

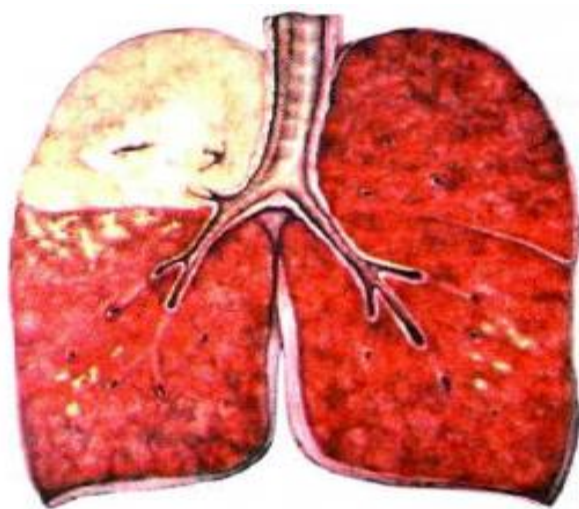
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ФТИЗИАТРИЯ, ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

“Тасдиқлайман”
Ўқув ва тарбиявий ишлар проректори, доцент:
Г.Ж.Жарылкасынова _____
« ____ » _____ 2019 йил

Кафедра йиғилиш баённомаси
_____ 2019 йил
Фанлараро услубий комиссия
йиғилиш баённомаси _____
_____ 2019 йил
Марказий услубий комиссия
йиғилиш баённомаси _____
_____ 2019 йил

ФТИЗИАТРИЯ ФАНИДАН ЎҚУВ-УСЛУБИЙ МАЖМУА

Даволаш ва педиатрия, тиббий педагогика ва ОХИ факултети
4- курс талабалари учун



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНИСТУТИ**

ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

Билим соҳаси:	700000 - Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Таълим соҳаси:	720000 - Соғлиқни сақлаш
Таълим йўналиши:	5720100 - Даволаш иши
	5140900 - Тиббий-педагогика

ФАННИНГ НОМИ: ФТИЗИАТРИЯ

Тузувчилар:	т.ф.н., доцент: Муаззамов Б.Р.
	т.ф.н., ассистент: Усмонов И.Х.
	ассистент: Жумаев М.Ф.
	ассистент: Рустамова С.А.

Такризчилар:	Облоқулов А.Р – т.ф.д. проф., юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедраси мудири,
	Мансурова М. Х – т.ф.н., микробиология кафедраси доценти.

Мундарижа

Титул.....	1-2 бет
Аннотация.....	3 бет
Намунавий укув дастури.....	4-14 бет
Ишчи дастур.....	15-29 бет
Силлабус.....	30-45
Замонавий педагогик технологиялар.....	46-62 бет
Оралиқ ва ОСКЕ саволлари.....	63-65 бет
Тест саволлари.....	66-86 бет
Вазиятли масалалар.....	87-120 бет
Амалий қисм:	
Маъруза №1.....	121-125 бет
Маъруза №2.....	126-138 бет
Маъруза №3.....	139-150 бет
Маъруза №4.....	151-163 бет
Маъруза №5.....	164-169 бет
Маъруза №6.....	170-177 бет
Маъруза №7.....	178-186 бет
Маъруза №8.....	187-195 бет
Маъруза №9.....	196-208 бет
Маъруза №10.....	209-225 бет
Амалий машғулоти №1.....	226-240 бет
Амалий машғулоти №2.....	240-249 бет
Амалий машғулоти №3.....	250-259 бет
Амалий машғулоти №4.....	260-276 бет
Амалий машғулоти №5.....	277-290 бет
Амалий машғулоти №6.....	290-303 бет
Амалий машғулоти №7.....	304-311 бет
Амалий машғулоти №8.....	312-323 бет
Амалий машғулоти №9.....	324-333 бет
Амалий машғулоти №10.....	333-355 бет
Мустақил иш мавзуси.....	356 бет
Рейтинг низоми.....	357-362 бет
Глоссарий.....	363 бет
Мундарижа.....	364 бет

Аннотация

Ушбу ўқув услубий мажмуа 4-курс даволаш ва педиатрия, тиббий педагогика ва ОХИ факультети талабалари учун мўлжалланган. Ўқув услубий қўлланмада фтизиатрия фанига оид ўқув ва ишчи дастури, тест саволлари, вазиятли масалалар, оралиқ ва якуний баҳолаш саволлари, маъруза ва амалий машғулотлар мавзулари ва мавзуларга оид қисқача тушунчалари берилган. Амалий машғулот ва маърузаларни силнинг клиник таснифи бўйича туберкулёз этиологияси, патогенези, клиник кўринишлари, ташхислаш, даволаш усуллари ва профилактикаси, ўпкадан ташқари аъзолар сили, туберкулёз беморларини даволаш усуллари, силга қарши муассасалар, уларнинг тузилиши, вазифалари, гуруҳларга ажратиш, силнинг махсус ва химио профилактикаси, туберкулёз ўчоғи ва унда олиб бориладиган ишлар, туберкулёз касаллигини аниқлашда УДТнинг ўрни, СЭС вазифалари мавзуларида тўлиқ ва аниқ ёритилган. Бундан ташқари туберкулин, турлари, туберкулин ёрдамида ташхислаш усуллари кўрсатиб ўтилган. Фтизиатрия фани бўйича йўриқнома, талабаларни баҳолаш рейтинг низоми, талабалар мустақил иши мавзулари баён этилган. Бундан ташқари мажмуада ДОТС дастури, тамойиллари, вазифалари, дастур асосида даволаш тоифалари, фазалари, ДОТС(+) тўғрисида маълумотлар берилган. Шу билан бирга тиббиёт институти талабаларининг туберкулёз касаллигини ўрганишдан асосий мақсади мажмуада кўзда тутилган нозологик турларнинг типик кўринишлари, клиникасини ўрганиш, ўз вақтида касалликнинг асосий белгиларини аниқлаш, даволаш ва профилактик ишларида керак бўладиган билимларни эгаллаш зарур. Мазкур мажмуада туберкулёз касаллиги этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, туберкулёз касаллигининг асосий клиник симптомлари, уларнинг ташхисот принциплари, қиёсий ташхисот аспектлари, шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш чоралари, шунингдек профилактика асослари (умумий ва махсус) киритилган. Шу билан фан бўйича асосий ва қўшимча адабиётлар рўйхати кўрсатилган.

КИРИШ

Ҳозирги кунда туберкулёз касаллиги кенг тарқалган ва умумий амалиёт шифокори фаолиятида кўп учрайди. Бу эса тиббиёт ходимлари (врачлар, ҳамширалар) олдида қийинчиликлар туғдирмоқда. Олий ўқув юрти талабаларига туберкулёз касаллигини ўқитиш муҳим масалаларидан биридир.

Тиббиёт институти талабаларининг туберкулёз касаллигини ўрганишдан асосий мақсади мажмуада кўзда тутилган нозологик турларнинг типик кўринишлари, килиникасини ўрганиш, ўз вақтида касалликнинг асосий белгиларини аниқлаш, даволаш ва профилактик ишларида керак бўладиган билимларни эгаллаш зарур. Мазкур мажмуада туберкулёз касаллиги этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, туберкулёз касаллигининг асосий клиник симптомлари, уларнинг ташхисот принциплари, қиёсий ташхисот аспектлари, шошилиш ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш чоралари, шунингдек профилактика асослари (умумий ва махсус) кiritилган.

Мазкур мажмуа фанни дастур асосида даволаш ва тиббий-педагогика факультети талабаларига қандай етказиб беришни ўргатади. Шунингдек, бу мажмуа туберкулёз касаллиги патологиясининг асосий назарий ва клиник аспектлари бўйича умумий амалиёт шифокори, шунингдек тиббиёт коллежлари учун ўқитувчилар тайёрлашга ёрдам беради.

Туберкулёз касаллиги циклини ўрганиш жараёнида бакалавр-талаба асосий назарий билимларини, амалий кўникмаларини туберкулёз фанидан ўқитиш учун қўлланиладиган асосий принципларини ўзлаштириши лозим.

Диккатингизга тақдим этилаётган услубий мажмуа 4 курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун мўлжалланган. Бу мажмуа дарсга тайёрланиш билан бир қаторда, ўз-ўзини назорат қилиш учун мўлжалланган дастур ва дастур асосида тайёрланган мавзуларнинг долзарблиги, мақсади, мавзунини билиш учун зарур бўлган билим-кўникмалар, мустақил тайёрланиш учун вазифалар, муаммоли масалалар, интерактив ўйинларни ўз ичига олади.

Биз ўйлаймизки, ушбу мажмуа 6 курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабаларининг туберкулёз касаллигини ўзлаштиришларига ёрдам беради.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ _____

200_ йил “ ____ ”

Ўзбекистон Республикаси Олий
ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 200_ йил ____
_____ даги “ ____ ”-сонли
буйруғи билан тасдиқланган

ФТИЗИАТРИЯ

фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси:	700000	– Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот
Талим соҳаси:	720000	– Соғлиқни сақлаш
Талим йўналиши:	5720400	– Стоматология

Тошкент – 2018

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 201__йил
“__”__даги “__”-сонли буйруғининг __-иловаси билан фан дастури рўйхати
тасдиқланган.

Фан дастури Олий ва ўрта махсус, касб-ҳунар таълими йўналишлари бўйича Ўқув-
услубий бирлашмалар фаолиятини Мувофиқлаштирувчи Кенгашининг 201__ йил
“__”__даги __-сонли баённомаси билан маъқулланган.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент Тиббиёт Академиясида ишлаб чиқилди.

Тузувчилар:

Парпиева Н.Н.
Ходжаева М.И.
Массавиров Ш.Ш.

ТТА фтизиатрия кафедра мудираси т.ф.д.
Фтизиатрия кафедраси доценти т.ф.н.
Фтизиатрия кафедраси ассистенти

Такризчилар:

Рустамова М.Т.
Тошпулатова Ф.К.

ТТА УАШ кафедра мудираси профессор
ТошПТИ фтизиатрия кафедрси мудири т.ф.д.

Фаннинг ўқув дастури Тошкент тиббиёт академияси Илмий-услубий кенгашида тавсия
қилинган (201__йил __даги «__» «__»-сонли баённома)

Фаннинг долзарблиги

Ушбу дастурда “Фтизиатрия” фанининг мазмуни, предмети ва методи ҳамда моҳияти акс эттирилган. Фтизиатрия фани бўйича дастур назарий билимлар ва амалий кўникмалар асосида талабаларга врачлик мутахассислигини яхши ўзлаштириш учун муҳим бўлган мустақил ўқув таркиби ва талабаларнинг умумий амалий шифокори (УАШ) тайёрлаш бўйича жараён мобайнида мустақил иши, шунингдек фтизиатрия ўқув жараёнини ахборот-услубий таъминловларидан иборат.

Ўзбекистон Республикасида жамиятни демократлаштириш ва иқтисодий бозор таъминловлари асосида ислох қилиш борасида белгиланган ишларни амалга оширишда, тиббиёт ходимларининг вазифаси атроф муҳитни ҳимоялаш, касалликларни олдини олиш, ва уларни енгишдан иборат. Бунинг учун талабаларни ўқитиш фтизиатрия фанидан мукамал билим бериш ва бу билимларни келгусида етук мутахассис сифатида ишлай олишлари учун асос яратишга қаратилган бўлиш керак.

Ушбу дастур умумий амалиёт шифакорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг даволаш, тиббий-педагогика ва тиббий-профилактика факультетлари талабаларига фтизиатрия фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур фтизиатрия фанининг асосий бўлимларидан иборат бўлиб, бундан ташқари ўз ичига назарий ва амалий билимларни, амалий кўникмаларни, эпидемиологик ҳолатни баҳолай билишни, туберкулёзга қарши курашиш йўллари ҳамда туберкулёзга нисбатан аҳолининг муносабатини, тушунчаларини ва ҳуқуқ ўзгаришига олиб борадиган тадбирларни киритади.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвийлиги

Фтизиатрия фани умумқасбий фан ҳисобланиб, даволаш ва тиббий-педагогика факультетларида 7- ва 8-семестрларда ҳамда тиббий-профилактика факультетида 9- 10-семестрларда ўқитилади.

Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган тиббий-биологик ва клиник (тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, нормал физиология, биоанорганик ва биологик кимё, микробиология, рентгенология, терапия, хирургия, юқумли касалликлар) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлиш талаб этилади.

Фаннинг илм-фан, тиббиёт ва ишлаб чиқаришдаги ўрни

Фтизиатрия фани ҳозирги вақтда долзарб муаммо бўлган туберкулез касалликларини келиб чиқиши, клиник кечиши, асоратлари, ҳамда даволаш ҳақидаги фан бўлиб, умумий амалиёт шифокор фаолиятида муҳим ўрин тутди. УАШ туберкулез эпидемиологиясининг бутун жаҳон бўйлаб ёмонлашувини эътиборга олган ҳолда бу муаммога жиддий ёндашуви зарур.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар ҳамда ўқув машғулотларини лойиҳалаш

Талабаларнинг “Фтизиатрия” фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларидан фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни тадбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги педагогик ва ахборот технологияларидан фойдаланилади.

Фан модулининг дастури (module syllabus)

Ўқув курсининг тўлиқ номи:	Фтизиатрия		
Курснинг қисқача номи:	ФТ	Код: ФТ	
Кафедра:	Фтизиатрия		
Ўқитувчи ҳақида маълумот:	Парпиева Н.Н.		E-mail
Семестр ва ўқув курсининг давомийлиги	Даволаш иши (Касбий таълим) йўналиши учун 7, 8-семестрда 18 кун; тиббий-профилактика иши йўналиши учун 9, 10-семестрда 9 кун		
Ўқув соатлари хажми:	йўналиш	Даволаш иши, касбий таълим (даволаш иши) / тиббий-профилактика иши	
	жами:	160/80	
	шунингдек:		
	маъруза	18/6	
	семинар		
	амалий	90/48	
	мустақил таълим	52/26	
Ўқув курсининг статуси	Умумкасбий фанлар блоки		
Дастлабки тайёргарлик:	“Фтизиатрия” фанини ўқитиш талабалар томонидан тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, нормал физиология, биоорганик ва биологик кимё, микробиология, рентгенология, терапия, хирургия, юкумли касалликлар оид фанлардан олинган етарли билим ва кўникмаларга асосланади.		
Фаннинг предмети ва мазмуни: – талабаларга бўлажак умумий амалиёт шифокорини туберкулез касаллигига доир билимларига асосланган ҳолда аҳоли ўртасида туберкулез касаллигини эрта ва ўз вақтида аниқлаш, қиёсий ташхислар, ТБ профилактикаси, аҳоли ўртасида барча омилларни инобатга олиб соғлом турмуш тарзига доир тушунчаларни шакллантиришга йўналтирилган.			
Фанни ўқитишдан мақсад – юқори малакали мутахасислар – умумий амалиёт шифокорлари (терапевтлар, жаррохлар, акушер-гинекологлар)ни тайёрлаш ҳисобланиб, фтизиатрия фани учун керакли ҳажмдаги билим, маҳорат ва амалий кўникмаларга эга бўлиши керак: туберкулезни ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, эрта аниқлаш, профилактикаси ва даволаш, ҳисоб-китоб ҳужжатларини юритиш, туберкулез бўйича асосий эпидемиологик кўрсаткичларни билиш.			

Фаннинг вазифалари:

- Туберкулез касаллигини этиология, эпидемиология, патогенези, клиник таснифи, кечиши, асоратлари ва даволаш тамойиллари бўйича билимларини шакллантириш.
- Туберкулез касаллигига қарши курашишнинг турли ёшдаги аҳоли орасида ҳар йили диспансеризацияни ташкил этишда билимларни шакллантириш.
- Туберкулезни махсус ва санитар профилактика усулларини ўргатиш ва туберкулез инфекцияси манбаасида соғломлаштириш ишларини ташкиллаштириш;
- Туберкулез бўйича асосий эпидемиологик кўрсаткичларни ҳисобга олиш, касалликни барвақт аниқлаш ва профилактик чора-тадбирларни режалаштириш, туберкулез клиникаларида инфекцион назорат, улар ижросини назорат этиш ҳамда санитар-ветеренария назоратини ташкил этиш;
- Туберкулез касаллигига қарши курашиш тадбирлари ва умумий амалиёт шифокорлар фаолиятини назорат этиш ҳамда туберкулезга қарши диспансерлар олиб бориши лозим бўлган тадбирлар бўйича билимларини шакллантириш.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсиясига асосан инструктор хужжатларига мувофиқ туберкулезни олдини олишда, эпидемияга қарши чора-тадбирларни ўтказишда билимларни шакллантириш.

“Фтизиатрия” ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни, ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг этиологияси, патогенези, клиник шакллари, MDR-ТБ, ОИВ-ТБ муаммоларини.

- ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг асосий синдромлари асосида тактика, ташхислаш, қиёсий ташхислаш, туберкулёзни эрта аниқлаш принциплари, олдини олиш усуллари, БЖССТ кўрсатмаларига кўра инфекцияни назорат қилишни.

- туберкулёзга шубҳа туғилган беморни текшириш режасини туза олиши туберкулёзга клиник скрининг ўтказишни, беморлар тури ва даволаш категориясини аниқлашни, даволаш режасини тузишни, ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзнинг оқибатларини аниқлашни.

- туберкулёз инфекцияси ўчоғини текшириш, эпидемияга қарши режалар тузиш ва аҳолининг ахборот билан таъминлаш ҳамда бу инфекцияга бўлган муносабатини ўзгартариш ҳақида **билиши керак**;

- беморлар сўраб-суриштиришни, кўрикни, клиник ва биокимёвий лаборатория наижаларини солиштиришни, МБТ га бактериологик текширувни.

- рентгенограммалар, туберкулин тестлари натижаларини баҳолаш, даволовчи ва диагностик плеврал ва орқа мия пункцияларини қила олиши.

- туберкулёз профилактикаси усуллари (махсус, химиопрофилактика, санитар профилактика), шунингдек туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик режимни назорат қилишни.

- туберкулёз беморининг тиббий хужжатлари ТБ – 01, ТБ – 03, ТБ – 05 ни тўлдиришни, БЖССТ томонидан тавсия этилган бошқа ҳисобот шакллари юритишни **қўникмаларига эга бўлиши керак**.

