўлмайди, баъзан оз миқдорда балғам билан йўтал бўлади. Диффуз пневмосклерозда бемор нафас қисишидан хавотирда, бу касалликнинг бошида фақат жисмоний фаолият пайтида пайдо бўлади, лекин жараён давом этиши билан тинч пайтида ҳам пайдо бўлади. Текширишда: беморнинг териси оқарган, сианотик. Асосан диффуз пневмосклероз сурункали бронхитнинг клиник манзарасига ега бўлади. Беморлар йўталдан, баъзан йирингли балғам билан шикоят қиладилар. Оғриқ кўкрак қафасида, вазн йўқотиш, ҳолсизлик ва чарчоқ бўлиши мумкин. Гипертензия кичик қон айланиш доирасида ҳам ривожланади.

Ўпка циррози билан қуйидаги белгилар ривожланади-кўкрак тузилишининг бузилиши, қовурғалараро мускуллар атрофияси, медиастинал органлар ва трахеялар зарарланган томонга силжийди.

Пневмосклероз асоратлари

●Ўпка вентиляциясининг қўпол бузилиши

●Юрак-қон томир етишмовчилиги

●Нафас етишмовчилиги

• Емфизема

Диагностика

●Беморни суҳбат ва текшириш.

●Аускултация, перкуссия-зарарланган соҳа устида нафаснинг заифлашиши, турли хириллашлар, перкуссия – дағал товушлар ешитилиши мумкин.

●Рентгенография

●Бронхография

●Компьютер томография

●Магнитно-резонанс томография

Даволаш пневмосклерозни даволашда асосий нарса пневмосклерознинг ривожланишига олиб келган сабабларни бартараф етиш. Яллиғланиш даврида беморларга шифохонада ёрдам кўрсатилади. Ўчоқли пневмосклероз, одатда, фаол тиббий аралашувларни талаб қилмайди. Яллиғланиш жараёнлари билан оғирлашса, етарли антибактериал терапия буюрилади. Баъзан

бронхоалвеоляр лаваж амалга оширилади (бронхиал дренажни яхшилаш). Юрак-қон томир етишмовчилиги ривожланиши билан юрак гликозидлари ва калий препаратлари буюрилади.

Дори-дармонлардан ташқари, физиотерапия яхши таъсир кўрсатади. Массаж, даволаш жисмоний машқлар, курслар кислород даволаш.

Баъзи ҳолларда пневмосклероз операция қилишни талаб қилади. Фокал пневмосклерозда ўпканинг зарарланган соҳаси резексияси бажарилади.

5. Амалий қисм

5.1. Вазиятли масалалар.

1-масала

50 ёшли бемор ўнг ўпка кўплаб абсцесси бўйича амалиёт ўтказган. Ўнг томонлама пульмонэктомия ўтказилган. Бемор ўзига келганидан сўнг 20 дақиқа ўтгач тахикардия, қон босимининг 50/0 мм сим.уст.гача тушиши кузатилди. Перкуссияда кўкрак қафаси пастки қисмларида бўғиқ овоз эшитилади.

- 1) Сизнинг бирламчи ташхисингиз
- 2) Ташхисни тасдиқлаш учун қандай инструментал текширувлар ўтказилиши зарур
- 3) Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислаш лозим
- 4) Бу ҳолатда шифокор тактикаси

2-масала

44 ёшли беморда совуқотиб қолишдан сўнг тана ҳарорати 39°Сгача кўтарилди. Кўкрак қафасининг ўнг ярмида нафас олиш актида кучаядиган оғриқлар ва йўтал пайдо бўлди. Интенсив яллиғланишга қарши давога қарамасдан иситма 8 кун сақланди. Ундан кейинги кунларда суткасига 200 мл миқдорда йирингли балғам ажралишни бошлади ва тана ҳарорати нормагача тушди. Текширув чоғида ўнг курак остида перкутор бўғиқ товуш аниқланади, аускультацияда суст нафас.