Курснинг тематик таркиби ва мазмуни

Т/р	Мавзу	Маъруза	Амалий (семинар)	Мустақил иш
Даволаш иши ва касбий таълим (даволаш иши) йўналишлари учун				
1.	Туберкулез ҳақида таълимотнинг ривожланиш тарихи. Туберкулез этиологияси.	4	4	3

	патогенези ва иммунитети.			
2.	Туберкулез клиникасида инфекцион назорат. Янги усул ва воситаларни қўллаган ҳолда атроф муҳит объектларини зарарсизлантиришдир		5	3
3.	Туберкулез диагностикаси: объектив ва клинико-лаборатор текшириш усуллари. Туберкулин синамалари, функционал текшириш усуллари, рентгенодиагностика ва бронхоскопия.	2	4	3
4.	Туберкулезнинг клиник таснифи. Бирламчи туберкулез.	2	4	3
5.	Тарқоқ туберкулез. Туберкулез менингити.	2	4	3
6.	Иккиламчи туберкулез. Ўпканинг ўчоқли ва инфильтратив туберкулези ва упка туберкулемаси.	2	4	3
7.	Иккиламчи туберкулез. Ўпканинг кавернали, фиброз-кавернали ва цирротик туберкулези	2	4	3
8.	Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулези. Туберкулез ва ОИВ/ОИТС, замонавий эпидемиологияси ва аниқлаш усуллари	2		3
9.	Туберкулезнинг турли шакллари ва ўпка сурункали носпецифик касалликларида йўтал характери. Ўпка туберкулези ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларининг қиёсий ташхиси.		6	3
10.	Туберкулезнинг турли шакллари ва ўпка сурункали носпецифик касалликларида иситма характери. Ўпка туберкулези ва ЎСНҚининг қиёсий ташхиси.		6	3
11.	Ўпка инфильтратлари. Турли генезли инфильтратларнинг клиник-рентгенологик ва морфологик характеристикаси. Ўпка туберкулезининг инфильтратив шакллари қиёсий ташхиси.		6	3
12.	Периферик лимфа тугунлари туберкулези. Лимфоаденопатияни туберкулез ва бошқа касалликларда қиёсий ташхислаш.		6	3

13.	Плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиш механизми. Туберкулез плеврити. Турли этиологияли плевритлар қиёсий ташхиси. Терапевтик, хирургик даволаш усуллари.		6	3
14.	Ўпка туберкулезининг хансираш билан кечувчи клиник шакллари, уларнинг қиёсий ташхисоти. ТҚД шароитида беморлар реабилитацияси.		6	3
15.	Туберкулезнинг шошилиш тиббий ёрдам талаб қилувчи асоратлари: спонтан пневмоторакс, қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши, нафас.		6	3
16.	Туберкулез ва ёндош касалликлар: ТБ ва қандли диабет, ТБ ва ОИТ касалликлари, ТБ ва хомиладорлик, ТБ ва алкоголизм, ТБ ва ўпка раки, ТБ ва рухий касалликлар.		6	3
17.	Туберкулезни даволаш усуллари. БССТ кўрсатмасига асосан даво натижаси мониторинги ва баҳолаш. Туберкулезнинг дориларга турғун тури ва даволаш тактикаси. (МЛУ-ТБ).		6	3
18.	Ўзбекистонда туберкулезга қарши курашишни ташкил этиш. Туберкулезга қарши муассасалар. Туберкулез инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулез инфекцияси ўчоғидаги эпидемияга қарши чора-тадбирлар режаси. Туберкулез профилактикаси усуллари. Туберкулезга қарши курашишда УДМнинг ўрни	2	4	3
	Оралик назорат (ОН)			
	Якуний назорат (ЯН)			
	Умумий	18	90	54
Тиббий-профилактика иши йўналиши учун				
1	Туберкулез хақида таълимотнинг ривожланиш тарихи. Туберкулез этиологияси, эпидемиологияси, патогенези ва иммунитети. Туберкулезни аниқлаш усуллари.	2	10	4
2	Туберкулез клиникасида инфекцион назорат. Янги усул ва воситаларни қўллаган ҳолда атроф муҳит объектларини зарарсизлантиришдир		6	3

3	Туберкулезнинг клиник таснифи. Бирламчи туберкулезнинг клиник шакллари, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.	2	4	3
4	Ўпканинг тарқоқ туберкулези, клиник вариантлари, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.		6	3
5	Иккиламчи ўпка туберкулезнинг клиник шакллари, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.		12	4
6	Ўпка туберкулезининг касб касалликлари билан биргаликда кечиши. Силикотуберкулез, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, даволаш, асорати, оқибати.		6	3
7	Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулези. Туберкулез ва ОИВ/ОИТС, замонавий эпидемиологияси ва аниқлаш усуллари		6	3
8	Ўзбекистонда туберкулезга қарши курашишни ташкил этиш. Туберкулез профилактикаси ва даволаш тамойиллари	2	4	3
	Якуний назорат (ЯН)			
	Умумий	6	48	26
Таълим бериш ва ўқитиш услуги:		Маъруза, амалий машғулотлар, мустақил ишлар (айлана стол, кейс стади, мастер-класслар)		
Мустақил ишлар:		Ўқув лойиҳалар, гуруҳли тақдимот, рефератлар, кейслар, докладлар, кроссвордлар, постер, проспект, эссе ва ҳ.з.		
Маслаҳатлар ва топшириқларни топшириш вақти		Кунлар	Вақти	Ауд.
1.				
2.				
3.				
Билимларни баҳолаш усуллари, мезонлари ва тартиби:				
ЖН ва ОН нинг баллари ишчи дастурда берилади				
Баҳолаш усуллари		Тестлар, ёзма ишлар, оғзаки сўров, презентациялар ва ҳ.з.		
Фан бўйича талабалар		Нazorat шакллари		

билимини назорат қилиш ва баҳолаш	Баҳолаш турлари фан хусусиятидан келиб чиққан ҳолда сўровлар, оғзаки савол-жавоб, ёзма иш, тест синовлари ёки бошқа кўринишда ўтказилиши мумкин. Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш мезони <table border="1"> <tr> <th data-bbox="557 286 735 353">Балл</th><th data-bbox="735 286 1458 353">Талабанинг билим даражаси</th></tr> <tr> <td data-bbox="557 353 735 1072">86 - 100 балл</td><td data-bbox="735 353 1458 1072"> -мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; -мавзу бўйича ўз фикрини тўлиқ баён этиш, барча берилган саволларга тўлиқ тўғри жавоб бериш, таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда фаол қатнашиш, мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб бориш ва олиб борилган тажриба ишлари бўйича мустақил баённома туза олиш; -Олинган натижаларни СанҚваМеъёрлар билан солиштириш ва ўз фикрини баён этиш; -мавзу бўйича вазиятли масалаларни ечиш, тест саволларига тўлиқ ва тўғри жавоб бериш; -эркин тасаввурга эга бўлиб, керак бўлганда ўқитувчи билан ўз фикрини алмашиш. </td></tr> <tr> <td data-bbox="557 1072 735 1749">71 - 85 балл</td><td data-bbox="735 1072 1458 1749"> -мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; -мавзу бўйича ўз фикрини етарли даражада баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда қатнашиш, -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш; -мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича мустақил текшириш баённомасини тўлдириш; -берилган уй вазифаси мавзуси бўйича аниқ тасаввурга эга бўлиш. </td></tr> <tr> <td data-bbox="557 1749 735 2085">55 - 70 балл</td><td data-bbox="735 1749 1458 2085"> -мавзу бўйича ўз фикрини баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда қатнашиш, -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш; -мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича </td></tr> </table>	Балл	Талабанинг билим даражаси	86 - 100 балл	-мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; -мавзу бўйича ўз фикрини тўлиқ баён этиш, барча берилган саволларга тўлиқ тўғри жавоб бериш, таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда фаол қатнашиш, мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб бориш ва олиб борилган тажриба ишлари бўйича мустақил баённома туза олиш; -Олинган натижаларни СанҚваМеъёрлар билан солиштириш ва ўз фикрини баён этиш; -мавзу бўйича вазиятли масалаларни ечиш, тест саволларига тўлиқ ва тўғри жавоб бериш; -эркин тасаввурга эга бўлиб, керак бўлганда ўқитувчи билан ўз фикрини алмашиш.	71 - 85 балл	-мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; -мавзу бўйича ўз фикрини етарли даражада баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда қатнашиш, -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш; -мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича мустақил текшириш баённомасини тўлдириш; -берилган уй вазифаси мавзуси бўйича аниқ тасаввурга эга бўлиш.	55 - 70 балл	-мавзу бўйича ўз фикрини баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда қатнашиш, -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш; -мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича
Балл	Талабанинг билим даражаси								
86 - 100 балл	-мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; -мавзу бўйича ўз фикрини тўлиқ баён этиш, барча берилган саволларга тўлиқ тўғри жавоб бериш, таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда фаол қатнашиш, мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб бориш ва олиб борилган тажриба ишлари бўйича мустақил баённома туза олиш; -Олинган натижаларни СанҚваМеъёрлар билан солиштириш ва ўз фикрини баён этиш; -мавзу бўйича вазиятли масалаларни ечиш, тест саволларига тўлиқ ва тўғри жавоб бериш; -эркин тасаввурга эга бўлиб, керак бўлганда ўқитувчи билан ўз фикрини алмашиш.								
71 - 85 балл	-мавзуга оид назарий ва услубий тушунчаларни тўла ўзлаштира олиш; -мавзу бўйича ўз фикрини етарли даражада баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - таҳлил қилиш ва хулоса чиқариш, ижодий фикрлаш, аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда қатнашиш, -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш; -мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича мустақил текшириш баённомасини тўлдириш; -берилган уй вазифаси мавзуси бўйича аниқ тасаввурга эга бўлиш.								
55 - 70 балл	-мавзу бўйича ўз фикрини баён этиш, барча берилган саволларга тўғри жавоб бериш; - аудиторияда мавзунини муҳофаза қилишда қатнашиш, -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этиш; -мавзу бўйича амалий иш натижалари бўйича								

		мустақил текшириш баённомасини ўқитувчи ёрдамида тўлдириш; -берилган уй вазифаси мавзуси бўйича тасаввурга эга бўлиш.
	0 - 54 балл	-мавзу бўйича ўз фикрини баён этолмаслик, берилган саволларга жавоб беролмаслик; - аудиторияда мавзуни муҳокама қилишда қатнашмаслик; -мавзу бўйича лаборатор тажриба ишларини олиб боришда иштирок этмаслик; -берилган уй вазифаси мавзуси бўйича тасаввурга эга эмаслик.

Фанга доир видео маърузалар, видео роликлар: Ҳар бир маъруза ичида мавзуга мос видеороликлар кўрсатилади (ЎУМ)

Глоссарийлар: Ҳар бир мавзу учун глоссарий тузилади (ЎУМ)

Ахборот ресурс база:

Асосий адабиётлар:

1. Шебанов Ф.Б “Туберкулез” (дарслик) М,1982 й
2. Перелман М.И., Корейкин В.А. «Туберкулез», М., 1990 й.
3. Ганиев К.Г. «Туберкулез касаллиги» (дарслик), Тошкент, 1995
4. Ибрагимов М.А., Турсунов В.И., Содиков А.С. «Туберкулез» (дарслик), 1999
5. Убайдуллаев А.М. «Туберкулёз касалиги», Тошкент, 2009 й.
6. WHO Policy on TB Infection Control in Health Care Facilities, Congregate Settings and Households.WHO, 2009

Қўшимча адабиётлар:

1. Рабухин А.Е. «Нафас олиш системаси туберкулези», М., 1976.
2. Хоменко А.Г. «Нафас олиш системаси туберкулези», М., 1981.
3. Греимер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявления туберкулеза легких», М., 1996
4. Александрова А.В. «Рентгенологик диагностика туберкулеза органов дыхания», М., 1989
5. Визел А.А., Гурелева М.Е. «Туберкулез», М., 2000.
6. Греимер М.С., Фейгин М.И. «Поликлиника шароитида туберкулезга ыарши ишлар », М., 1977.
- 7.Томан К. «Туберкулез: выявление и химиотерапия» вопрос и ответы. Женева: ВОЗ, 1980.
8. Guideline for control of Tuberculosis in Prison. WHO, TB-CTA, ICRC, 2002

9. Tuberculosis Infection Control. A Practical Manual for Preventing TB. Francis J. Curry
National Tuberculosis Center, 2006

10. Тилляшайхов М.Н. ва муалиф. «Туберкулезга қарши муасалаларда инфекцион
назорат бўйича қўлланма», Т, 2013.

11. Jon Crofton, Norman Horn, Fred Miller “Clinic of tuberculosis”, М., 1997

12. Jon Crofton, Norman Horn, Fred Miller “Tuberculosis disease”, Т., 1999

13. Enarson D.A., Rider G.L., Arnadottir T., Tribuk A. «Организация борьбы с
туберкулезом», Женева, ВОЗ, 2003.

14. Приказ №160 «О совершенствовании противотуберкулезной службы в Республике
Узбекистан», Тошкент, 2003

Интернет сайтлар:

1. www.tma.uz
2. www.medlinecs.ru
3. www.medbook.ru
4. www.ziyonet.uz

Кириш

Фтизиатрия фани бўйича дастур назарий билимлар ва амалий кўникмалар асосида талабаларга врачлик мутахассислигини яхши ўзлаштириш учун муҳим бўлган мустақил ўқув таркиби ва талабаларнинг умумий амалий шифокори (УАШ) тайёрлаш бўйича жараён мобайнида мустақил иши, шунингдек фтизиатрия ўқув жараёнини ахборот-услубий таъминловларидан иборат.

Ўзбекистон Республикасида жамиятни демократлаштириш ва иқтисодиётни бозор тамоиллари асосида ислоҳ қилиш борасида белгиланган ишларни амалга оширишда, тиббиёт ходимларининг вазифаси атроф муҳитни ҳимоялаш, касалликларни олдини олиш, ва уларни енгишдан иборат. Бунинг учун талабаларни ўқитиш фтизиатрия фанидан мукамал билим бериш ва бу билимларни келгусида етук мутахассис сифатида ишлай олишлари учун асос яратишга қаратилган бўлиш керак.

Ушбу дастур Давлат таълим стандарти ва умумий амалиёт шифакорини тайёрлаш дастури асосида тузилган, тиббиёт олий ўқув юр்தларининг даволаш, тиббий-педагогика, тиббий-профилактика ва стоматология факультетларининг талабаларига фтизиатрия фанидан таълим бериш учун мўлжалланган. Дастур фтизиатрия фанининг асосий бўлимларидан иборат бўлиб, бундан ташқари ўз ичига назарий ва амалий билимларни, амалий кўникмаларни, эпидемиологик ҳолатни баҳолай билишни, туберкулёзга қарши курашиш йўллари хамда туберкулёзга нисбатан аҳолининг муносабатини, тушунчаларини ва хулқи ўзгаришига олиб борадиган тадбирларни киритади.

Фан бўйича билим, малака ва кўникмага қўйиладиган талаблар

Фтизиатрия ўқув фанини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида бакалавр:

- туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни, ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг этиологияси, патогенези, клиник шакллари, МДР-ТБ, ОИВ-ТБ муаммоларини.
- ўпка ва ўпкадан ташқари жойлашган туберкулёзнинг асосий синдромлари асосида тактика, ташхислаш, қиёсий ташхислаш, туберкулёзни эрта аниқлаш принциплари, олдини олиш усуллари, БЖССТ кўрсатмаларига кўра инфекцияни назорат қилишни.
- туберкулёзга шубҳа туғилган беморни текшириш режасини туза олиши туберкулёзга клиник скрининг ўтказишни, беморлар тури ва даволаш категориясини аниқлашни, даволаш режасини тузишни, ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзнинг оқибатларини аниқлашни.
- туберкулёз инфекцияси ўчоғини текшириш, эпидемияга қарши режалар тузиш ва аҳолининг ахборот билан таъминлаш ҳамда бу инфекцияга бўлган муносабатини ўзгартариш ҳақида **билиши керак**;
- беморлар сўраб-суриштиришни, кўрикни, клиник ва биокимёвий лаборатория наижаларини солиштиришни, МБТ га бактериологик текширувни.
- рентгенограммалар, туберкулин тестлари натижаларини баҳолаш, даволовчи ва диагностик плеврал ва орқа мия пункцияларини қила олиши.
- туберкулёз профилактикаси усуллари (махсус, химиопрофилактика, санитар профилактика), шунингдек туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик режимни назорат қилишни.
- туберкулёз беморининг тиббий ҳужжатлари ТБ – 01, ТБ – 03, ТБ – 05 ни тўлдиришни, БЖССТ томонидан тавсия этилган бошқа ҳисобот шакллари юритишни **кўникмаларига эга бўлиши керак**.

Фаннинг ўқув режадаги бошқа фанлар билан ўзаро боғлиқлиги ва услубий жиҳатдан узвий кетма-кетлиги

Фтизиатрия фани терапевтик фан ҳисобланиб, 7- ва 8-семестрларда даволаш, тиббий-педагогика, стоматология; 11- 12-семестрларда даволаш ва тиббий-педагогика; 8-семестрда тиббий-профилактика факультетларида ўқитилади. Дастурни амалга ошириш ўқув режасида режалаштирилган тиббий-биологик ва клиник (тиббий биология ва генетика, одам анатомияси, нормал физиология, биоанорганик ва биологик кимё, микробиология,

рентгенология, терапия, хирургия, юқумли касалликлар) фанлардан етарли билим ва кўникмаларга эга бўлишлик талаб этилади.

Соғлиқни сақлаш тизимидаги ўрни

Фтизиатрия фани ҳозирги вақтда долзарб муаммо бўлган туберкулез касалликларини келиб чиқиши, клиник кечиши, асоратлари, ҳамда даволаш ҳақидаги фан бўлиб, умумий амалиёт шифокор фаолиятида муҳим ўрин тутди. УАШ туберкулез эпидемиологиясининг бутун жаҳон бўйлаб ёмонлашувини эътиборга олган ҳолда бу муаммога жиддий ёндашуви зарур.

Фанни ўқитишда замонавий ахборот ва педагогик технологиялар

Талабаларнинг фтизиатрия фанини ўзлаштиришлари учун ўқитишнинг илғор ва замонавий усулларида фойдаланиш, янги информацион-педагогик технологияларни татбиқ қилиш муҳим аҳамиятга эгадир. Фанни ўзлаштиришда дарслик, ўқув ва услубий қўлланмалар, маъруза матнлари, тарқатма материаллар, компьютер дастурлари, электрон материаллар ҳамда замонавий ёруғлик микроскопи, видеотизимлардан фойдаланилади. Маъруза ва амалий дарсларда мос равишдаги илғор педагогик технологиялар қўлланилади.

Асосий қисм

Туберкулёз ҳақида тарихий маълумотлар

Туберкулёзни ўрганишда асосий ривожланиш босқичлари. Туберкулезни ўрганишни ривожланишида Гиппократ, Абу Али ибн Сино, Лаэннек, Вильмен, Кох, Г.И.Соколовский, Н.И. Пирогов, Г.А.Захарьин, С.П.Боткин, А.И.Абрикосов, В.А.Воробьев, И.А.Струков, М.П.Похитоновлар меҳнатининг аҳамияти. Ўзбекистон Республикасида туберкулезга қарши курашиш давлат тизимини шакллантиришда В.П. Серебрянников, А.Н. Крюков, П.Ф. Боровский, М.И. Слоним, П.П. Ситковский, Ш.А. Алимов, И.Г. Гаспарян, А.А. Каланходжаев, Б.А. Абраров, Т.М.Кариев ва А.М.Убайдуллаев каби олимларнинг ўрни.

Туберкулёз эпидемиологияси

Турли мамлакатларда, МОД ва Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолат. Асосий эпидемиологик кўрсаткичлар. Туберкулёзга қарши курашишнинг ДОТС дастури бўйича (ЖССТ тавсиясига асосан) замонавий усуллари. Туберкулёз инфекцияси ўчоқлари ва юкиш йўллари. Хайвонлар орасида туберкулезнинг тарқалиши ва унинг инсонлар орасидаги туберкулёз бўйича эпидемиологик кўрсаткичига таъсири.

Туберкулёз микробиологияси

Туберкулёз қўзғатувчиси: микобактерия турлари. Туберкулёзмикобактериясининг дориларга турғун, Л – шакллари, филтрланувчи шакллари, “атипик” шакллари. Микобактериянинг дориларга турғун, мултирезистент турларини эпидемиологик ва клиник аҳамияти.

Туберкулёзнинг патологик анатомияси

Туберкулёз яллиғланишидаги морфологик реакция. Туберкулёз гранулёмаларининг тузилиши. Туберкулёзнинг турли клиник шакллари ва асоратининг морфологияси. Туберкулёз жараёни сўнаётган даври морфологияси. Туберкулёздан кейинги қолдиқли ўзгаришлар. Туберкулёз ривожланиш морфологиясида эволюция қонунлари.

Туберкулёз иммунологияси

Туберкулёзга қарши табиий турғунлик ва туберкулёзга қарши иммунинет, уларнинг механизми, аъзо ва тизимларда туберкулёзга қарши иммунитет. Секин ривожланувчи юқори сезгирлик (СРЮС). Туберкулёзда аллергия ва иммунитетнинг ҳамкорлиги. Туберкулёз патогенезида иммунитет феноменларининг аҳамияти.

Туберкулёзни ташхислашнинг умумий тамойиллари ва усуллари

Туберкулёз билан хасталанган беморни текшириш – мулоқотнинг аҳамияти, беморнинг яшаш ва меҳнат шароити. Касаллик симптомлари, беморнинг шикоятлари. Нафас аъзолари туберкулёзи билан хасталанган беморларни кўздан кечириш, перкуссия ва аускультацияни аҳамияти. Лаборатор текшириш. СМБни аниқлашда бактериоскопик, бактериологик ва биологик усуллар. Нафас аъзолари туберкулёзининг рентгенологик ташхиси. Рентгенологик текшириш усуллари.

Туберкулёзда СРЮСни аниқлаш усуллари, туберкулин турлари, туберкулин синамаларини ўтказишда турли усуллар. 2ТБ билан утказиладиган Манту туберкулин синамаси. Бажариш техникаси, натижалар интерпретацияси ва аҳоли орасида туберкулёздан захарланишни ўрганиш.

Туберкулёзда нафас олиш ва қон айланиши функцияларини ўрганиш

Ўпканинг нафас функцияси ва туберкулёз беморларида уни ўрганиш усуллари (ЎТС, НМХ, ЎМВ, нафас паузаси ва бошқалар). Ўпка туберкулёзида юрак-қон томир тизими функциясини текшириш усуллари (ЭКГ, БКГ, ВКГ) ва уларни клиник баҳолаш.

Туберкулёзнинг клиник таснифи

Туберкулёз таснифининг тузилиш таъмоили. ЎзРда қабул қилинган клиник тасниф, МКБ10, ЖССТ тавсиясига асосан ташхисни асослаш. Ўзбекистонда қабул қилинган туберкулёз таснифига мувофиқ клиник ташхис қўйиш.

Туберкулёзнинг клиник шакллари

Бирламчи туберкулёзнинг клиник шакллари, клиник симптоматология ва ташхислаш усуллари, кечиши, асорати ва оқибати. Таққослама ташхис усуллари, ҳисоб шакллари. Ўпка туберкулёзининг иккиламчи клиник шакллари. Ўпканинг тарқоқ туберкулёзи. Ўткир, ўткир ости ва сурункали ўпканинг тарқоқ туберкулёзи. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш. Иккиламчи туберкулёз шакллари ўз вақтида аниқлаш: ўчоқли, яллиғланган туберкулёз ва ўпка туберкуломаси. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш. Туберкулёзнинг деструктив шакллари. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.

Синдромлар: Йўтал. Патогенези, клиникаси, кечиши, даволаш усуллари.

Таққослама ташхиси:

Нафас олиш аъзолари касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари, трахеобронхит, ўткир бронхит, ларенгит, бронхопневмония, кандидомикозли бронхопневмония, абсцедирланган бронхопневмония, вирусли пневмония, крупоз пневмония, экссудатив плеврит, бронхоэктазлар, бронхиал астма;

Болаларда йўтал – овқат аспирацияси, туғма эзофаготрахеал окма, сурункали фарингит, сурункали тонзиллит, чақалоқларда ўткир ринофарингит, ҳалқум абсцесси, қизамиқ, кўк йўтал;

Бошқа касалликлар – пневмоцистоз, муковисцидоз, туғма агаммаглобулинемия (антитело йўқлиги синдроми), невропатик йўтал, истерик йўтал, ларингоспазм, юракнинг чап қоринча декомпенсацияси, ўткир диффуз гломерулонефрит, ўткир ўпка шиши.

Иситма. Патогенези, клиникаси, кечиши, даволаш усуллари. Таққослама ташхиси:

Сунъий иситма ва конституционал гипертермия;

Умумий инфекция –ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзнинг клиник шакллари, сепсис, диафрагма ости абсцесси, қорин тифи, бруцеллез, менингококкли сепсис, безгак;

Ўчоқли инфекция – ўқир пневмония, крупоз пневмония, апикал гранулема, диафрагма ости абсцесси, жигар ости абсцесси, холангит ва жигар абсцесси, пиелонефрит, паранефрит, йирингли бронхоэктазлар;

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари – системали қизил бўрича, ревматоидли артрит, тугунчали периартериит, Крон касаллиги;

Ўсмалар – буйрак ўсмалари, жигар ўсмалари, лимфогрануломатоз, лимфосаркома;

Бошқа касалликлар – қон ва қон ишлаб чиқарувчи аъзолар касалликлари, тромбофлебит, сурункали гепатит ва жигар циррози, тиреотоксикоз, дорили иситма.

Ўпка инфилтратлари. Патогенези, клиникаси, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари. Рентгенологик кўринишининг характерли ўзгаришлари.

Таққослама ташхислаш:

Ўпка касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари (юмшоқ ўчоқли ўпка туберкулёзи, бронхолобуляр инфилтрат, аниқ ва ноаниқ чегарали юмалоқ инфилтратлар, туберкуломалар); ўпка раки; бронхопневмониялар; бўлакли ва сегментли пневмониялар; ўчоқли пневмония; илдиз олди пневмония; тугалланмаган пневмония; эхинококк; ўпка абсцесси; ўпканинг хавфсиз ўсмалари; актиномикоз.

Бошқа касалликлар – диафрагма усти абсцесси, остеомиелит, сут беги ўсмаси, суякларнинг хавфли ўсмалари.

Плевритлар. Патогенези, клиникаси, плевра бўшлиғида суяқлик йиғилишни ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари. Ташқи кўриниши, миқдори, ранги, таркибига кўра плеврал суяқлик тавсифи.

Таққослама ташхислаш:

Инфекциялар – туберкулёз микобактерияси, бактериялар, вируслар, микоплазма, диафрагма ости абсцесси;

Ўсмалар – лимфогранулематоз, лимфосаркома, плеврада хавфли ўсмалар метастазлари, Мейгс синдроми, мезотелиома;

Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари – системали қизил бўрича, ревматоидли артрит;

Ўпка артерияси тромбоемболияси – йирик тармоқларининг девор олди тромбози, ўпка инфарктини ривожланиши билан майда тармоқларэмболияси;

Травма – пневмоторакс, гемоторакс, хилоторакс;

Плевра бўшлиғига суюқлик тўпланиши билан ажралаиб турувчи касалликлар ва синдромлар – пневмония, плевра швартлари, ўпка ва кўкс оралиғи ўсмалари, фиброторакс, ўпканинг эхинококкли кистаси, диафрагманинг юқори туриши.

Лимфаденопатиялар. Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Лимфа тугунларининг катталашиш сабаблари:

Сурункали лимфолейкоз – пролимфоцитар лейкоз, тук хужайрали лейкоз, Т-лимфоцитар лейкоз, Сезари синдроми;

Лимфогранулематоз. Лимфосаркома, Брилл-Симмерс касаллиги. Беркиттлимфосаркомаси.

Ўткирлейкоз – ўткир лимфобластлейкоз, ўткир миелобластлейкоз, гипопластик анемия;

Бошқа касалликларда лимфа тугунларининг катталашиши – туберкулёз лимфаденити, кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи, мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзи, саркоидоз, хавфли ўсмаларнинг лимфа тугунларига метастазлари, токсоплазмоз лимфаденит, системали қизил бўрича, сифилис, ўткир лимфаденит.

Хансираш. Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Таққослама ташхислаш:

Нафас олиш тизими касалликлари – нафас олиш аъзолари туберкулёзининг клиник шакллари, бронхиал астма (атопик, инфекцион, аспиринли, жисмоний зуриқишдан сўнг), обструктив бронхит (вирусли, бактериал, замбруғли, гельминтоз, касбга оид), бронх ўсмалари (аденома, карценоид);

Ўпканинг бошқа касалликлари – бронх ва трахеянинг ривожланиш аномалиялари, бронхаденит, бронхда ёт жисм, спонтан пневмоторакс;

Юрак-қон томир тизими касалликлари – ўпка артерияси тармоқлари тромбоемболияси, тугунли периартериит, гипертония касаллиги (криз), миокард инфаркти, кардиосклероз, миокардит, кардиомиопатия, аортал стеноз, аортал етишмовчилик, митрал стеноз, митрал етишмовчилик, бактериал эндокардит;

Бошқа касалликлар – ўткир нефрит, мияга қон қуйилиши, эпилепсия, героиндан захарланиш, сепсис, тоғ касаллиги, нейроциркулятор дистония, истерия.

Кўкрак қафасидаги оғрик. Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Таққослама ташхислаш:

Кўкрак қафаси аъзолари касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари, плевритлар, ўпка ва плевранинг бошқа касалликлари, кўкс оралиғи касалликлари, диафрагма касалликлари;

Кўкрак қафаси девори касалликлари – қовурғалараро нервларнинг шикастланиши, ўраб олувчи лишай, қовурғалараро невралгия;

Кардиалгия – стенокардия, нокоронароген кардиалгия, нейроциркулятор дистония, климактерик кардиопатия, миокардит, кардиомиопатия, ревмокардит, аорталгия;

Кўкрак қафаси ва қўл мушакларининг шикастланиши, суяк ва бўғим касалликлари – фибромиозит, қўлнинг рефлексор дистрофияси, бўйин остеохондрози, Титце синдроми, ксифоидалгия;

Бошқа касалликлар – сут беги касалликлари, Мондор касаллиги.

Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши.Патогенези, клиникаси, кечиши, ташхислаш ва таққослама ташхислаш усуллари.

Таққослама ташхис:

Юқори нафас аъзолари касалликлари – альвеоляр пиорея, телеангиэктазия;

Трахея ва бронх касалликлари – бронхит, бронхоэктазия, бронх ўсмалари (хавфли ва хавфсиз);

Ўпка касалликлари – ўпка туберкулёзининг клиник шакллари, ўпканинг йирингли пневмонияси, ўпканинг паразитар касалликлари, ўпка эхинококки, аскаридоз, парагонимоз, стронгилоидоз, ўпканинг касбга оид касалликлари;

Юрак-қон томир касалликлари – митрал стеноз, ўпка инфаркти, аорта аневризмаси.

Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити

Туберкулёз плеврити ва менингитининг патогенези ва таснифи. Ташхислаш, кечиш хусусиятлари, клиникаси ва даволаш. Туберкулёз плеврити ва менингитининг таққослама ташхиси. Плевра бўшлиғи пункцияси ва плеврал суюқликни эвакуация қилишга кўрсатмалар. Орқа мия пункцияси усули билан танишиш ва орқа мия суюқлиги интерпретация натижалари билан танишиш.

Оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари, трахея ва бронхлар туберкулёзи. Суяк ва бўғим, сийдик-танотуберкулез тизими, ичак, периферик ва мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзи

Юқори нафас йўллари туберкулёзининг патогенези ва патоморфологияси. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш. Визуал ва эндоскопик текшириш усуллариининг аҳамияти. Нафас йўллари туберкулёзининг таққослама ташхиси.

Патогенези, умумий ва маҳаллий кўринишлари. Ташхис қўйиш, клиник кечиши ва даволаш хусусиятлари.

Туберкулёз, ОИВ ва ОИТС.

ОИВ/ОИТСни туберкулёз эпидемиологик ҳолатига таъсири. Туберкулёзни ОИВ билан биргаликда клиник юзага чиқиши. ОИВ билан инфекцияланган туберкулёз беморларини даволаш – туберкулёз кимётерапиясини стандартлаштириш, ОИВ билан инфекцияланган туберкулёз беморларини даволашда замонавий кимётерапевтик схемалар. ОИВ билан инфекцияланганлар орасида туберкулёз билан касалланганларнинг ўлим кўрсаткичи.

ОИВ инфекциясидан тиббий ходимларни муҳофазалаш. Тиббий муассасаларда, лабораторияларда ва туберкулёз инфекцияси ўчоқларида инфекция назорати.

Ўпка туберкулёзини ўпканинг касб касалликлари билан бирга келиши

Кониотуберкулез, патогенези ва патоморфологияси. Туберкулезикозли ва туберкулезикатозли туберкулёз беморларини клиник ва рентгенологик белгилари. Туберкулезикозда туберкулёз шакллари ва кечишини ўзига хос хусусиятлари. Туберкулезикоз билан бирга кечадиган ўпка туберкулёзининг рентгенологик ва асбоб-ускуналар билан текшириш усуллари. Кониотуберкулез профилактикаси, даволаш.

Туберкулёзни даволагандан кейинги қолдиқ ўзгаришлар

Ўпкадаги туберкулёздан кейинги патология. Катта ва кичик қолдиқ ўзгаришлар ва уларни туберкулёзнинг қайталанишида аҳамияти. Қолдиқ ўзгаришлар бор шахсларда туберкулёз профилактикаси.

Ўпка туберкулёзининг асоратлари

Ўпкадан қон кетиш, қон туфлаш ва спонтан пневмоторакс патогенези, ташхиси ва даволаш тамоиллари. Туберкулёз асоратларида таққослама ташхис, ўпкадан қон кетишда, спонтан пневмотораксда ва ўпка-юрак етишмовчилигида шошилиш ёрдам.

Туберкулёз профилактикаси

Махсус профилактика. БЦЖ вакцинаси. БЦЖни тери ораси ва ревакцинация қилиш техникаси, муддати, шахсларни танлаш усули, ревакцинацияга мухтожлар, маҳаллий реакция кузатилганлар ҳисоби. Ревакцинация асорати ва уни даволаш. Вакцинация ва ревакцинация асорати. Кимёпрофилактикага кўрсатмалар ва усуллари.

Махсус кимёпрофилактикага мухтож турли ёшдаги гуруҳлар контингентида кимёпрофилактикани ташкиллаштириш. Туберкулёздан кейинги ўзгаришли шахслар ва носпецифик касаллиги бор беморларда туберкулёз кимёпрофилактикаси.

Туберкулёз беморлари ишлаши мумкин бўлмаган, яъни, болалар муассасалари, озиқ-овқат корхоналари ва бошқа аҳоли билан доимий мулоқатда бўладиган иш шароитини талаб қилувчи муассасаларидан бактерия ажратувчи туберкулёз беморларини ажратиш ва инфекция назорати. Туберкулёз билан касалланишни пасайтиришда санитар-оқартирув ишларининг ўрни. Тиббий муассасалар, лаборатория ва туберкулёз беморлари ўчоқларида хавфсизлик чора-тадбирлари.

Туберкулёзни эрта аниқлаш.

Турли ёшдаги гуруҳларда туберкулёзни аниқлашнинг эрта усуллари. Болалар ва ўсимрларда туберкулёзни аниқлашда Манту 2ТБ ягона ишлатиладиган синамадир. Синама техникаси, қўллаш муддати ва реакция натижаларининг интерпретацияси. Туберкулёзга қарши диспансерларда текшириш ва кузатишни талаб қилувчи, туберкулёз билан касалланиш хавфи юқори бўлган шахсларнинг аниқлашда туберкулин синамаларини қўлланилиши. Туберкулёзга гумон қилинган шахслар ва уларнинг текшириш усуллари ва кузатиш (ЖССТ тавсиясига асосан).

Аҳоли гуруҳларини мажбурий ва систематик флюорографик текширишдан ўтиши (мажбурий контингент, хавфли контингент). Ўпкасида рентгенологик ўзгаришлар аниқланган шахслар ва уларнинг кузатиш усуллари. Умумий тиббий тармоқлар ва туберкулёзга қарши муассасаларда флюорографик хона ишларининг ташкиллаштириш. Аҳоли орасида туберкулёзни эрта ва ўз вақтида аниқлаш чора-тадбирларини режалаштириш ва ташкиллаштириш. ШВП ва ҚВП, туғруқхона, болалар муассасаларида туберкулёзга қарши ишлар мажмуаси ва уларни ташкиллаштириш.

МДСЭНда туберкулёзга қарши ишлар. Туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолат ва динамик тахлили. Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида ишлар. Санитар-ветеринар назоратида қатнашиш, туберкулёзга қарши курашишда, комплекс режани тузиш учун билимларни шакллантириш ва умумий даволаш тармоқлари ва туберкулёзга қарши диспансерларда туберкулёзга қарши курашиш чора-тадбирларини назорат қилиш ишларини амалга ошириш.

ВТЭКда туберкулёзга қарши ишлар. Вактинчалик ишга яроқсизлик, туберкулёз беморларини ВТЭКга юбориш муддатлари ва кўрсатмалар.

Буйруқлар, услубий кўрсатмалар ва тавсиялар, туберкулёзга қарши кураш чора-тадбирларини ташкиллаштириш ва ўтказиш қўлланмалари.

Туберкулёз беморларини даволаш тамойиллари ва усуллари

ДОТС дастури бўйича беморларни даволаш тоифаларини аниқлаш. Туберкулёзга қарши дорилар. Кимётерапиянинг асосий тамойиллари – ЖССТ тавсиясига асосан, назоратли антибактериал давони ўтказиш. Коллапсотерапия турлари (пневмоторакс, пневмоперитонеум) ва ўпка туберкулёзида жаррохлик усуллари ва уларга кўрсатмалар.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Амалий машғулотларда талабаларбеморларни клиник-лаборатор ва рентгенологик текшириш усулларини, шунингдек туберкулёз клиник шакллари кийёсий ташхислаш ва синдромал ташхислаш усуллари ўрганадилар.

Амалий машғулотларнинг тахминий тавсия этиладиган мавзулари:

- 1.Туберкулёз клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
2. Ўпка туберкулёзини ташхислаш ва туберкулёзни лаборатор ташхислаш.
3. Туберкулёзда иммунитет ва аллергия. Туберкулёзни ташхислашда туберкулин синамаси.
4. Клиникада ўпка туберкулёзини функционал текшириш усуллари.
5. Туберкулёзни ташхислашда бронхоскопия ва рентгенология усуллари.
6. Туберкулёзнинг клиник таснифи.
7. Талабалар билан биргаликда ўпка туберкулёзи беморларини кўриги ва касаллик тарихини тўлдириш.
8. Бирламчи туберкулёзни эрта ташхислаш. Бирламчи ўпка туберкулёзини ўтказганларда қолдиқ ўзгаришлар.
- 9.Ўпканинг тарқалган туберкулёзи. Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.
- 10.Ўпканинг яллиғланган туберкулёзи. Ўпка туберкуломаси. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.
- 11.Туберкулёзни деструктив шакллари. Кавернали ўпка туберкулёзи. Фиброз-кавернали ўпка туберкулёзи.
- 12.Цирротик ўпка туберкулёзи. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.
- 13.Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси. Туберкулёзни даволаш усуллари ва қоидалари.
- 14.Туберкулёзга қарши препаратлар.
- 15.Туберкулинотерапия, коллапсотерапия, даволашни жаррохлик усуллари.
- 16.Туберкулёзга қарши муассасалар. Туберкулёзга қарши диспансерни таркиби ва ишлари.
- 17.Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги эпидемияга қарши чора-тадбирлар режаси. Туберкулёзга қарши диспансер.
- 18.Болалар ва ўсимрларда туберкулёзни аниқлаш усуллари.
- 19.ДОТС стратегияси бўйича туберкулез беморларини аниқлаш, даволаш, даволаш натижаларини баҳолаш ва кузатиш.
- 20.УДТ нинг туберкулезга қарши курашишдаги ўрни. Туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолатни баҳолаш.
- 21.Туберкулёзни профилактика усуллари.