1. Сизнинг бирламчи ташхисингиз
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қандай инструментал текширувлар ўтказилиши зарур
3. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислаш лозим
4. Бу ҳолатда шифокор тактикаси

3-масала

30 ёшли бемор йўталга, бадбўй хидли кўп миқдорда балғам ажрашига, тана ҳароратининг кўтарилишига, умумий ҳолсизлик ва кўкрак қафасида чап томонлама оғриқга шикоят қилмоқда. Юқоридаги белгилар 14 кундан бери, бемор уй шароитида ўзини ўзи даволаган. Кўкрак қафаси рентгенограммаси амалга оширилганда чап ўпка юқори бўлагида юмалоқ шаклдаги, четлари нотекис 6 смли сояланиш, суюқлик сатхи ва газ билан аниқланади.

1. Сизнинг бирламчи ташхисингиз
2. Ташхисни тасдиқлаш учун яна қандай инструментал текширувлар ўтказилиши зарур
3. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхислаш лозим
4. Бу ҳолатда шифокор тактикаси

Масала №1.

38 ёшли эркак киши тана ҳароратининг 38,5 С гача кўтарилиши, қийин ажралувчи йирингли балғам билан йўтал, титроқ, кўп терлаш, кураклар орасида ўнг томонлама йўтал вақтида кучайувчи оғриқ, нафас етишмовчилиги, юрак тез уриши, иштаҳасизлик, умумий ҳолсизликга шикоят қилиб терапевтга мурожат қилди. Анамнезидан: 2 ой олдин бирдан касал бўлган. Касаллик тана ҳароратининг 38,7 С гача кўтарилиши, қуруқ йўтал билан бошланган,

кейинчалик кўкрак қафасида оғриқ безовта қила бошлаган. Ўзи уй шароитида вирусга қарши, балғамни юмшатувчи дори воситалари билан даволанган. Объектив: умумий ҳолати ўрта оғир. Тери қопламлари рангпар, юзида цианоз белгилари. Тана ҳарорати 38,1 С. НОС - 26 та дақ.. Перкутор ўпка товуши, ўнг томонлама курак остида бир оз тўмтоқ товуш. Аускультатив ўпкаларда дағал сусайган товуш, ўнг томонлама курак остида амфорик товуш. АҚБ 100/70 мм сим. уст. ЮҚС 110 та дақ.. Юрак тонлари бўғиқ, ритмик. Периферик шишлар йўқ.

Лаборатор-инструментал текширувлар: УҚТ: эритроцитлар - 4,4 млн, гемоглобин -125 г/л, лейкоцитлар – 14минг. (т/я - 6%, с/я - 54%), лимфоцитлар - 25%, моноцитлар - 5%, эозинофиллар - 1%, ЭЧТ - 27 мм/с. Кўкрак қафаси рентгенографияси: ўнг ўпка ўрта бўлагида йирик овалсимон сояланиш ўчоғи, бўшлиғи суюқлик сатҳи билан.

1. Диагноз қўйинг.
2. Текширув режасини тузинг.
3. Қийосий таққослаш ўтказинг.

Масала № 2.

40 ёшли аёл бемор кўп миқдорда йирингли балғам ажралиши (кўпроқ эрталаб), нафас сиқиши, тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши, жисмоний юклама вақти нафас етишмовчилиги, холсизлик, терлаш, титроқ, тез толиқишга шикоятлар билан мурожат қилди. Анамнездан: сўнгги 5 йил ҳар куни эрталаб 50 мл миқдорда, кучайган вақти 100 мл миқдорда йирингли балғам ажралади. Бир неча бор терапевтик ва пульмонологик бўлимларда даволанган. Объектив: тери қопламлари оч пушти рангда. Бармоқларнинг сўнгги фалангалари қалинлашган («барабан таёқчалари») ва тирноқлари деформацияга учраган («соат ойналари»). ЮҚС 90 та дақ.. НОС 21 та дақ.. Перкутор қутисимон ўпка товуши. Аускультатив суст нафас, ҳўл йирик пуфакли хриплар.