Синдромлар:

1. Йўтал, балғам ажралаши. Ўпка туберкулёзи турли шакллари ва ЎСНК да йўтал ва балғам ажралаши характери.
2. Иситма. Тана ҳарорати ошиши механизми. Номаялум этиологияли иситма. Ўпка туберкулёзи турли шакллари ва ЎСНК да иситма характери.
- 3.Ўпка инфильтратлари. Турли генезли инфильтратларнинг клиник-рентгенологик ва морфологик характеристикаси. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича вазиятни баҳолаш.
4. Плевритлар, плевра бўшлиғида суюқлик йиғилиш механизми. Плевритлар таснифи. Турли этиологияли плевритлар қиёсий ташхиси.
5. Лимфаденопатиялар. Регионал, кўкрак ичи, мезентериал лимфа тугунларини патологоанатомик тузилиши.
6. Ўпкадан ташқари туберкулёз шаклларининг қиёсий ташхиси.
7. ОИВ-ТБ, туберкулёзнинг дориларга турғун тури (МЛУ-ТБ).
8. Ҳансираш. Ҳансирашни патофизиологик механизми. Ҳар-хил шаклдаги туберкулёз ва туберкулёздан кейинги ўзгаришларда хансираш.
9. Ўпкадан ташқари туберкулезни таққослама ташхислаш.
10. Кўкрак қафасида оғриқ билан кечувчи туберкулёз асоратлари-қон туфлаш ва ўпкадан қон

кетиши, спонтан пневмотракс. Кўкрак қафасида оғриқ ва ўпкадан қон кетишни таққослама ташхислаш. Ташхислаш ва тезкор терапевтик чора-тадбир усуллари.

Амалий машғулотларни ташкил этиш бўйича кафедра профессор-ўқитувчилари томонидан кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади. Унда талабалар асосий маъруза мавзулари бўйича олган билим ва кўникмаларини амалий масалалар ечиш орқали янада бойитадилар.

Шунингдек, дарслик ва ўқув қўлланмалар асосида талабалар билимларини мустақамлашга эришиш, тарқатма материаллардан фойдаланиш, илмий мақолалар ва тезисларни чоп этиш орқали талабалар билимини ошириш, масалалар ечиш, мавзулар бўйича кўргазмали қуроллар тайёрлаш ва бошқалар тавсия этилади.

Лаборатория ишларини ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар иноватга олинмаган

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни

Талаба мустақил ишини тайёрлашда фаннинг хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиш тавсия этилади:

- дарслик ва ўқув қўлланмалар бўйича фан боблари ва мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи тизимлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича фанлар бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;
- Янги техникаларни, аппаратураларни, жараёнлар ва технологияларни ўрганиш;
- талабанинг ўқув-илмий-тадқиқот ишларини бажариш билан боғлиқ бўлган фанлар бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш;
- фаол ва муаммоли ўқитиш услубидан фойдаланиладиган ўқув машғулотлари;
- масофавий (дистанцион) таълим.

Тавсия этилаётган мустақил ишларнинг мавзулари:

1. Нафас олиш системасини эмбрионал ривожланиши ва анатомияси.
2. Ўпканинг функционал морфологияси. Замонавий шароитда ўпка туберкулезининг морфологик қурлими.
3. Туберкулез этиологияси. Туберкулез микобактериясини дориларга чидамлилиқ тури.
4. Ташки нафас ва юрак қон-томир системаси функциясини текшириш усуллари.
5. Туберкулез патогенези. Туберкулез яллиғланишининг иммунологик ва генетик аспекти.
6. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулезининг рентгенологик ва нур диагностикаси.
7. БЖССТ тавсияси МКБ-10 бўйича туберкулёз таснифи.
8. Туберкулёз клиник шаклларни қиёсий ташхислашнинг асосий усуллари.
9. Туберкулезнинг бошқа касалликлар билан бирга кечиши. Туберкулёз ва ички аъзолар касалликлари.
10. Ўпка туберкулёзи асоратлари. Туберкулез билан касалланган беморларда нафас етишмовчилиги.
11. Ўзбекистон Республикасида ДОТС стратегияси бўйича туберкулёзга қарши курашиш дастури.
12. ДОТС стратегияси бўйича туберкулёз беморларини кузатиш ва даволаш усуллари.
13. ДОТС стратегияси бўйича туберкулёз беморларини даволаш схемалари.
14. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш.
15. Туберкулёз билан касалланишга атроф-муҳит омилларининг таъсири.
16. Туберкулёз билан оғриган беморларга тиббий маслаҳат бериш асослари.

Дастурнинг информацион-услубий таъминоти

Мазкур фанни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган.

- барча мавзулар бўйича маъруза машғулотларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентацион ва электрон дидактик технологияларни;

- фаннинг умумий ва хусусий бўлимларига тегишли мавзуларида ўтказиладиган амалий машғулотларда ақлий ҳужум, қора қути, ўргимчак ини, гуруҳли фикрлаш педагогик технологияларини қўллаш назарда тутилади.

Ўзбекистон Республикаси Олий ва Ўрта махсус таълим вазирлиги

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги

Бухоро Давлат тиббиёт институти

**ФТИЗИАТРИЯ ФАНИ БУЙИЧА ДАВОЛАШ ВА ТИББИЙ ПЕДАГОГИКА
ФАКУЛЬТЕТИ 4- КУРС ТАЛАБАЛАРИНИ ТАЙЕРЛАШ УЧУН
ИШЧИ ДАСТУР**

**СОХАСИ «СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ»- 720000
ТАЪЛИМ ЙУНАЛИШИ:
5720100 “ДАВОЛАШ ИШИ” ВА 5140900 «КАСБИЙ ТАЪЛИМ»**

БУХОРО – 2019

I. УМУМИЙ ҚОИДАЛАР

Фтизиатрия фани бўйича ишчи ўқув дастури 4-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети бакалавриат таълим йуналиши талабалари учун, ЎзР Олий ва Ўрта махсус таълим Вазирлиги томонидан тасдиқланган Давлат таълим стандартлари ва Олий таълимнинг 720000 «Соғлиқни сақлаш» 5720200 «Даволаш иши», 5140900 «Касбий таълим» (5720100 – Даволаш иши) бакалавриат таълим йуналиши талабалари учун мулжалланган фтизиатрия фанидан дастур (2006 йил 22 августда рўйхатга олинган № БД5720100 - 4.01.7 ва тасдиқланган ЎзР ОЎМТВ № 186 2006 й. 10 августда) асосида ва ўқув бўлимини кўрсатмаси бўйича ўқув режасига мувофиқ ишлаб чиқилди.

ЎҚУВ ЮКЛАМА ҲАЖМИ

<i>Мехнат сигими</i>	<i>Аудитор дарсларнинг турига қараб ўқув юкки ҳажмини тақсимлаш</i>				<i>Мустақил иш</i>	
	<i>Жами</i>	<i>Маърузалар</i>	<i>Амалий маишулотлар</i>	<i>Ўқув амалиёти</i>	<i>Ўқув амалиёти</i>	<i>Мустақил иш</i>
130	80	20	60	-	-	50

МАҚСАДИ

Бу дастурга киритилган фтизиатрия фанининг мақсади ўпка силининг ҳар хил шакллари аниқлаш ва унинг диагностикаси, профилактикаси ва ташҳис қилишнинг усуллари ўргатиш. Юқори савияли мутахассис — умумий амалиёт шифокорларини тайёрлашдан мақсад фтизиатрия хизматида билим ва амалий кўникмаларни мукамал ўзлаштиришга қаратилгандир.

ВАЗИФАЛАРИ:

- Ўпка сили ва носпецифик ўпка касалликлари, таққослама ташҳис қўйиш билим ва кўникмаларни шакллантириш.
- Ўпкадан ташқари аъзолар сили клиник кечиши ва кўникмаларни шакллантириш.
- Ўпка ва бошқа аъзолар силини барвақт аниқлаш ва ўз вақтида ташҳис қўйишни ўрганиш.
- Ўпкадан қон кетиш ва спонтан пневмотораксиди ташҳис ва тез ёрдам принципларини ўргатиш.
- Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг директив хажжатлари, ҳамда DOTS стратегияси асосида силга қарши эпидемиологик тадбирларни билиш ва таҳлил қилишни шакллантириш.
- РЎз ССВ «Силга қарши курашиш тадбирларини такомиллаштириш тўғрисидаги» 03.04.2003 й. 160-сонли буйруқ асослари билан танишиш.
- Туберкулёз беморларини аниқлашда УАШ вазифаларини ўргатиш;
- ДОТС бўйича амбулатория шароитида туберкулёз беморларини даволашни ташкиллаштириш.
- Назоратли кимёвий терапияни бажариш, дориларни юборишни ўзлаштиришни ўргатиш.
- Нормал ва патологик рентгенограммаларни тўғри таҳлил қилиш ва протоколлаштиришни ўргатиш.

ТАЛАБАЛАРГА БИЛИМ, КЎНИКМА ВА АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАРГА ТАЛАБЛАР

ТАЛАБА БИЛИШИ ЛОЗИМ:

- силнинг клиник шакллари, симптом ва синдромлар асосида таққосий ташхисқўйиш;
- туберкулёз касаллиги бирламчи ва иккиламчи профилактикаси;
- ДОТС буйича силнинг химиопрофилактикасини утказишини;
- силнинг санитар, ижтимоий ва махсус профилактикаси;
- ўпкadan қон кетиш ва спонтан пневмотораксда тез тиббий ёрдам кўрсатишни;
- туберкулёз ва бошқа аъзолар касалликлари билан касалликни кечиш хусусиятларини билиш (кандли диабет, ошқозон ва 12 - бармоқли ичак яра касаллиги, сурункали ўпка носпецифик касаллиги, ОИТС ва бошқа);
- хомиладорларда туберкулёз касаллигини кечиши ва даволаш хусусиятларни билиш;
- карияларда туберкулёз касаллигини кечиши ва даволаш хусусиятларни билиш;
- таққосий ташхис қўйишда қўшимча усулларга кўрсатмалари;
- Ўзбекистонда ва жаҳонда силнинг асосий эпидемиологик кўрсаткичлари ва силга қаршикурашдаги директив хужжатларни;
- ДОТС стратегияси моҳияти, туберкулёз касаллигини аниқлашда, даволашда ва силга қарши курашдаги ўрнини;
- УАШ шифокорининг силга гумон қилинганда беморни текшириш алгоритмини билиш;
- ДОТС стратегиясининг тамоилларини билиш;
- ДОТС буйича асосий хужжатларни расмийлаштиришни урганиш.

ТАЛАБА БАЖАРИШИ КЕРАК:

- эпидемиологик вазиятни таҳлил қилиш, туберкулёз касаллиги бўйича хавфли гуруҳни аниқлаш;
- ШВП, ҚВПларга мурожаат этаётган беморларда туберкулёз касаллигини аниқлаш;
- беморни аҳволини аниқлаш ва биринчи шифокор ёрдамини бериш, ҳамда кейинги тиббий хизмат тактикасини аниқлаш;
- специфик профилактикасини бажариш;
- силни химиопрофилактикасини бажариш;
- ДОТС буйича силнинг профилактикасини бажариш;
- флюоро-рентгенограммаларда патологик сояларни аниқлаш ва протокол тузиш;
- туберкулёз билан ҳамроҳ бошқа касалликларга ташхис қўйиш;
- ШВП, ҚВПларда туберкулёз касаллиги аниқланган тақдирда эпидемияга қарши тадбирларни тузишни;
- аҳоли уртасида силнинг долзарб муаммолари туғрисида санитар-оқартув ишларни олиб бориш.
- УАШ силга гумон қилинган беморларни текшириш алгоритмини бажариш.
- ДОТС нинг асосий хужжатларини (ТБ 01, ТБ 05) тулдириш ва даволашни куллаб-кувватловчи даврида даволашни утказиш.

ФТИЗИАТРИЯДАН ТАЛАБА БАЖАРА ОЛИШИ ШАРТ БЎЛГАН АМАЛИЙ КЎНИКМАЛАР:

- ўпка сили гумон қилинган беморларни текшириш;
- флюоро-рентгенограммаларни ўқиш;
- Манту синамасини қўйиш ва баҳолаш;
- Циль-Нильсен усули билан суртмада туберкулёз таёкчасини топа билиш;
- плевра ва орқа миёдаги жараёнга ташхис қўйиш мақсадида пункция қилиш;
- корин бушлиғига ҳаво юбориш (СП) техникасини ўрганиш;
- поликлиника ва диспансерларда беморларни мустақил қабул қилиш;

- спонтан пневмотораксда тез тиббий ёрдам бериш усулларни ўтказиш билиш;
- ўпкадан қон кетишда тез тиббий ёрдам бериш усулларни ўтказиш билиш;
- туберкулинодиагностиканинг эффективлигини баҳолаш;
- туберкулёз инфекцияси учоғини текшириш ва эпидемиологик хавфни аниқлаш;
- аҳоли ўртасидаги туберкулёз касаллигига мойил бўлганларни аниқлаш;
- эмлаш ва қайта эмлашни эффективлигини баҳолаш;
- Ўзбекистонда силнинг асосий эпидемиологик курсаткичларни ҳисоблашни ўрганиш.
- ТБ 01 ва ТБ 05 ни мустақил тулдириш;
- ДОТС дастури бўйича беморларни табакалаш ва тоифалар бўйича даволашни ўтказиш.

ФТИЗИАТРИЯНИ ЎРГАНИШДА ЗАРУР БЎЛГАН ҲАМКОР ФАНЛАР:

1. Нафас аъзолари системаси нормал ва патологик анатомияси.
2. Ички касалликлар пропедевтикаси – нафас аъзолари системаси.
3. Микробиология – *Micobacteria* оиласи.
4. Фармакология ва клиник фармакология – силга қарши дорилар.
5. Эпидемиология.

АМАЛИЙ ИШЛАР ИЖРОСИ БЎЙИЧА ВАЗИФАЛАРНИНГ МАЖБУРИЙ МИНИМУМИ:

1. Амалий машғулот мавзуси бўйича сўров ўтказиш.
2. Тематик беморлар муҳокамасида иштирок этиш.
3. Патологик материалда туберкулёз таёкчасини аниқлаш.
4. Стационардаги беморлар ҳужжатларини тайёрлаш (касаллик тарихи, кундалиқлар, эпикризлар, ҳарорат варақалари, муолажалар варақаси)
5. Туберкулин синамаларини мустақил қўйиш.
6. Даволаш ва профилактик муолажаларда иштирок этиш.
7. Функционал диагностика хонасида мустақил ишлаш.
8. Назоратли кимёвий терапияни бажариш, дориларни юборишни ўзлаштириш.
9. Диспансер гуруҳларини аниқлаш ва эпидемияга қарши тадбирлар тузиш.
10. Маърузавий ва амалий мавзулар бўйича талабаларни назарий ўз устида ишлашини жорий назорат қилиш, ситуацион масалалар, ижровий ўйинлар, рейтингини аниқлаш.
11. Туберкулёз ўчоқларни турларини аниқлаш ва соғломлаштириш режасини тузиш.
12. Аҳоли орасида санитар-оқартув ишларини ўтказиш.
13. Беморлар тиббий ҳужжатларини тўғри тулдириш.

1. КИРИШ

Туберкулёз – қадимги, кенг тарқалган касаллик бўлиб ҳисобланади. Қадимги юнон ва бошқа давлатларда мумланган ўликларда, тош даврида яшаган одамларнинг суякларида туберкулёз касаллиги хос белгилар борлиги аниқланган.

Эски табиблар, туберкулёз касалига хос баъзи узгаришларни кузатганлар. Уларнинг ёзишларича туберкулёз касаллигига хос булган асосий белгилардан бири йутал, балгам аралаш йутал, кон тупуриш ва бадан харорати кутарилиши.

Касалликнинг тез ривожланиши натижасида беморлар озайиши, қуриши тез орада ориклар кетишини кузатиб, касалликка “туберкулёз” ёки “чахотка” грек сузи бўлиб қуриш, емирилиш маъносини билдирадиган ном билан номланган.

Қадим замонларда табиблар, олимлар туберкулёз касаллигини юқумли эканлигини аниқлаганлар. Ундан ташқари бу касаллик наслдан – наслга ўтиши мумкин деган хулосани чиқарганлар.

Форс мамлакатада туберкулёз касаллигига моҳов касаллигига ўхшаган талаблар киритилган.

Ҳиндистонда туберкулёз касаллигига дучор булган оилалар билан нигоҳ ўтказиш ман этилган.

Ҳиндистон, Португалия ва Венгрияда туберкулёз касали пайдо булган жойдан тезда хабардор қилиниши лозим булган қонун киритилганлар.

Эрамиздан 2000 йил олдин Вавилионнинг қонунларида «Ҳомуриани Кодекси» да, хотини туберкулёз билан касалланган эркакларга ажралиш руҳсат этилган – қонуний тарзда.

Туберкулёз касаллигининг асосий белгиларини биринчилар қаторида Юнон олими Гипократ уз қитобларида ёзиб қурсатган (бизнинг эрамизгача) 460-377.

Бу касалликнинг асосий хусусиятлари шундаки; у билан биринчи ва қўпинча ёшлар касалланади ва бу касаллик маълум метрологик факторлар таъсири остида ўтади, деб ёзади.

Гипократ биринчилар қаторига туберкулёз касаллигининг ўтиш белгиларини баъзи бир даволаш усуллари ва дориларни уз асарларида ёзиб қолдирган.

Гипократ ва қадимги Юнон ҳақими Галенларнинг туберкулёз касаллиги туғрисидаги қўялари, фтизиатрия фанининг ривожланишида алоҳида ўрин олади.

Фтизиатрия фани – туберкулёз кишиларни зарарловчи касаллик сифатида қадим замонлардан маълум бўлиб, бу фан одам организмдаги туберкулёз касаллигининг юқиши, тарқалиши, касаллик ривожланиши, клиник белгилари, даволаш ва профилактика ишларини ўрганадиган фан ҳисобланади. Туберкулёз туғрисидаги фанни Мартон «Фтизиология» (юнончадан, озиб кетишни билдиради) деб атаган ва бу туғрисида биринчи бўлиб, 1689 йилда «Фтизиология ёки туберкулёз туғрисида трактат» номли монографиясини ёзган. Туберкулёз касаллиги туғрисидаги маълумотлар эрамиздан олдинги II-III асрлар давридаги Ҳитой географларида ёзиб қолдирган. Силнинг юқумли касаллик эканлиги туғрисидаги маълумотлар ҳам эрамиздан илгари пайдо булган. Фтизиатриянинг ривожланишини шартли равишда 3 даврга бўлиш мумкин:

1. Ўзоқ муддат ичида қўзатиб, эмпирик равишда ташхис қўйиш даври. Гипократнинг айтишича, бунда қўз билан қўриб, қўлок билан эшитиб, қўрун билан қидлаб, тил билан қотиб фикр қўритилади. Бу давр XVIII-асрнинг охири XIX-аср бошларигача давом этган.
2. XVIII ва XIX асрларда клиник ва анатомик йўналишлар бўлиб, касалликларни материалистик қўшунишга имқоният қўратилди.
3. Роберт Қох қомонидан 1882 йилда туберкулёз таёқчалари аниқлангандан кейинги давр. Бу даврда фтизиатрия фан сифатида ривожланди ва силнинг олдини олиш, ташхис қўйиш, даволаш масалалари илмий асосда ташқил этилди.

Фтизиатриянинг ривожланишидаги учинчи давр уз навбатида яна икки даврга ажратилади: 1- силга қарши қўлланиладиган қимё препаратлар қашт этилгунича (1943-1950 йил) булган давр, 2-антибактериал давр, у силга қарши дорилар қашф этилган вақтдан шу қўнгача булган даврни уз ичига олади.

Ҳозирги қўнда туберкулёз касаллигини эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, даволаш ва профилактика ишлари дунё микёсида кенг йўлга қўйилганлигига қарамасдан касалликнинг ақоли орасида ўсиб қўриши қўзатилмоқда.

2. Фтизиатрия фанининг асосий мақсади:

Талабаларга уларнинг келажакдаги ҳақимлик касбларини иноватга олиб, шу фандан (яъни туберкулёз касалликлари тугрисида) маълумотлар бериш.

4 – курс даволаш куллийти талабалари куйидаги билим ва усталикни узлаштиришлари керак:

- Силга қарши курашишдаги умумий тиббий ҳақимларининг асосий роли ва вазифалари
- Силга қарши курашишдаги умумий тиббий ҳақимларининг асосий роли ва вазифалари
- Силга қарши ишларни бажара олиш
- Силни барвақт аниқлай олиш ва уни профилактик услубларини узлаштириш
- Туберкулёз касаллиги диагностикаси ва уларни куллаш
- Силга қарши дорилар (туберкулостик) ни курсатгичлари беморлар истеъмоли учун мумкин ва мумкин эмаслиги аниқлай олиш.
- Туберкулёз беморларини даволашда кулланиладиган жаррохлик усуллари, коллапсотерапия ўтказиш қоидалари
 - Силга қарши диспансерларнинг асосий вазифалари ва улардаги ташкилий ишлар билан қатнашиш.

3. Фтизиатрия фанининг вазифаси

Фтизиатрия фанини ўқитишнинг асосий вазифаси – бўлажак шифокорларга туберкулёз касаллигини эрта аниқлаш, ташхис қуйиш, даволаш ва аҳоли орасида туберкулёз касаллиги бўйича профилактик ишларни олиб боришдан иборат. Ҳозирги кунда аҳоли орасида касалликни эрта аниқлаш ҳамда, балғамни лаборатор текширишлар асосида касалликни топиш ва даволаш асосий вазифалардан ҳисобланади. Бундан ташқари болалар орасида вакцинация ва ревакцинация ишларини олиб бориш асосий ўрин тутди. Бу жараёнларни барчасини талабаларга тўлиқ тушунтириш фаннинг асосий вазифаси ҳисобланади.

4. Фтизиатрия фанига бўлган талаблар, кўникма ва малакалар

Фтизиатрия фанига бўлган талаб туберкулёз касаллигининг хоссаларини, тузилишини, касаллик назарияларини, клиник ташниси тўғрисида маълумотларга эга бўлиши керак.

- туберкулёз касаллигини келтириб чиқарувчи омиллар,
- туберкулёз касаллигини одам организмга юқиш йуллари,
- туберкулёз касаллигини организмга тарқалиши,
- касаллик ривожланиши,
- касалликнинг клиник белгилари,
- касалликни ташхислаш,
- касалликни антибактериал дорилар билан даволаш,
- касалликни профилактика қилиш талаб ва кўникмаларига асосланиб, олиб борилади.

5. Фтизиатрия фанининг бошқа фанлар билан боғлиқлиги (интеграция)

Фтизиатрия – бу клиник фанлар бўлими ҳисобланиб, туберкулёз касаллигининг кечиши (этиологияси) механизми, уни аниқлай олиш (диагностикаси) услублари, даволаш ва касаллик олдини олиш мақсадида ўтказиладиган асосий вазифаларни ўрганадиган фан бўлиб ҳисобланади.

Туберкулёз – бу умумий юқумли касаллик ҳисобланиб, одам баданидаги ҳамма аъзоларини, айниқса ўпкаларни яллиғлантирадиган касалликдир.

Бу соҳада ишлайдиган ҳақимларга - **фтизиатрлар** дейилади.

Фтизиатрларнинг асосий вазифалари касалликни аниқлаш (диагностика) туберкулёз касали даволаш ва олдини олиш бўлса, туберкулёз касали олдини олиш ва туберкулёз беморларини топиб олиш умумий ҳақимлар, яъни – болалар ҳақимлари, терапевтлар, жаррохлар ва бошқалар вазифалари ҳисобланади.

Туберкулёз касаллигининг ўпкадан ташқари аъзолардаги учрайдиган хиллари аниқлаш ва даволаш бошқа ҳакимлар (яъни урологлар, ортопедлар, кўз касалликлари ҳакимлари ва бошқалар) вазифаларига киради.

Шунинг учун қайси соҳада ишлашига қарамасдан ҳамма ҳакимлар туберкулёз тўғрисидаги бирламчи билим ва маълумотларга эга бўлиши шарт.

Ҳозирги замон ривожланган тиббиёт фани олдидаги асосий вазифалардан бири – туберкулёз касали енгил, чегараланган ва барвақт шакллари ўз вақтида аниқлаш:

Бу ишни қониқарли даражада ўтказиш умумий ҳакимлар – участка терапевтлари, болалар ҳакимлари, жаррохлар ва хоказолар туберкулёз касалликлари бўйича маълум билим савияларига боғлиқ.

Ҳар бир ҳаким ўз вақтида туберкулёз касалини хавфсираб (заподозрить) беморларни текшириб фтизиатр ҳаками ёки ўпка аъзоларидан ташқари аъзоларни даволовчи ҳаким – фтизиатрларга юбориши шарт.

Охирги пайтда туберкулёз (яъни ўпка сили) ўпка ва нафас олиш йуллари патологияси баъзи жойларда қўшилиб ўрганилаяпти. Яъни – **фтизиопульмонология**, янги фани ташкил топяпти.

Шунинг учун ҳозирги замон фтизиатр – ҳаками олдида туберкулёз касалидан ташқари ўпка ва юқори нафас аъзолари патологиясини ўрганиш талаб этилади.

Худуди шу тарика пульмонологлар олдида ҳам фтизиатрияни чуқур ўзлаштириш аҳамиятлидир.

Унинг натижасида жамиятимиз учун зарур бўлган юқори малакали нафас олиш аъзолари ҳакимлари тайёрланади.

6. Фтизиатрия фани бўйича талабалар билимини баҳолаш (ЖН, ОБ, ЯН)

Рейтинг системасида талабалар фан бўйича баҳолаш қуйидаги назорат турлари бўйича амалга оширилади: жорий, оралик, якуний.

Жорий назорат – ҳар бир амалий машғулот даврида талабалар билимини систематик равишда текширишдан иборат. Амалий машғулотларда талабалар билимининг баҳолашнинг кенг тарқалган шакли бўлиб, ўқув материалнинг маълум қисмини оғзаки назорат қилиш ҳисобланади. Бундан ташқари баъзи мавзулар бўйича ёзма вазифалар ва ўргатувчи назорат қилувчи дастурлар бўйича тестлар орқали назорат системаси низомига асосан ҳар бир жорий вазифа баллар ҳисобида баҳоланади. ЖБ га ажратилган максимал баллнинг 45% талабаларнинг назарий билимларини баҳолашга, ОБ бир булим тугугандан кейин ўтказилади, ОБ га 20%, 5% и мустақил ишга ажратилган. Ҳар бир машғулотнинг охирида бу баллар жамланиб, жаридага умумий балл қўйилади. Баҳо ўқув материали фрагментини ўзлаштиришнинг фоизини белгилайди. Фан ўқитилиб бўлгандан кейин жорий назоратнинг барча баллари қўшилади, жорий баҳолаш кунлик йиғилган баллар йиғиндисини ташкил этиб, умум баллар йиғиндисини 11 га бўлиниб 0,45 га қўпайтирилади ва фоизи белгиланади.

Талаба цикл давомида мезон асосида мустақил иш ва касаллик баённомаси ёзиб иккаласи бали қўшилиб 5 га бўлинади ва 0,05 га қўпайтирилади ва фоиз балл туплайди. ОБ эса 0,2 га қўпайтирилади. Якуний назорат – умумий жадвалга асосан циклнинг охирги кунда 2 усулда олиб борилади, OSKI ёзма иш тарзида ва тест усулида ўтказилади. OSKI усули 0,2 га қўпайтирилади, ЯН тест усулида йиғилган балл 0,2 га қўпайтирилади ва фоиз чиқарилади, умумий барча фоизлар қўшилиб талабанинг умумий йиғган балини ташкил этади.

7. Фтизиатрия фани бўйича фойдаланилган техналогик усуллар

Ҳар бир амалий машғулот даврида муҳокама қилинаётган мавзу бўйича 1 та амалий машғулот бажарилиши лозим. Амалий иш натижалари мустақил иш ҳисобида талабалар баённома сифатида расмийлаштириб топширадилар.

8. Фтизиатрия фани буйича кўргазмалар, техник воситалар

Фан буйича лаборатория ускуналари, ўқитишнинг техник воситалари, видео ва кино фильмлар, мултимедиялар, рентген суратлар, кўргазмали куроллар, неготоскоп, слайдлар, талабалар билимини рейтинг тизими асосида назорат қилиш ва бошқалар.

Фтизиатрия фанидан баҳолаш мезонлари

Фан бўйича талабалар билимини баҳолаш Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2009 йил 7 августдаги “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом” ва тиббиёт олий таълим муассасалари ректорлари Раёсати томонидан тавсия этилган “Тиббиёт олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом ва Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2010 йил 25 августдаги 333-сон буйруғи билан Низомга ўзгартириш ва қўшимчалар киритилган ҳамда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги 2010 йил 26 августдаги 1981-1 сон билан Давлат рўйхатидан қайта ўтказилган “Олий таълим муассасаларида талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом” асосида ишлаб чиқилди ва Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти Юқумли касалликлар, фтизиатрия ва тери-таносил касалликлар кафедраси “талабалар билимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими” асосида олиб борилади. Талабалар билим савияси ва ўзлаштириш даражасининг Давлат таълим стандартларига мувофиқлигини таъминлаш учун қуйидаги назорат турларини ўтказиш назарда тутилади.

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Саралаш бали	Коэффициент
1	Жорий баҳолаш	45	25	0.45
2	Т М И	5	2.6	0.05
3	Оралиқ баҳолаш	20	11	0.2
4	Якуний баҳолаш	30	16.5	0.3
	Жами	100	55	1

Баҳолаш турлари ва шакллари

3. Талабанинг фан бўйича ўзлаштиришини баҳолаш мунтазам равишда олиб бориш ва қуйидаги турлар орқали амалга оширилади:

- Жорий баҳолаш (ЖБ)
- Оралиқ баҳолаш (ОБ)
- Мустақил иши (МИ)
- Якуний баҳолаш (ЯБ)

Юқумли касалликлар, фтизиатрия, тери – таносил касалликлари бўйича талабанинг семестр (цикл) давомида ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади. Ушбу 100 балл баҳолаш турлари бўйича қуйидагича тақсимланди:

жорий баҳолаш 45 балл

оралиқ баҳолаш 20 балл

мустақил иш 5 балл

якуний баҳолаш 30 балл

ЖБда фаннинг ҳар-бир мавзуси бўйича талабанинг билими ва амалий кўникмаларини аниқлаб бориш назарда тутилган ва у амалий ёки лаборатория машғулотларида амалга оширилиши мумкин. Баҳолаш талабанинг билим даражаси, амалий машғулот материалларини ўзлаштириши, назарий материал муҳокамасида ва таълимнинг интерактив услубларида қатнашишининг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларнинг ўзлаштириш даражаси (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндашувлар) ҳисобга олинади.

Қўйиб юборилган ва ўзлаштирилмаган амалий ва маъруза машғулотлар қайта топшириши зарур ҳисобланади. Амалий машғулотни қайта топширишда 0,8 коэффиценти қўлланилади. Талаба қатнашмаган маъруза мавзусидаги амалий

машғулотлар балидан 10% чегирма олинади.

Талабанинг мустақил иши Ўзбекистон Республикасининг Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2002 йил 10 июлдаги 28 - сонли буйруғига асосан ташкил этилади ва 100 баллик тизимда ЖБ жараёнида баҳоланади ва барча баҳолаш турларида аниқланади. Кафедрада фанлар бўйича мустақил иш ўқув дастурда кўрсатилган мавзулар бўйича ўтказилади, мустақил иш кафедрада қабул қилинган ва деканат томонидан тасдиқланган “ Фан бўйича талабаларнинг мустақил ишини қабул қилиш режаси ” асосида ўқитувчилар томонидан қабул қилинади. Мустақил ишнинг бир қисми касаллик тарихини ёзиш, касалхонада навбатчилик қилиш, кутубхонага бориш ва ўқув залида шугулланиш, ҳамда институтда ташкил этилган интернет синфларида шугулланиш ўз ичига олади. Талабалар цикл (семестр) охирида касаллик тарихи, рефератив доклад, ҳамда касалликларни ташхислаш алгоритмлар мажмуасини топширади. Талабаларнинг мустақил ишини баҳолаш учун кафедрада алоҳида синф журнали ташкил қилинади ва талабаларнинг кунлик ўзлаштириш баллари режада кўрсатилган ўқитувчилар томонидан кўрсатиб борилади. Ўқув журналида ўқув йилнинг (циклнинг) охириги амалий машғулотдан сўнг битта устун ажратилади ва талабанинг мустақил иши бўйича йиғилган балининг ўртача қиймати қўйилади.

Фтизиатрия фанидан 4 - курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун фандан умумий соатлар ҳажми 108 соатдан юқори булгани учун ОБ ўтказилади, умумий баҳолаш қуйидаги тартибда ўтказилади.

жорий баҳолаш 45 балл,
оралиқ баҳолаш 20 балл
мустақил иш 5 балл,
якуний баҳолаш 30 балл

ЯБда талабанинг билими, кўникмалари фаннинг умумий мазмуни доирасида баҳоланади. ЯБ семестр (цикл) якунида ўтказилади.

ЯБ тури ҳар - бир фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, фтизиатрия фани бўйича даволаш ва тиббий педагогика факультети 4 курс талабаларига ЯБ 30 балл бўлиб шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида, даволаш ва тиббий педагогика факультети - 6 курс талабаларига ЯБ 30 балл булгани учун, шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида қабул қилинади.

Ёзма иш усулида ЯБ ўтказиш «Рейтинг тизимининг якуний баҳолаш босқичида ёзма иш усулини қўллаш тартиби» билан белгиланди (илова1).

Деканат ва кафедра белгиланган тартибда фан бўйича талабанинг ЖБ ҳамда ЯБдаги ўзлаштириш кўрсаткичларини белгиланган шаклда қайдномаларга киритишлари ва уларнинг натижаларини таҳлил этиб борилиши лозим.

Талабалар билимини баҳолашда қуйидаги намунавий мезонлар инобатга олинади.

Балл	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
86-100	Аъло	Хулосава қарор қабул қилиш. Ижодий фикрлай олиш. Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллаш олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш.
71-85	Яхши	Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллаш олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
55-70	Қониқарли	Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
0-54	Қониқарсиз	Аниқ тасаввурга эга бўлмаслик. Билмаслик.

Фанлардан баҳолаш турлари ўтказиладиган саволларни аниқ баллар билан ифодалаш тавсия этилади.

Талаба билимини баҳолаш тартиби
100 баллик тизимда балларни тақсимланиши

Баҳолаш тури	Максимал балл	Коэффициент	Саралаш бали
ЖБ	45 балл	0,45	25 балл
ТМИ	5 балл	0,05	2.6 балл
ОБ	20 балл	0,2	11 балл
ЯБ	30 балл	0,3	16.5 балл
ЖАМИ	100 балл	1,0	55 балл

Талабани фан бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби

ЖБ (7та дарс) к=0,45	Кундалик баллар (61+71+75+ 80+ 70+70+ 73 = 500) : 7 =71 71 x 0,45 = 31,9 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл = 90 x 0.05= 4,5 балл
ОБ к=0,2	Оралиқ баҳо тўпланган балл =75 x 0.2= 15 балл
ЯБ к=0,3	Тест 80 +OSCE-78 =158: 2 =79 x 0,3 = 23,7 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 31,9+ 4,5+ 23,7 + 15 =75,1балл (яхши)

Фан бўйича рейтинг дафтарчасини расмийлаштириш тартиби
4-курс даволаш ва тиббий педагогика факултети талабалари учун

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Максимал балл	Ўзлаштириш	Баҳо	Ўқитувчининг фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
	Фтизиатрия	130(80+50)	100	78,0	яхши	Б.Р.Муаззамов		

ЖБ баҳолаш ТМИ ва ОБ турини ўзлаштира олмаган талабага қайта ўзлаштириши учун муҳлат ЯБгача белгиланади.

ЖБ нинг ҳар бир босқичи умумий балининг, саралаш балини тўплаган талабага ЯБда иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

Семестр (цикл) якунида фан бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талабанинг ўзлаштириши қоникарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Талабалар ЯБ натижалари бўйича апелляция комиссиясига мурожаат этишлари мумкин. Апелляция комиссияси уч аъзодан кам бўлмаган тартибда ректор буйруғи билан ташкил этилади. Талабалар апелляция комиссиясига фан бўйича ЯБ натижалари эълон қилинган вақтидан бошлаб бир кун давомида ариза билан мурожат қилишлари мумкин. Апелляция комиссияси талабанинг аризасини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида қайтадан ЯБ ўтказиб, ҳулосасини билдиради.

11.Рейтинг натижаларини қайд қилиш тартиби

Талаба фан бўйича баҳолаш турларида тўплаган баллари семестр (цикл) якунида рейтинг қайдномасига бутунсонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг «Ўқув режасида ажратилган соат» устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, «фандан олинган баҳо» устунига эса, талабани мазкур Низомнинг 7 - бандига мувофиқ 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг ўзлаштириши саралаш балидан паст бўлган кўрсаткич рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

Ҳар бир фан бўйича ўтказиладиган ЖБ натижалари кафедра томонидан рейтинг экранда мунтазам равишда ёритиб борилади.

Талабалар мустақил иши (ТМИ) шакллари ва уларни баҳолаш мезонлари.

ТМИ ни ташкил этишда туберкулёз касаллигининг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда талабалар учун мустақил ишнинг ташкилий шакли қилиб «Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш» шаклидан фойдаланилади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, Интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

ТМИ ни назорат қилиш ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг кўрсаткичлари, шу жумладан мустақил иш бўйича, анъанавий гуруҳрейтинг ойнасида ёритиб борилади.

ТМИ асосан амалиёт ўқитувчиси назоратида бўлиб, 100 балли тизим асосида баҳоланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили бошланиши олдида методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам тўплаган талаба фан бўйича якуний назоратга кўйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

ТМИ кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

10. Фтизиатрия фани бўйича штатлар жадвалдаги соат миқдори

№	Фан номи	Мустақил иш соат	Маъруза соат	Амалий соат	Клиник соат	Жами соат
1	IV-курс даволаш	52	10	18	26	54
2	IV-курс тиб.педог	52	18	36	54	108
3	III -курс стоматология	18	6	10	10	26

11. Фтизиатрия фани ўқув хоналарини методик жиҳозлаш

№	Маъруза хонаси		Амалий машғулот хонаси 4 та		Техник восита	Кургазмали жиҳозлар	Даволаш хонаси	
	Стол	стул	стол	Стул			палата	койка
1	10	20	12	48	6	100	13	30

12. Фтизиатрия фани дастури

Тиббиёт олий укув юртлари талабига жавоб берадиган (собик СССР Соглик. Сак. Мин.) Республика Согликни Саклаш Вазирлиги билан келишилган холда тузилган дастур асосида олиб борилади.

IVкурс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун дастур 80 соатга мулжалланган бўлиб, шундан маърузалар учун 20 соат, амалий машгулотлар учун 60 соат ажратилган. VIкурс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун дастур 60 соатга мулжалланган бўлиб, шундан маърузалар учун 10 соат, амалий машгулотлар учун 50 соат ажратилган. IV курс факултети учун дастур “Ички касалликлар пропедевтикаси” фани ҳисобидан 10 соатга мулжалланган бўлиб, шундан маърузалар учун 2 соат, амалий машгулотлар учун 8 соат ажратилган. Кундалик дарс меъёри 6 соат (блочно – цикловый система учун) циклнинг давоми IV курс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун 11 кунни ташкил этади. шулардан биринчи 10 кун жуфт (яъни $45+45=90$) маърузалар, ундан кейин эса 6 соат (яъни 3 жуфт) амалий машгулотлар утилади.