4. Диагноз қўйинг.
5. Текширув режасини тузинг.
6. Қийосий таққослаш ўтказинг.

Масала № 3.

Бемор К., 72 ёш, нафақахўр. Шикоятлари: йирингли балғам билан йўтал, эрталаблари нафас сиқиши, холсизлик, юрганда нафас етишмовчилиги, баъзан тана ҳароратининг 37,6—37,7°С гача кўтарилиши. Ўзини 20 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Касаллигини ўтказилган пневмония билан боғлайди. Сўнгги 10 йилдан бери ҳар тонгда 50 мл йирингли балғам ажралади, кучайиш даврида –100 млдан ошади. Бир неча бор терапевт ва пульмонологда даволанган. Стационар даврдан сўнг ўзини яхшироқ ҳис қилади. Сўнгги йилларда касалликнинг кучайиш вақти алулент ва балғамни юмшатувчи дорилардан сўнг ўтиб кетувчи нафас сиқиши приступлари безовта қила бошлади. Кўрикда: умумий ҳолати қониқарли, тери қопламлари ва кўринадиган шиллиқ қаватлари одатий рангда, пульс 80 та дақ., ритмик. Юракда – ёшига ҳос ўзгаришлар. Кўкрак қафаси олд-орқа ўлчамлари катталашган, қовурғалараро оралиғи нафас олганда тортилади. НОС 22 та дақ.. Перкутор қутисимон ўпка товуши иккала томонда. Аускультатив дағал товуш, нафас чиқарганда қуруқ хриплар эшитилади. Ўпка пастки қисмида ва кураклар орасида ҳўл, жарангли, кичик ва йирик пуфакчали хриплар. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Бармоқлари барабан таёқчалари шаклида.

1. Сизнинг ташхисингиз?
 2. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай қўшимча текширувлар ўтказиш лозим?
- Сизнинг тактикангиз?

5.2. Назорат учун саволлар.

1. Ўпка йирингли касалликлари термини остида нима тушунилади?
2. Ўпка ўткир абсцессига таъриф беринг?
3. Ўпка гангренашига таъриф беринг?

4. Ўпка гангреноз абсцессига таъриф беринг?
5. ЎЎЙДК қандай этиологик факторлари мавжуд?
6. ЎЎЙДК классификацияси?
7. ЎЎЙДК патогенези?
8. Ўпка ўткир абсцесси биринчи даврининг клиник кечими?
9. Ўпка ўткир абсцесси иккинчи даврининг клиник кечими?
10. Ўпка тарқалган гангренасининг клиник кечими?
11. ЎЎЙДКда нур ташхислаш усулари?
12. ЎЎЙДКда фибробронхоскопия?
13. ЎЎЙДКда лаборатор ва функционал текширув усуллари?
14. ЎЎЙДКнинг даволаш принциплари?
15. ЎЎЙДКнинг умумий давоси?
16. ЎЎЙДКнинг этиотроп давоси?
17. ЎЎЙДКни жаррохлик усулидаги давосига кўрсатмалар?
18. ЎЎЙДКда деструкция ўчоқларини оптимал равишда дренажлаш?
19. ЎЎЙДКда йирингли ўчоқни ликвидация қилишга қаратилган амалиёт усуллари?
20. Эндоген интоксикацияни камайтиришга қаратилган инфузион-трансфузион терапия?
21. Ўпка сурункали йирингли касалликлари классификацияси.
- 22.** Қандай микроорганизмлар ўпка тўқималарида йирингли жараёнларни келтириб чиқаришади?
23. Ўпка ўткир абсцессини сурункалига ўтишининг асосий сабаблари?
24. Ўпка сурункали абсцессининг клиник ва рентгенологик манзараси қандай?
25. Ўпка сурункали абсцессининг классификацияси.
26. Ўпка сурункали абсцесси қандай даволанади?
27. «Бронхоэктазия», «бронхоэктатик касаллик» тушунчаларига изох беринг.
28. Бронхоэктатик касаллик этиологияси. Мойиллик факторлари.
29. Бронхоэктатик касаллик патогенези.
30. Бронхоэктатик касаллик классификацияси ва диагнозини шакллантириш.
31. Бронхоэктатик касалликнинг оғирлик даражаси ва касаллик даврига боғлиқ клиник кечими.
32. Бронхоэктатик касалликнинг ташхислаш ва қиёсий ташхислаш.
33. Бронхоэктатик касалликни даволаш принциплари.
34. Бронхоэктатик касаллик кучайиш даврида антибактериал терапия: антибиотикни ташлаш, берилиш усуллари, дозаси ва терапия давомийлиги.
35. Муколитик терапия: муколитикни танлаш, берилиш усуллари, дозаси, даволаш давомийлиги.
36. Бронхолитик терапия: кўрсатма, дори моддасини танлаш, берилиши.
37. Бронхоэктатик касаллик билан хаста беморларга физиотерапия ўтказиш усуллари ва қоидалари.
38. Бронхоэктатик касалликни оператив даволашга кўрсатмалар.
39. Бронхоэктатик касалликни бирламчи ва иккиламчи профилактикаси.
40. Бронхоэктатик касалликда терапевтик прогноз.