IV курс даволаш ва тиббий педагогика факултетлари учун 8 кунни ташкил этади. шулардан биринчи 5 кун жуфт (яъни $45+45=90$) маърузалар, ундан кейин эса 6 соат (яъни 2 жуфт) амалий машгулотлар утилади.

Укитиш жараёнида талабаларга ҳозирги замон фтизиатрия фани олдида турадиган вазифалар, узгаришлар, Республикамиз Согликни Саклаш Вазирлиги олдида турган силга қарши курашишдаги асосий вазифалар (биринчи 4-6 йил давомида) билан таништирамиз.

Фтизиатрия минбаргоҳида дарс ўтаётган талабалардан қилинадиган талаблар

Р У Х С А Т :

1. Маъруза ва амалий машгулотларда ок ҳалат ва калпачокларда қатнашиш.
2. Амалий машгулотларни утиш жойида тапочкаларда катнашиш.
3. Деканат рухсатисиз факатгина битта қолдирилган “дб” топшириш мумкин.

ТА Қ И Қ Л А Н А Д И :

1. Минбаргоҳ ва клиника булимларда чекиш.
2. Дарсга кечикиш.
3. Техник жихозлар ва ускуна, таблица, плакатларни синдириш.
4. Бегона кишиларга беморлар хақида ахборот бериш.
5. Касаллик тарихини булим ташкарасига олиб чикиш.
6. Уяли телефондан фойдаланиш.

Э С Л А Т М А :

1. Бир катнашда факатгина бирта қайта ишлаш мумкин. Хар бир дарс учун алоҳида реферат тузилади ва катнашмаган дарс соати қайта топширишига рухсат этилади.
2. Кониқарсиз баҳолар ҳам қайта топширишига рухсат қилинади.
3. Қайта топшириш маърузалар тугаганидан сунг қабул қилинади.
4. Қайта ишлашда талаба ўрта саволга жавоб бериши керак тугри жавоб бўлса ушанда қайта ишланган деб қабул қилинади.
5. Талабалар ўз хоҳишлари билан талабалар илмий тугаракларига катнашиши мумкин.

ФТИЗИАТРИЯ ФАНИ БЎЙИЧА СИЛЛАБУС

Фаннинг қисқача тавсифи: Даволаш ва тиббий педагогика йўналиши талабаларига фтизиатрия фанининг асосий клиник симптомлари, уларнинг ташхисот принциплари, киёсий ташхисот аспекти, организмнинг фаолиятини ва унинг атроф-муҳит билан мулоқотини чуқурроқ тушуниб етишга асос яратиш, туберкулёз касалликларида учрайдиган тезкор ҳолатларда ёрдам бериш, туберкулёз касаллигини олдини олиш чораларини ўргатади.						
Институтнинг номи ва жойлашган манзили:	Бухоро Давлат Тиббиёт институти			Навоий шох кўчаси, 1		
Кафедра:	Микробиология, вирусология, иммунология ва фтизиатрия			Даволаш факультети		
Таълим соҳаси ва йўналиши:	510000-Соғлиқни сақлаш			Фтизиатрия		
Фанни олиб борадиган ўқитувчи тўғрисида маълумот:	Курс мудир тиббиёт фанлари номзоди, доцент Муаззамов Баҳодир Раҳмонович			E-mail	Muazzamov@umail.uz	
	Катта ўқитувчи Жумаев Мухтор Фатуллаевич			E-mail	Jumayev@umail.uz	
Дарс вақти ва жойи:	ВСКД			Курснинг давомийлиги		
Индивидуал график асосида ишлаш вақти:	Дарс жадвали асосида ҳафтанинг ҳар куни 8.30 дан 17.00 гача					
Фанга ажратилган соатлар	Аудитория соатлари					Мустақил иш 50
	Маъруза	20	амалиёт	40	клиник	
Фанни бошқа фанлар билан боғлиқлиги (пререквизитлари)	Микробиология, ИКП, анатомия, физиология, биохимия, хирургия, терапия, фармакология, эпидемиология					
Фанни бошқа фанлар билан боғлиқлиги (постреквизитлари)	Микробиология, ИКП, анатомия, физиология, биохимия, хирургия, терапия, фармакология, эпидемиология					
ФАННИНГ МАЗМУНИ (ТАРКИБИ)						
Фаннинг долзарблиги ва қисқача мазмуни	Ўқув фанининг мақсади: Фанни ўқитишдан мақсад туберкулёз касаллиги билан оғриган беморларни эрта аниқлаш, лаборатор текшириш, ташхислаш ва даволаш бўйича назарий, амалий, услубий ва ташкилий билимларни ҳосил қилишдан иборат. Ўқув фанининг вазифалари: - республикаимиз ҳудудида ва ташқаридан кириб келаётган катталар ва ёш болаларда учрайдиган туберкулёз касалликларида анамнез ва клиник лаборатор маълумотларга асосланиб эрта аниқлаш; - Туберкулёз касаллиги жараёнининг хусусиятларини ўргатиш; - Туберкулёз беморлари симптомларига асосланган ҳолда ташхисини қўйишни ўргатиш; - кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларда беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатишни ўргатиш.					

	- Туберкулёз касаллиги ўчоғида беморлар билан мулоқотда бўлганлар орасида эпидемияга қарши чора-тадбирлар ўтказиш асосларини ўқитиш. - беморларни уй ва шифохона шароитида комплекс парвариш асосларини ўқитиш. - фтизиатрия фанини ўқитишдаги педагогик маҳорат асосларини ўқитиш.
Талабаларга қўйилган талаблар:	✓ Ўқитувчи, курсдошлар, тиббий ходимлар ва беморларга нисбатан ҳурматли бўлиш; ✓ институт ички тартиб қоидалари ва одоб ахлоқ қоидаларига риоя қилиш; ✓ кийиниш маданиятига қатъий риоя қилиш (тиббий халати, қалпоқ, маска, алмаштириладиган оёқ кийими); ✓ сабабсиз дарс қолдирмаслик, қолдирилганда ўз вақтида қайта топшириш; ✓ дарсга кечикмаслик ва вақтли кетиб қолмаслик; ✓ дарсга ноутбук, фонендоскоп келтириш; ✓ мустақил ишни йўриқнома асосида тайёрлаб, ўз вақтида топшириш; ✓ Модул тизимига ўз вақтида кириб, берилган топшириқларни бажариш; ✓ маъруза матнларини ёзиб бориши; ✓ ўқув жараёнида фаол қатнашиши; ✓ мунозарага тайёргарлик мобайнида талаба материалга асосланиши ва қўйилган саволга тўлиқ жавоб бериш; ✓ талаба рейтинг баллига норози бўлса, Низомда келтирилгандек ўз муддатида (баҳо эълон қилингандан сўнг бир сутка давомида) ёзма тарзда апелляция комиссиясига мурожаат қилиш.
Ўқитувчи электрон почтаси орқали талаба боғланиши қоидалари:	Талаба ўқитувчи билан муносабатни электрон почта орқали амалга оширилиши мумкин. Рейтинг тизими Низоми асосида баҳолаш (ЖН, ОБ, ЯН) почта орқали муҳокама қилинмайди. Электрон почта орқали алоқа соат 16 ⁰⁰ дан 20 ⁰⁰ амалга оширилиши мумкин.

Маъруза машғулотлар мавзуси

№	Номи	Соат
1	Туберкулёз ҳақида тарихий маълумотлар. Силни ўрганишда асосий ривожланиш босқичлари. Ўзбекистон Республикасида силга қарши курашиш давлат тизимини шакллантиришда олимларнинг ўрни. Туберкулёз эпидемиологияси.	2
2	Туберкулёз микробиологияси. Туберкулёз қўзғатувчиси: микобактерия турлари. Силнинг патологик анатомияси. Туберкулёз яллиғланишидаги морфологик реакция. Туберкулёз иммунологияси. Силни ташхислашнинг умумий тамойиллари ва усуллари..	2
3	Силнинг клиник таснифи. Силнинг клиник шакллари.Бирламчи силнинг клиник шакллари, клиник симптоматология ва ташхислаш усуллари, кечиши, асорати ва оқибати.	2
4	Ўпканинг тарқоқ сили.Ўпканинг ўткир, ним ўткир,сурункали тарқоқ сили. Патогениз, патанатомия,рентгенологик хусусиятлари.Тарқоқ силни ташхиси, клиникаси ва даволаш йўллари.	2
5	Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, туберкулёмалар. Ўпкадаги ўчоқ ва яллиғланиш,туберкулёманинг морфологияси. Ташхислаш, такқослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.	2
6	Силнинг деструктив шакллари. Кавернозли, фиброз-кавернозли ва циррозли упка сили. Ташхислаш, такқослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.	2
7	Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити.Туберкулёз плеврити ва менингитининг патогенези ва таснифи. Ташхислаш, кечиш хусусиятлари,	2

	клиникаси ва даволаш.	
8	Оғиз бўшлиғи, юқори нафас йўллари, трахея ва бронхлар сили. Суяк ва бўғим, сийдик-таносил тизими, ичак, периферик ва мезентериал лимфа тугунлари силии. Юқори нафас йўллари силининг патогенези ва патоморфологияси. Клиникаси, ташхислаш ва даволаш.	2
9	Туберкулёз, ОИВ ва ОИТС. ОИВ/ОИТСни туберкулёз эпидемиологик ҳолатига таъсири. Ўпка силини ўпканинг касб касалликлари билан бирга келиши.	2
10	Туберкулёз беморларини даволаш тамойиллари ва усуллари. ДОТС дастури бўйича беморларни даволаш тоифаларини аниқлаш. Ўпка туберкулёзининг асоратлари. Туберкулёз профилактикаси. БЦЖ вакцинасияси. Кимёпрофилактикага кўрсатмалар ва усуллари. Силни эрта аниқлаш.	2
	Жами:	20

Амалий машғулотларнинг тематик режалари

т/р	Мавзулар мазмуни	Амалий машғулот	Клиник машғулот	ҳам маси
1.	Фтизиатрия клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.Туберкулёз беморларини текшириш тартиблари. Ўпка туберкулёзи ташхиси ва тахлилий ташхиси.	4	2	6
2.	Туберкулёзни ташхислашда туберкулин синамаси Туберкулёзда иммунитет ва аллергия.	4	2	6
3.	Ўпка туберкулёзини функционал текшириш усуллари. Бронхоскопия ва рентгенологик текширув.	4	2	6
4.	Силнинг клиник таснифи. Талабалар билан биргаликда ўпка сили беморларини кўриги ва касаллик тарихини тўлдириш. Бирламчи силни эрта ташхислаш. Бирламчи ўпка силини ўтказганларда қолдиқ ўзгаришлар. Болалар ва ўсмирларда туберкулёзни аниқлаш усуллари.	4	2	6
5.	Ўпканинг тарқалган туберкулёзи. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёз. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
6.	Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган туберкулёзи. Ўпка туберкуломаси. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
7.	Туберкулёзнинг деструктив шакллари. Кавернали, фиброз-кавернали ўпка ва циррозли ўпка туберкулёзи. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
8	Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Клиникаси, ташхислаш, кечишини ўзига хослиги, асорати, натижаси.	4	2	6
9	Туберкулёз касаллигини даволаш принциплари. Туберкулёзга қарши дорилар, қўшимча муолажалар. Туберкулёзни даволашда жарроҳлик усуллари.	4	2	6
10	Туберкулёзга қарши муассасалар. Туберкулёз профилактикаси. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги эпидемияга қарши чора-тадбирлар режаси. ДОТС стратегияси бўйича туберкулёз беморларини аниқлаш, даволаш, даволаш натижаларини баҳолаш	4	2	6

	ва кузатиш. УДТ нинг силга қарши курашишдаги ўрни.			
	Жами	40	20	60

Талабалар мустақил ишларининг тематик режаси

т/р	Мавзулар мазмуни	соат
1	Нафас олиш системасини эмбрионал ривожланиши ва анатомияси. Упканинг функционал морфологияси. Замонавий шароитда упка силининг морфологик қурлиши.	5
2	Туберкулёз этиологияси. Туберкулёз микобактериясини дориларга чидамлилиги тури. Туберкулёз патогенези. Туберкулёз яллигланишининг иммунологик ва генетик аспекти	5
3	Ташки нафас ва юрак қон-томир системаси функциясини текшириш усуллари.	5
4	Упкадан ташқари аъзолар силининг рентгенологик ва нур диагностикаси.	5
5	БЖССТ тавсияси МКБ-10 бўйича туберкулёз таснифи.	5
6	Туберкулёз клиник шакллари қисқич ташхислашнинг асосий усуллари. Силининг бошқа касалликлар билан бирга келиши. Туберкулёз ва ички аъзолар касалликлари.	5
7	Ўпка сили асоратлари. Туберкулёз билан касалланган беморларда нафас етишмовчилиги.	5
8	Ўзбекистон Республикасида DOTS стратегияси бўйича силга қарши курашиш дастури. DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини кузатиш ва даволаш усуллари.	5
9	DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини даволаш схемалари. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш.	5
10	Туберкулёз билан касалланишга атроф-муҳит омилларининг таъсири. Туберкулёз билан оғриган беморларга тиббий маслаҳат бериш асослари.	5
	Жами	50

Талаба билиши шарт бўлган Амалий кўникмалар рўйхати

1. Туберкулёз беморларини эрта ва кечки клиник симптомларини санаб ўтинг.
2. Бемор балғамини йиғиш ва туберкулёз таёқчасига бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш.
3. Туберкулин синамасини қўйиш ва натижасини баҳолаш.
4. Кўкрак қафаси рентгенограммасини шарҳлаб билиш.
5. Плеврал пункцияга беморни тайёрлаш ва техникасини бажара олиш.
6. БЦЖ вакцинасини ўтказишни бажара олиш.
7. Эндолүмбал пункцияга беморни тайёрлаш.
8. Беморни туберкулёз диспансерида қабул қилиб карта тўлдириш ва текшириш усуллари ўтказиш.
9. Амбулатор шароитда туберкулёз беморларини даволаш принципларини тушуниринг.
10. Бемор балғамини дезинфекция қилишни тушуниринг.
11. Туберкулёз беморларини балғамини текширишда ТБ-03, ТБ-04, ТБ-05, ТБ-08, ТБ-15 журналларини тўлдиришни тушуниринг.
12. Туберкулёз контактларни текширишни тушуниринг.
13. Туберкулёз беморларида химиопрофилактика усуллари айтинг.
14. Болаларда туберкулёз касаллиги учраганда бронхлар ювунди суюқлигини йиғиш.
15. Ўпка силида қон кетганда биринчи ёрдам усуллари санаб беринг.

ТАЛАБАНИНГ ЭРИШГАН ЎҚУВ ЮТУҚЛАРИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ БЎЙИЧА САВОЛЛАР

1. Фтизиатрия фани ҳақида тушунча.

2. Туберкулёз касалликлар шифохонасининг тузилиши, вазифаси ва ишлаш тартиби. Марказий ва оилавий поликлиникаларда туберкулёз касалликлар хонасининг тузилиши, вазифаси ва ишлаш тартиби.
3. Туберкулёз беморларини касалхонага ётқизиш қоидалари. Туберкулёз касалликлари ҳақида шошилиш хабарномаларни тўлдириш. Беморларни қабул қилишда бир томонлама йўналишнинг аҳамияти.
4. Туберкулёз касалликларнинг диагностик принциплари ва лаборатор кўрсаткичлари.
5. Туберкулёз беморларида шошилиш ёрдам.
6. Туберкулёз этиологияси ва патогенези. Туберкулёз эпидемиологияси.
7. Силда иммунитет ва аллергия.
8. Силда туберкулин ёрдамида ташхис қўйиш.
9. Силнинг клиник таснифи.
10. Туберкулёз беморларини рентгенологик текшириш усуллари.
11. Силдан захарланиш, этиологияси. Клиникаси. Асоратлари ва оқибатлари. Ташхисоти. Профилактикаси.
12. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
13. Бирламчи туберкулёз комплекси. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
14. Диссеминацияли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
15. Ўчоқли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
16. Инфильтратив ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
17. Ўпка туберкулёмалари. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
18. Кавернозли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
19. Фиброз-кавернозли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
20. Циррозли ўпка сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
21. Туберкулёз плеврити. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
22. Туберкулёз менингити. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
23. Суяк бўғим сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
24. Сийдик чиқарув аъзолари сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
25. Жинсий аъзолар сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
26. Периферик лимфа тугунлари сили. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
27. Туберкулёз беморларини консерватив даволаш усуллари. Этиологияси. Эпидемиологияси. Клиникаси. Ташхисоти. Профилактикаси.
28. Туберкулёз беморларини жаррохлик усулида даволаш усуллари.
29. Туберкулёз беморларини DOTS дастури асосида даволаш усуллари.
30. Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари.
31. Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
32. Силнинг махсус профилактикаси.
33. БЦЖ. Таркиби, қўйиш техникаси.
34. БЦЖ вакцинасидан кейинги қолдиқ асоратлар.
35. Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
36. Плеврал пункция техникаси.
37. Туберкулёз ўчоғида умум даволаш муассасаларининг ўрни.
38. Туберкулёз ва ОИТС инфекцияси беморларини парваришлаш ва даволаш усуллари.
39. МЛУ беморларини даволаш усуллари.
40. Силнинг химиопрофилактикаси.

БАҲОЛАШ МЕЗОНИ ВА КЎРСАТКИЧЛАРИ**Амалий машғулоти баҳолаш мезони: максимал 45 балл**

№	Талаба қуйидаги мезонлар бўйича баҳоланади	Баллар
1.	Дарсга керакли ўқув қуроллари ва жиҳозлари билан ташриф буюрганлиги, (уни формада, конспект, касаллик тарихи, дарслик, ноутбук ёки нетбук).	5
2.	Мавзу бўйича ўз фикрини билдириш ва уни далиллаб, ҳимоя қилиш. Бошқалар фикрини ҳурмат билан тинглаш. Мавзу бўйича ахборотларни турли график органайзерлар билан тақдим этиш, ўз қарорларини қабул қилиш ва ўз зиммасига юклатилган пациент парвариши бўйича қўшимча адабиётларга ёндошуви.	10
3.	Бириктирилган мавзу бўйича синдромларни таҳлил қила билиши, волонтердан анамнез йиғиш, бемор кўрувини ўтказиш учун ёндошув, инструментал ва лаборатор текширувга биоматериал тўплаш ва таҳлил қилиш учун ёндошув.	10
4.	Амалий кўникма учун жиҳозлар йиғ олиши, муляжда ёки волонтерда кадамма-кадам бажариш техникаларини амалга ошириши.	10
5.	Шошилини ҳолатларда маъсулият билан ёндошиши, беморнинг оила аъзолари ва яқинларига тушунтириш ишларини тўғри олиб бориши.	10
	Жами	45

Жорий баҳолаш (ЖБ)

ЖБда талабанинг фанни мавзулари бўйича билим ва амалий кўникма даражасини аниқлаш ва баҳолаб бориш кўзда тутилади. Юқумли касалликлар фани бўйича ЖБ оғзаки, ўргатувчи-назорат тарқатма материаллари билан ишлаш, мустақил ишларни бажариш ва шу каби бошқа шаклларда ўтказилиши мумкин.

Баҳолашда талабанинг билим даражаси, амалий машғулоти материалларини ўзлаштириши, назарий материал муокамасида ва таълимнинг интерактив услубларида қатнашишнинг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларни ўзлаштириш даражаси (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндошувлар) исобга олинади.

Ҳар бир машғулотида барча талабалар баҳоланиши шарт.

Жорий назоратда талабалар билими таълим моделига асосланган ҳолда қуйидаги босқичларда амалга оширилади: назарий, амалий қисм ва ТМИ (50:40:10)

	96-100	91-95	86-90	81-85	76-80	71-75	66-70	61-65	55-60	31-54	0-30
Назари й қисм	52- 50	46-48	43-45	41-42	38-40	36-38	33-35	31-33	28-30	15-27	0-18
Амали й қисм	35-40	36-38	34-36	32-34	31-32	28-30	26-28	24-26	22-24	12-22	0-12
ТМИ	9-10	9	9	8-9	7-8	7	7	6	5-6	4-5	0

Талабалар билимини жорий баҳолашда қуйидаги мезонлар инобатга олинади:

Ўзлаштириш (%) ва балларда	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
96-100	Аъло «5»	Машғулоти мавзуси бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, турли манбалардан олинган қўшимча маълумотларга бой, билим ажми дастур доирасидан чиқади. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни тўлиқ ўзлаштирган ва қўшимча адабиётлар билан таниш. Машғулотида берилган вазифаларни ўз вақтида, сифатли бажаради. Вазиятли масалаларни ечишда ижодий фикрлайди, аниқ жавоб беради ва жавобини мантиқан асослайди. Мавзу

		муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини имоя қила билади. Мавзу бўйича одам анатомияси, нормал физиология ва биокимё фанларидан олган билимларини умумлаштиради, мустақил хулоса ва қарор қабул қила олади. Интерактив ўйинларда фаол ва ижодий қатнашади. Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади. Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мантикий тузилган ва мавзунинг барча саволларини ар томонлама тўлиқ камраб олган, мавзу тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Реферат мавзуси ар томонлама ва тўлиқ очиб берилган, матн мантикий кетма-кетликда ифодаланган, тўғри улоша чиқарилган ва ижодий фикрлар мавжуд. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, уларни ечишда ижодий ёндошган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган. Илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш: Талаба ТИЖда мустақил тажрибалар олиб борган ва олинган натижаларни алоҳида қайд этган, статистик ишловдан ўтказган ва ушбу тадқиқот иши бўйича мустақил, аниқ, мантикий асосланган саводли хулосалар чиқарган. Талаба ўқув адабиётлари, илмий-тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплаган, таҳлил қилган, тизимлаштирган. Тайёрлаган мақола, тезис ёки маърузаси талабанинг тажрибада олган илмий натижалари ва адабиёт маълумотлари таҳлиliga асосланган.
91-95	Аъло «5»	Мавзу бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, дастур доирасида, мантиқан асосланган, ишонч билан жавоб беради. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни тўлиқ ўзлаштирган ва қўшимча адабиётлар билан таниш. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида, сифатли бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини имоя қила билади. Интерактив ўйинларда фаол ва ижодий қатнашади. Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, мавзуга оид амалий кўникмани босқичма-босқич тўғри амалга оширади, Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мантикий тузилган ва мавзунинг барча саволларини ар томонлама тўлиқ камраб олган, мавзу тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар

		ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Реферат мавзуси ар томонлама ва тўлиқ очиб берилган, матн мантикий кетма-кетликда ифодаланган, тўғри улоша чиқарилган ва ижодий фикрлар мавжуд. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, уларни ечишда ижодий ёндошган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган. Илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш: Талаба ТИЖда мустақил тажрибалар олиб борган ва олинган натижаларни алоҳида қайд этган, статистик ишловдан ўтказган ва ушбу тадқиқот иши бўйича мустақил, аниқ, мантикий асосланган саводли хулосалар чиқарган. Талаба ўқув адабиётлари, илмий-тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплаган, таҳлил қилган, тизимлаштирган. Тайёрлаган мақола, тезис ёки маърузаси талабанинг тажрибада олган илмий натижалари ва адабиёт маълумотлари таҳлиliga асосланган.
86-90	Аъло «5»	Мавзу бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, дастур доирасида, мантиқан асосланган, ишонч билан жавоб беради. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни тўлиқ ўзлаштирган ва қўшимча адабиётлар билан қисман таниш. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини имоя қила билади. Интерактив ўйинларда фаол қатнашади. Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади. Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мантикий тузилган ва мавзунинг барча саволларини ар томонлама тўлиқ камраб олган, мавзу тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва х.к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Реферат мавзуси тўлиқ очиб берилган, матн мантикий кетма-кетликда ифодаланган, тўғри хулоса чиқарилган ва ижодий фикрлар мавжуд. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, уларни ечишда ижодий ёндошган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.

		Илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш: Талаба ТИЖда мустақил тажрибалар олиб борган ва олинган натижаларни алоҳида қайд этган, статистик ишловдан ўтказган ва ушбу тадқиқот иши бўйича мустақил, аниқ, мантикий асосланган саводли хулосалар чиқарган. Талаба ўқув адабиётлари, илмий-тадқиқот ишлари, диссертациялар, мақола ва монографиялар ҳамда бошқа ахборот манбаларидан мавзуга тегишли материаллар тўплаган, таҳлил қилган, тизимлаштирган. Тайёрлаган мақола, тезис ёки маърузаси талабанинг тажрибада олган илмий натижалари ва адабиёт маълумотлари таҳлилига асосланган.
81-85	Яхши «4»	Мавзу бўйича талабанинг жавоби тўлиқ, дастур доирасида, ишонч билан жавоб беради. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни яхши ўзлаштирган. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозараларда фаол қатнашади, ўз фикрини ҳимоя қила билади. Интерактив ўйинларда фаол қатнашади. Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади. Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш, реферат, илмий мақола, тезислар ва маърузалар тайёрлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.
76-80	Яхши «4»	Мавзу бўйича талабанинг жавоби дастур доирасида. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни яхши ўзлаштирган. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослайди. Мавзу муокамаси, мунозаралар ва интерактив ўйинларда фаол қатнашади. Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади. Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар,

		электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.
71-75	Яхши «4»	Мавзу бўйича талабанинг жавоби дастур доирасида. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирган. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажаради. Вазиятли масалаларга аниқ жавоб беради, асослашда бирмунча қийналади. Мавзу муокамаси, мунозаралар ва интерактив ўйинларда фаол қатнашади. Амалий кўникмаларни тўлиқ эгаллаган, босқичма-босқич тўғри амалга оширади. Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, тизимли баён қилинган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан ташқари қўшимча адабиётлардан (монографиялар, илмий, услубий мақолалар, Интернетдан олинган маълумотлар, электрон кутубхона материаллари ва .к.) фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган, тизимга солган. Мавзу моҳияти очилган, фақат хулосаси бор. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, жавоб асосланган. Жадваллар тўғри тўлиқ тўлдирилган.
66-70	Қониқарли «3»	Жавоби дастурнинг 60-70%ни ташкил қилади. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирган. Қўшимча саволларга жавоб тўлиқ эмас. Вазиятли масалаларни ечишда айрим хатоликларга йўл қўяди. Интерактив ўйинларда суат қатнашади. Амалий кўникмани қадамма-қадам ташхислашда айрим хатоликларга йўл қўяди. Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, лекин баён қилишда тизимли ёндошилмаган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган. Мавзу моҳияти ёритилган, аммо арзимас камчиликлар мавжуд. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, организаерларни тўғри ечган, жавобни асослашда қийналади. Жадвалларни тўлдиришда арзимас камчиликларга йўл қўйган.
61-65	Қониқарли «3»	Жавоби дастурнинг 55-60%ни ташкил қилади. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни қисман ўзлаштирган. Аъзонинг структур-функционал хусусиятлари бўйича тасаввурга эга, қўшимча саволларга қисман жавоб беради.

		Вазиятли масалаларни ечишда айрим хатоликларга йўл қўяди. Интерактив ўйинларда суст қатнашади.
		Амалий кўникмани қадамма-қадам ташишлашда хатоликларга йўл қўяди.
		Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспект мавзунинг барча саволларини қамраб олган, лекин баён қилишда тизимли ёндошилмаган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан фойдаланиб материаллар йиққан, таҳлил қилган. Мавзу моҳияти ёритилган, аммо қатор камчиликлар мавжуд. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, орғанайзерларни ечишда айрим хатоликларга йўл қўйган, жавобини асослай олмайди. Жадвалларни тўлдиришда камчиликларга йўл қўйган.
55-60	Қоникарли «3»	Жавоб дастурнинг 50-55%ни ташкил қилади, қўшимча саволларга жавоб йўқ. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни қисман ўзлаштирган. Қўшимча саволларга қисман жавоб беради. Вазиятли масалаларни мустақил еча олмайди. Интерактив ўйинларда суст қатнашади.
		Амалий кўникмаларни қисман эгаллаган, кўрсата олмайди, хатоликларга йўл қўяди.
		Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш. Конспектда мавзунинг барча саволлари ёритилмаган, баён қилишда тизимли ёндошилмаган, фойдаланилган асосий адабиётлар ва ахборот манбалари кўрсатилмаган. Реферат тайёрлаш. Талаба асосий адабиётлардан фойдаланиб материаллар йиққан, аммо таҳлил қилмаган. Мавзу моҳияти ёритилмаган. Ижодий ишлаш. Машғулотда берилган вазиятли масалалар, кроссвордлар, орғанайзерларни мустақил еча олмайди, жавобини асослай олмайди. Жадвалларни тўлдиришда камчиликларга йўл қўйган.
31- 54	Қоникарсиз «2»	Жавоб дастурнинг 30-40%ни ташкил қилади, назарий саволлар бўйича аниқ тасаввурга эга эмас. Қўшимча саволларга жавоб йўқ. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирмаган. Вазиятли масалаларни еча олмайди. Машғулотла берилган вазифаларни ўз вақтида бажармайди.
		Амалий кўникмани тушунмайди, босқичма-босқич айтиб беролмайди.
		Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Конспект ва реферат учун материаллар тўплаган, лекин ёзмаган. Вазиятли масалалар, кроссвордлар, орғанайзерларни еча олмайди.
0-30	Қоникарсиз «2»	Жавоб дастурнинг 20-30%ни ташкил қилади, саволларга жавоб йўқ. Дастурда тавсия этилган асосий адабиётларни ўзлаштирмаган. Вазиятли масалаларни еча олмайди. Машғулотда берилган вазифаларни ўз вақтида бажармайди.

		Амалий кўникмани айтиб бера олмайди.
		Мустақил иш шакли: мавзуни мустақил ўзлаштириш ва конспект ёзиш, реферат тайёрлаш, ижодий ишлаш. Конспект ва реферат учун материаллар тўпланмаган, таҳлил қилинмаган. Вазиятли масалалар, кроссвордлар, органайзерларни еча олмайди.

МУСТАҚИЛ ИШНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНИ: максимал 5 балл

№	Гуруҳчалар қўидаги мезонлар бўйича баҳоланади	Баллар
1.	Мустақил иш мавзуси бўйича етарли миқдорда сифатли ахборотлар тўпланганлиги. Мустақил ишни тўлиқ ёритилиши ва мазмунини гапириб бериши.	1,5
2.	Мустақил иш MS Power Point кўринишида тайёрланган. Ундан ташқари Кейс стади график органайзерларидан фойдаланган.	2
3.	Талабанинг мустақил иши бўйича тақдимотини тинглангач мавзу бўйича гуруҳда талабалар томонидан “Мияни ишғол қилиш” интерактив методи орқали муҳокама ўтказилади.	1
4.	Фойдаланган манбалар рўйхатини таркиблаштирган. Иловалар келтирилган.	0,5
5.	Жами	5

ТАЛАБА МУСТАҚИЛ ИШНИ БАҲОЛАШ

Талаба мустақил ишини ташкил этишда ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда қўидаги шакллардан фойдаланилади:

- айрим назарий мавзуларни ўқув адабиётлари ёрдамида мустақил ўзлаштириш;
- берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш;
- амалий машғулотларга тайёргарлик кўриш;
- фаннинг бўлимлари ёки мавзулари устида махсус ёки илмий адабиётлар (монографиялар, мақолалар) бўйича ишлаш ва маърузалар қилиш;
- илмий мақола, анжуманга маъруза тезисларини тайёрлаш.
- презентация қилиш.

Талаба мустақил ишига раҳбарлик қилиш машғулотларни бевосита олиб боровчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талабанинг мустақил иши мустақил иш учун ажратилган максимал 5 балл ҳисобидан баҳоланади ва натижаси фан бўйича талабанинг умумий рейтингига киритилади.

Кафедра томонидан талаба мустақил ишини назорат қилиш турлари ва уни баҳолаш мезонлари факультет Илмий кенгашида тасдиқланган. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили (семестри) бошланиши олдида методик материаллар билан бирга тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтингининг 55% дан кам балл тўплаган талаба фтизиатрия фани бўйича ЯН га қўйилмайди.

Талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишларида муҳокама қилинади.

Талабанинг мустақил иши кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

КЛИНИК МАШҒУЛОТНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНИ: максимал 50 балл

№	Гуруҳчалар қўидаги мезонлар бўйича баҳоланади	Баллар
1.	Бириктирилган пациентдан анамнез йиғиш қоидаларига риоя қилиш ва физикал текширув ўтказиш техникаларини олиб боришда тўри ёндошган.	10
2.	Бемор муаммоларини тўғри аниқлай олди ва пациент муаммоларини приоритет бўйича таснифлашга асосланди.	10
3.	Туберкулёз ташҳисини қўйиш ва асослаб бериш, бемор парвариши режасини	10

	тўғри олиб бориши ва уни таҳлилини тўғри қабул қилиши.	
4.	Шошилиш ҳолатларида шифокордан олдинги тиббий ёрдам кўрсатиш, асосий муолажаларни бажариш.	10
5.	Парваришlash бўйича натижаларни тўғри расмийлаштириши, тақдимот тайёрлаши ва таҳлилга тайёргарлиги.	10
	ЖАМИ	50

№	Баҳолаш тури	Максимал балл	Коэффициент	Саралаш бали
1.	Жорий баҳолаш	50	0,5	27,5
2.	Оралиқ баҳолаш	20	0,2	11,0
3.	Якуний баҳолаш	30	0,3	16,5
	ЖАМИ	100	1,0	55,0

Амалий кўникмаларни баҳолаш мезонлари

	Амалий кўникмалар	Коэффициент	Ўтиш бали (%)	Юқори балл (%)
1.	Туберкулин ёрдамида ташхис қўйиш (Манту синамаси)	0,1	5,5	10
2.	Бемордан балғам йиғиш	0,1	5,5	10
3.	Балғамни Цель-Нильсон усулида бўйлаш қоида.	0,1	5,5	10
4.	Беморни рентгенологик текширувга тайёрлаш	0,1	5,5	10
5.	ТБ-05 ни тўлдиришни кўрсатинг	0,1	5,5	10
6.	Беморни плеврал пункцияга тайёрлаш	0,1	5,5	10
7.	Орқа мия суюқлигини олиш қоидалари	0,1	5,5	10
8.	Кох синамасини ўтказиш	0,1	5,5	10
9.	Форма 058/У ва 089/У картасини тўлдириш қоидалари	0,1	5,5	10
10.	Туберкулёз беморларида химиопрофилактика усуллари санаб беринг	0,1	5,5	10
	Жами	1	55	100

Дарсликлар, қўлланмаларнинг рўйхати

Асосий:

1. Рабухин А.Е. «Туберкулез органов дыхания», М., 1976.
2. «Туберкулез органов дыхания» под редакцией Хоменко А.Г., М., 1981.
3. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Клиника туберкулеза» М., 1997.
4. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Туберкулез касалликлари» Ташкент, 1999 г.
5. Визель А.А., Гурылева М.Э. «Туберкулез», М., 2000.
6. Адаптированные модули ВОЗ № 1-7 и 11 по стратегии ДОТС, 2005.

Қўшимча:

7. Убайдуллаев А.М. «Туберкулез касаллиги», Тошкент, 2005 г.
8. Ибрагимов М.А., Турсунов В.И., Содиков А.С. «Туберкулез» (дарслик), 1999 г.
9. Перельман М.И., Корякин В.А. «Туберкулез», М., 1996 г.
10. Ганиев К.Г. «Туберкулез касаллиги» (учебник), Ташкент, 1995 г.
11. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявление туберкулеза легких», М., 1996 г.

12. Александрова А.В. «Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания», М., 1989 г.
13. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Противотуберкулезная работа в поликлинике», М., 1977 г.
14. Томан К. «Туберкулез: выявление и химиотерапия» Вопросы и ответы. Женева: ВОЗ, 1980 г.
15. Энарсон Д.А., Ридер Г.Л., Арнадоттир Т., Трибук А. «Организация борьбы с туберкулезом», Женева: ВОЗ, 2003 г.
16. Приказ № 383 Мин.Здрав. РУз. «О совершенствовании противотуберкулезной службы в Республике Узбекистан», Ташкент, 2017 г.
17. Интернет.
18. База данных ВЕБ библиотек.
19. ВИЧ – ТБ.

Фанни ўқитишда фойдаланилган “Замонавий педагогик усуллар”

“Уч босқичли интервью”, “Ақлий хужум”, “Ўргимчак тўри” усуллари, “Қор уюми”

“Уч босқичли интервью” усул

Босқичлар:

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Хар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - ҳам “врач” ҳаракатларини, ҳам “бемор” ҳаракатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси характ тўғри бажарилган;
- қайси харакат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхишлаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг ҳаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни ахамияти ва узоқ муддат даволаниши ҳақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

Бемор 34 ёшда. Оммавий флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида патологик соя аниқланган. Шикоятлари йўқ.

Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Ички аъзоларни текшириш натижалари меъёрида. Бронх ювиндисидида МБТ топилмаган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи фиброз қаттиқлашган, петрификатлар. Ўнг ўмров ости соҳасида ўлчами 5 см бўлган, аниқ контурли, думалоқ фокуссимон, интенсив соя.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпка юкори бўлагининг туберкулемаси зичлашиш даври, ВК-	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпка раки , ўпка абсцесси, ўпка эхинококки	20	10-20	5-9	0
3	П Б	20	10-20	5-9	0
4	3 ой давомида химиопрофилактика	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида химиопрофилактика ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

“Ақлий ҳужум” усули

Босқичлар:

1. Талабалар 2 гуруҳга бўлинади.
2. Кичик гуруҳларга (3-4 киши) саволлар берилади.
3. Гуруҳ ичидаги муҳокамага 30' ажратилади.
4. Жавоблар ёзма равишда расмийлаштирилади.

Вазифа муҳокамасида ҳар бир талабани иштироки инобатга олинади. Талабалар ўқитувчи билан бирга ҳамма жавоб вариантларини фаол муҳокама қилишади. Нотўғри жавоблар ва нотўғри вариантлар танқидий баҳоланади.

Талабалар билимини мустаҳкамлаш мақсадида жавоб вариантлари ёзиб олиш учун берилади.