6. Билим, малака ва кўникмаларни назорат қилиш шакллари

1. Оғзаки суров.
2. Олинган амалий кўникмаларни намоёни қилиш.
3. Вазият муаммоларини ҳал қилиш.
4. Назорат учун саволларга жавоблар.
5. Тест назоратини баҳолаш.

7. Жорий назоратни баҳолаш мезони

№	Ўзлаштириш, %	Баҳо	Талабани билим даражаси
1	96-100%	Аъло “5”	Саволларга тўлиқ тўғри жавоб. Хулоса қилади ва қарор қабул қилади, ижодий фикрлайди, мустақил равишда таҳлил қилади. Вазиятли топшириқлар тўғри, ижодий ёндошилган, жавоб учун тўлиқ асосли. У интерфаол ўйинларда актив, ижодий равишда қатнашади, тўғри қарорларни чиқаради ва хулоса қилади, таҳлил қилади.
2	91-95%	Аъло “5”	Саволларга тўлиқ тўғри жавоб. У ижодий фикрлайди, мустақил равишда таҳлил қилади. Вазиятли топшириқлар тўғри, ижодий ёндашув ва жавобни асослаш билан ҳал қилинади. Интерфаол ўйинларда актив, ижодий иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади.
3	86- 90%	Аъло “5”	Берилган саволлар тўлиқ ёритилган, аммо жавобларда 1-2 та ноаниқликлар мавжуд. Мустақил равишда таҳлил қилади. Вазият муаммоларини ҳал қилишда ноаниқликлар, аммо тўғри ёндашув билан. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади.
4	81-85%	Яхши “4”	Берилган саволлар тўлиқ ёритилган, аммо 2-3 та ноаниқликлар, хатолар мавжуд. У амалда қўлланилади, масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан айтади, аниқ фикрларга эга. Вазият муаммолари тўғри ҳал қилинган, аммо жавобни асослаш этарли эмас. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этади, тўғри қарор қабул қилади.
5	76-80%	Яхши “4”	Муаммони тўғри, аммо тўлиқ ёритмаслик. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гапиради, аниқ фикрларга эга. Интерфаол ўйинларда актив иштирок этиш. Вазиятли топшириқлар бўйича тўлиқ бўлмаган ечимлар берилади.
6	71-75%	Яхши “4”	Муаммони тўғри, аммо тўлиқ ёритмаслик. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гапиради, аниқ фикрларга эга. Вазиятли топшириқлар бўйича тўлиқ бўлмаган ечимлар берилади.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб. У масаланинг моҳиятини тушунади, ишонч билан гаплашади, фақат мавзунинг айрим мавзуларида аниқ вакиллар мавжуд. Вазият муаммолари тўғри ҳал қилинади, аммо жавоб учун асос йўқ.
8	61-65%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб. У ноаниқлик билан гапиради, фақат мавзунинг аниқ бир қисми бўйича аниқ жавоб мавжуд. Вазиятли масалаларни ечишда хато қилади.
9	55-60%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмида хатолар билан жавоб. У ноаниқ гапиради, мавзу бўйича қисман тақдимотларга эга. Вазият муаммолари нотўғри ҳал қилинган.

10	50-54%	Қониқарсиз “2”	Берилган саволларнинг 1/3 қисмига тўғри жавоб. Вазиятли масаллаларда нотўғри ёндашув билан нотўғри ҳал қилинади.
11	46-49%	Қониқарсиз “2”	Берилган саволларнинг 1/4 қисмига тўғри жавоб. Вазият муаммолари нотўғри ёндашув билан нотўғри ҳал қилинади.
12	41-45%	Қониқарсиз “2”	Белгиланган саволларнинг 1/5 қисмини хатолар билан ёритиш. Саволларга тўлиқ ёки қисман нотўғри жавоблар беради.
13	36-40%	Қониқарсиз “2”	Нотўғри ёндашув билан саволларнинг 1/10 қисмини ёритиш.
14	31-35%	Қониқарсиз “2”	Саволларга жавоб бермайди

Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	Давомийлиги (% ишчи ўқув дастур бўйича)
1	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш)		5%
2	Амалий машғулот мавзусини муҳокама қилиш, янги педагогик технологиялардан фойдаланган ҳолда талабаларнинг бошланғич билимларини баҳолаш	Сўров, тушунтириш	30%
3	Муҳокамани яққунлаш		10%
4	Талабаларни кўргазмали қуроллар билан таъминлаш ва уларга тушунтиришлар бериш		10%
5	Амалий кўникмаларни эгаллаш, беморларни текшириш ва назорат қилишда талабаларнинг мустақил иши		20%
6	Олинган назарий билимлар асосида ва амалий иш натижалари асосида ва гуруҳнинг ушбу баҳосини ҳисобга олган ҳолда дарс мақсадига эришиш даражасини ойдинлаштириш	Оғзаки сўров, ёзма сўров, тестлар, амалий иш натижаларини текшириш, муҳокама.	20%
7	Ушбу дарс бўйича ўқитувчининг фикри. Талаба билимини баҳолаш ва уни эълон қилиш.	Маълумот	5%

9. Тавсия этилган адабиётлар

I. Асосий:

1. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Xirurgik kasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургик касаликлар. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.

5. Хирургические болезни. Под ред. М. И. Кузина., Медицина, 2002.
6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф. Г. с соав. Ташкент 2004 г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю. М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А. Справочник практического врача в 3-х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия Москва. Практика 1998
10. Назыров Ф. Г., Денисов И. И., Улугбеков Э. Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
11. Петровский Б. В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М. Медицина 1959-1966.

II. Қўшимча:

12. Гостищев, В. К. Инфекции в торакальной хирургии. Руководство для врачей - М., 2004.
13. Бисенков, Л. Н. Торакальная хирургия: Руководство для врачей (под ред. Л. Н. Бисенкова) / Л. Н. Бисенков, Н. В. Бебия, С. В. Гришаков. - СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2004.
14. Островский, В. К. Патогенетические механизмы и лечение острых гнойно-деструктивных заболеваний легких / В. К. Островский. - Ульяновск : Изд-во Ульян. гос. ун-та, 1999.
15. Чернеховская, Н. Е. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания / Н. Е. Чернеховская. - М. : МЕДпресс-информ, 2008.