1. Туберкулёз кузгатувчиси қачон ва қим томонидан аниқланган ва унинг тавсифи?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Туберкулёз кузгатувчиси 1882 йил немис олими Р.Кох томонидан аниқланган.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Туберкулёз кузгатувчиси томонлари юмалок бир оз эгик таёкча шаклига эга	20	10-20	5-9	0-4
3.	Туберкулёз кузгатувчиси протоплазмасида доначалар ёки гранулалар мавжуд	20	10-20	5-9	0-4
4.	Туберкулёз кузгатувчиси тубан организмлар –нурсимон замбуруғлар ёки актиномицеталарга тааклуклидир.	30	20-30	5-19	0-4

2. Туберкулёз кузгатувчисининг турларини санаб беринг, уларнинг қайси бири инсон учун эпидемиологик нуқтаи назардан хавфлироқ. Туберкулёз кузгатувчисининг хусусиятларни айтиб беринг?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	А) инсонга хос тури. Б) корамолга хос тури. В) қушларга хос тури. Г) кемирувчиларга хос тури. Д) L-шакли.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Эпидемиологик нуқтаи назардан инсонга хос тури ва корамолга хос тури энг хавфли ҳисобланади.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Туберкулёз кузгатувчиси турли хил кимёвий ва физик омилларга – паст ва юкори ҳароратга, намлик ва ёруғликка анча	20	10-20	5-9	0-4

	чидамли хисобланиб, кислота ва спиртларга тургунлиги билан фаркланади.				
4.	Таъбiiй шарoитда куёш нури тушмай-диган жoйларда улар узининг тириклик хусусиятини бир неча oйгача саклаб колиши мумкин.	30	20-30	5-19	0-4

3.Туберкулёз таёкчасининг вирулентлиги деганда нимани тушунасиз ва у қандай аниқланади?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Вирулентлик –микобактериянинг патогенлик даражасидир	30	20-30	5-19	0-4
2.	Вирулентлик - экспериментал шарoитда хайвонларни зарарлаб аникланади.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Вирулентликнинг куйидаги даражалари фаркланади: – юкори вирулентли микобактериялар – хайвонларни зарарланиш вақтидан бошлаб 6 хафтагача булган муддат ичида нобуд килса. – кучли вирулентли- 45-90 кун мобайни-да нобуд килса. – урта вирулентли – 3-5ой мобайнида нобуд килса. – кам вирулентли - 5ойдан сунг нобуд килса	20	10-20	5-9	0-4
4.	Микобактериянинг вирулентлиги доимий булмайд, у айрим штаммларда узгариши мумкин.	30	20-30	5-19	0-4

4. Туберкулёз таёкчаси ўзгарувчанлиги деб нимага айтилади ва қандай омиллар ўзгарувчанликка олиб келади?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Узгарувчанлик – микобактериянинг нокулай шарoитларга химоя реакцияси хисобланади.	30	20-30	5-19	0-4
2.	Морфологик: микобактерия шаклининг узгариши: шохсимон, колбосимон ва х. Тинкториал: буёкли моддаларга узгарувчанлиги- Целю-Нильсен буйича буялмаслиги; кислото-ва спиртларга тургунлигининг йуқолиши.	20	10-20	5-9	0-4
3.	Суъний мухитларда кузгатувчи колонияларининг морфологияси ва рангининг узгариши.Вирулентлик даражасининг узгариши.	20	10-20	5-9	0-4
4.	Ўзгарувчанликка олиб келади: а) нокулай шарoитлар б) узок вақт специфик препаратларни тартибсиз кабул килиш в) монотерапия г) препаратлар дозасини камайиши	30	20-30	5-19	0-4

5. Туберкулёз микобактериясини аниклаш усуллари айтиб беринг.

№	Жавоб	Мак балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарс из жавоб
1.	Микроскопик (оддий, флотация усули, люменистент микроскопия, электрон микроскопия)	30	20-30	5-19	0-4
2.	Бактериологик (Левенштейн–Йенсен мухити)	20	10-20	5-9	0-4
3.	Биологик (денгиз чучкачаларида)	20	10-20	5-9	0-4
4.	Молекуляр-генетик ПЦР, ИФА	30	20-30	5-19	0-4

«Ўргимчак тўри» усули

Ўргимчак тўри усули талабалар дарснинг теоритик қисмини муҳокама қилиб бўлганларидан сўнг, ип ўрамини бир*бирларига узатган ҳолда (натижада ўргимчак тўри ҳосил бўлади) ўзлари мустақил тайёрлаган саволларга ўзлари жавоб беришга асосланган. Берилган савол ва жавобларнинг тўғрилигини ўқитувчи томонидан назорат қилинади.

Қадамлар:

1. **Ўтилган** мавзу бўйича талабалар саволлар тайёрлашига вақт берилади.
2. **Қатнашувчилар** айлана бўлиб ўтирадилар.
3. **Қатнашувчилардан** бирига ип ўрами берилади ва у ўзи тайёрлаган саволини беради (берилган саволнинг тўлиқ жавобини ўзи билиши керак), ипнинг бир учини ушлаган ҳолда ип ўрамини хоҳлаган қатнашчига узатади.
4. **Ўрамни** олган талаба берилган саволга жавоб беради (бунда савол берган қатнашувчи жавобни шарҳлаб боради) ва у ҳам савол беради ҳамда эстафетани бошқа қатнашувчи давом эттиради. Барча қатнашувчилар ўргимчак тўрига тушмагунча савол жавоб давом эттирилади.
5. **Талабалар** савол бериб бўлгандан сўнг, ўрам ушлаб турган талаба, охирги савол берган қатнашувчига ўрамни қайтариб беради ва савол беради, бу жараён то ўрамни тўлиқ ўраб олгунча давом эттирилади.

Эслатма: талабаларга ҳар бир савол ва жавобга эътиборли бўлиш ҳақида огохлантириш керак, чунки улар кимга ип ўрами тушишини олдиндан билмайди.

13.2. Аналитик қисм.

Вазиятли масалалар:

1. 5 – ёшли бола. Тугруқхонада БЦЖ қилинган, поствакцинал чандик ҳосил бўлган. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси натижаси 1 ёшда – 10 мм, 2 ёшда – 8 мм, 3 ёшда – 6 мм, 4 ёшда – 4 мм, 5 ёшда – 10 мм.

1. Туберкулинограммани шарҳланг?
2. Сизнинг ташхисингиз.
3. Қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Текширув натижаларига қараб даво тактикаси.

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Мусбат нормэргик реакция	30	20-30	5-19	0
2	5 ёшда вираж.	30	20-30	5-19	0
3	Умумий кон ва сийдик тахлили. Кўкрак қафасининг обзор рентгенограммаси. Бронх ювиндисини туберкулёз таёқчаларига текшириш	30	20-30	5-19	0
4	Фтизиатр маслаҳати, СҚДда назоратга олиш, химиопрофилактика	10	7-10	4-6	0

2. 30 та 12 ёшли болага Манту синамаси ўтказилган. 72 соатдан сўнг 18 тасига синама манфий, 3 тасида бўртмача 17-18 мм, 4 тасида 8 мм, 5 тасида 2мм.

1. Синама қўйишдан кўзланган мақсад.
2. Синама натижаларини шарҳланг.
3. Нормада 12 ёшда Манту синамасига қандай натижа олинади?
4. Манфий натижа олинган болаларга нисбатан муносабатсиз.
5. Мушбат натижа олинганларга қандай чора-тадбир кўрилади?

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Силни эрта аниқлаш, шахсларни ревакцинацияга саралаш.	30	20-30	5-19	0
2	18 та болада Манту синамасига манфий реакция, инфекцион ва поствакцинал аллергия йўқлигидан далолат беради	20	10-20	5-9	0
3	Манфий	20	10-20	5-9	0
4	Ревакцинация	10	7-10	4-6	0
5	Фтизиатр консультацияси	20	10-20	5-9	0

3. Бола 5 ёшда. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва ҳулкининг ўзгариб қолганига, ланжлик, йиғлокилик, кечқурунлари тана ҳароратининг субфебрилгача кўтарилиши. 3 ой аввал туберкулёз билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлган. Об'ектив текширилганда: озғин, тўқималар турғари камайган, периферик тимфа тугунлари катталашган, эластик консистенцияли. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси -14 мм. Рентгенологик: ўпка майдонларида патологик соялар йўқ, илдиз кенгайган.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Туберкулёз интоксикациясининг эрта даври	30	20-30	5-19	0
2	Тонзиллит, гижжа инвазияси, тиреотоксикоз, вегетоневроз, ўткир респиратор касалликлар	20	10-20	5-9	0
3	I A	20	10-20	5-9	0
4	Стационар шароитда учта АБП билан даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтидаги самарали даво ижобий натижа беради	20	10-20	5-9	0

13.3. Амалий қисм

Бактериоскопия (балғамни МБТга текшириш).

Мақсад: материалларни (балғам, сийдик, плеврал суюқлик, орқа мия суюқлиги) туберкулёз микобактерияси мавжудлигига текшириш усулини ўзлаштириш

Ўтказилиш жойи: лаборатория

Жихозланиши: буюм ойначалари, реактивлар: 1% ли карболли фуксин, 3% ли хлорид кислотанинг 96° спиртдаги эритмаси, 1% ли метилен кўки, спирт лампаси, микроскоп, иммерсион мой.

Бажаришлар кетма-кетлиги

№	Боскичлар	Бажара олмади (0 балл)	Тўлиқ бажарди (100 балл)
1	Текширилаётган материал (орқа мия суюқлиги, сийдик, ахлат, балғам ва бошқ.) томчиси буюм ойенчасига томизилади ва металл ёки ёғоч таёқча билан юпка қилиб сурилади.	0	10
2	Суртма хона ҳароратида тўлиқ қурилади	0	10
3	Спирт лампаси устида суртмани 2-3 марта фиксацияланади	0	10
4	Фиксацияланган суртмага ўлчами буюм ойначаси ўлчамидан ошмайдиган фильтр қоғоз кўйилиб, 1% ли карбол фуксини томизилиб буғ пайдо бўлгунча секинлик билан қиздирилади.	0	10
5	Препарат 5 дақиқага қолдирилади.	0	10
6	Фуксинли қоғоз олиб ташланиб сув билан чайилади	0	10
7	Суртма 3% ли хлорид кислотали спирт билан 3 дақиқа рангсизлантирилади.	0	10
8	Препарат сув билан яхшилаб ювилади.	0	10
9	Суртма 3-5 дақиқа давомида 1% ли метилен кўки билан бўялади.	0	10
10	Микроскоп остида МБТ кўк фонда қизил таёқчалар шаклида кўринади. 100 та кўрув майдони кўрилади.	0	10
	Жами	0	100

14. Малака, кўникма ва билимни текшириш усуллари

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар ечиш;
- эгалланган амалий кўникмаларни намойиш этиш;

“Қор уюми” усули

Бу усулда талабалар 2, 4, 8 кишидан иборат гуруҳга бўлиниб, мулоҳаза юришади. Бу услубнинг яхти томони шундаки, кам куч сарфлаб гуруҳ орасидагитафовутни текислаш. Ўқитувчи талабаларга муаммони мустақил ҳал қилишни таклиф қилади.. Майда гуруҳлар ўзаро муҳокамадан сўнг, яъни агар 4 гуруҳга бўлинган бўлса муҳокамадан сўнг гуруҳлар 2 гуруҳга бирлашиб, яна муҳокама қилиб бир бутин катта гуруҳга қўшилиб боради. Натажада яхши яхши алоҳида муҳокама қилинган умумий фикрҳосил қилинади. Бу усулда ҳар бир талаба ишлаш давомида ўз фикрини беришга ҳаракат қилади.

Услубнинг моҳияти жиҳатдан устунлик томонлари:

- Ҳар бир талаба ўзи масалани ҳал қилади.
- Мулоҳаза даврида ҳар бир кичик гуруҳ ўз жавобини асослашга ҳаракат қилади.

«Ротация» усули

Гуруҳни кичик гуруҳларга бўлиб уларга бир нечамуаммоли савол ёки вазиятли масала берилади. Ҳар бир кичик гуруҳ 10 дақиқа давомида ўз жавобини ёзиб кейинги саволаг

ўтади. Охиригача барча саволларга жавоб ёзилади. Ёзилган жавоблар муҳокамақилиниб тўғри жавоб танланади. Кўргазмали плакатдан фойдаланилади.

«Заиф ҳалқа» усули

Гуруҳдаги талабалар доира шаклини посил қилиб ўтиришади. Талабаларга набат билан мавзу юзасидан тез ва қисқа жавоблар талаб қилинадиган саволлар берилади. Саволга жавоб бера олмаган талаба ўйиндан чиқади.Энг охирида қолган талаба кўп саволларга тўғри жавоб берган балади.

“Ким эпчил, ким зукко” усули.

Машғулотда қўлланадиган интерактив усуллар технологияси:

Иш учун зарур:

1. Мавзу бўйича ёзилган саволлар ёзилган карточкалар (карточкалар сони гуруҳдаги талабалар сонига тенг; ҳар бир карточкада 5 тадан савол бор).
2. Секундомер.

Ишнинг бориши:

- 1.Ўйин юзаки тарзда ўтказилади
- 2.Талабалар навбат билан саволли карточкаларни тўпламдан суғуриб оладилар.
- 3.Ҳар бир талаба 3 дақиқа давомида карточкада ёзилган саволлар тўпламига (5) оғзаки жавоб беради.
- 4.Ўқитувчи тўғри жавоблар сонини ҳисоблайди.
- 5.Ўйинда барча талабалар қатнашадилар
- 6.Ўйиннинг умумий вақти 45 дақиқа
- 7.Тўғри жавоблар берилмаган саволлар муҳокома қилинади.
- 8.Талабаларнинг жавоблари қуйидаги шаклда баҳоланади:
5 та тўғри жавоб – 100 балл
4 та тўғри жавоб- 80 балл
3 та тўғри жавоб- 60 балл
2 та тўғри жавоб- 40 балл
1 та тўғри жавоб- 20 балл
0 та тўғри жавоб- 0 балл
9. Талабалар олган балл машғулотнинг жорий баҳосини қўйишда ҳисобга олинади.
10. Журналнинг пастки қисмида иш ўйиннинг ўтказилганлиги ҳақида маълумот гуруҳ сардорининг имзоси билан белгиланади.

“Чархпалак” усули.

Машғулот қўлланадиган интерактив усуллар технологияси:

Технологиянинг тавсифи. Бу интерфаол усул талабаларни ўтилган мавзулар натижасида ўрганган амалий кўникмаларини мантиқан фикрлаб, берилган саволларга мустақил равишда тўғри жавоб беришга ва ўз-ўзини баҳолашга ўргатишга ҳамда қисқа вақт ичида ўқитувчи томонидан барча талабаларнинг эгаллаган билимларини баҳолашга қаратилган.

Технологиянинг мақсади:талабалрни дарс жараёнида мантиқий фикрлаш, ўз фикрини мустақил равишда эркин баён эта олиш, ўзларини баҳолаш, яқка ва гуруҳлардаишлашга,бошқалар фикрига ҳурмат билан қарашга, кўп фикрлардан кераклисини танлаб олишга ўргатишиш.

Машғулотга фойдаланилган воситалар:

Таркатма материаллар (вазиятли ва муаммоли масалалар)

Рангли қалам (ёки фламастер) лар.

Машғулотни ўтказиш тартиби:

Талабаларни (шароитга қараб) гуруҳларга ажратиш;

Талабаларни машғулотни ўтказишга қўйилган талаблар ва қоидалар билан таништириш тарқатма материалларни гуруҳ аъзоларига тарқатиш.

Гуруҳ аъзолари томонидан яқка ҳолда мустақил равишда тарқатма материаллардаги вазифалар бажарилади;

Ҳар бир гуруҳ аъзоси ишлаган тарқатма материалларнинг юнг бурчагига гуруҳ рақамини ёзади, чап бурчагига эса ўзининг бирон бир белгисини чизиб қўяди

Вазифа бажарилган тарқатма материаллар бошқа гуруҳларга «чархпалак айланмаси» йўналишида алмаштирилади;

Янги гуруҳ аъзолари томонидан берилган материаллар ўрганилади ва ўзгартиришлар киритилади;

Жавоблар ҳамма гуруҳлар назоратидан ўтгунча ўйин давом эттирилади

Сўнг ҳар бир гуруҳ ўз белгисини қўйган қоғозларни олади ва билдирилган фикрлар муҳокама қилинади.

Асалари уяси усули.

Ушбу усул муаммони бутун гуруҳ билан ёки 2 гуруҳга бўлиниб ҳал этиш учун мўлжалланган. Топшириқ ҳар хил бўлиши ёки 1 та топшириқ бутун гуруҳга берилиши мумкин, 10-15 минутга гуруҳ муаммони ечиш йўлини таҳлил қилиб, ҳамкасбларига маъруза қилади ва энг яхши вариант танланади. Кўргазмали плакатлардан фойдаланилади. Слайдлар, мультимедиялардан фойдаланилади

“Мия штурми” усули.

Усулнинг асосий қоидалари:

-фикрларни тузишга ҳалақит берадиган ҳеч қанақанги огоҳлантириш ишлари қириккалар бўлмаслиги

-агар фикр қанчалик ғайритабиий бўлса, шунча яхшилигини инобатга олиш

-кўпроқ таклифлар олишга ҳаракат қилиш

-фикрларни комбинациялаш ва ривожлантириш

-кенг асослаб бермай, қисқа таъриф бериш

-гуруҳнинг фикрларини айтадиган ва қўйта ишлайдиганларга бўлиш

Ушбу усул талабаларга ўз фикрини асослаш, ҳимоя қилиш, мустақил фикрлаш қобилиятини ошириш. Кўргазмали плакатлардан фойдаланилади

Оралик ва якуний баҳолаш саволлари.

1.Туберкулёз касаллиги этиологияси, юқиш йўллари, тарқалиши.

2.Манту синамаси қўйиш техникаси, натижалари.

3.Сурункали диссеминацияли ўпка сили, кечиши, даволаш.

4. Бирламчи туберкулёз патогенези.

5.Туберкулёз таёқчасини ташқи муҳитга чидамлилиги.

6.Ўчоқли ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўриниши, даволаш.

7.Туберкулёз таёқчисининг организмга юқиш йўллари ва тарқалиши.

8.Бирламчи силга изох беринг.

9.Диссеминацияли ўпка силининг миляр формасига изох беринг

10. Бирламчи ташхисни асослаш.

11.Туберкулин ёрдамида ташхис қўйиш.

12.Кавернозли ўпка сили, клиник кўриниши ва даволаш.

13.Манту синамаси қўйиш техникаси, натижалари.

14.Бирламчи туберкулёз комплекси, компонентлари ва даволаш.

15.Инфилтратив ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўринишлари.

16.Туберкулёз билан касалланган беморларда қон ва сийдикдаги ўзгаришлар.

17. Силнинг клиник классификацияси.

18. Инфилтратив ўпка силининг рентгенологик кўринишлари ва патанатомик тузилиши.

19. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
20. “Вираж” нима ва унга изох беринг.
21. Фиброз - кавернозли туберкулёз клиникаси ва даволаш усуллари.
22. Туберкулёз интоксикацияси, кечиши ва даволаш усуллари.
23. Манту синамаси қўйиш техникаси, натижалари.
24. Каверноз ўпка туберкулёз кечиши ва рентгенологик кўриниши.
25. Туберкулёз таёқчисининг организмга юқиш йўллари ва тарқалиши.
26. Иккиламчи туберкулёз патогенези.
27. Туберкулёмаларнинг патоморфологик кўринишлари ва даволаш.
28. Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
29. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, турлари, клиник кечиши, даволаш.
30. Инфилтратив силнинг клиникаси ва рентгенологик кўриниши.
31. Туберкулёз касаллиги этиологияси, юқиш йўллари, тарқалиши.
32. Туберкулёз беморларини жарроҳлик даволаш усуллари.
33. Инфилтратив ўпка сили клиник кечиши, даволаш.
34. Бирламчи силга изох беринг.
35. Туберкулёз беморларни консерватив даволаш.
36. Туберкулёз менингити клиник кечиши, даволаш.
37. Бирламчи туберкулёз комплекси, компонентлари ва даволаш.
38. DOTS дастури тоифалари ва унинг вазифалари.
39. Фибринозли плеврит, клиник ва рентгенологик кўриниши.
40. Туберкулёз интоксикацияси, клиник кўриниши ва даволаш.
41. Туберкулёз менингитида эндолүмбал пункция ва орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар.
42. Деструктив туберкулёз формаларига изох беринг, кавернозли ўпка сили, клиник кечиши ва даволаш.
43. DOTS дастури бўйича балғам йиғиш техникаси.
44. Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
45. Туберкулёмаларнинг патоморфологик кўринишлари ва даволаш.
46. Абрикосов ва Ашофф - Пуль ўчоқларига изох беринг.
47. Инфилтратив ўпка силининг рентгенологик кўринишига изох беринг.
48. Туберкулёз менингитини клиник кўриниши ва даволаш.
49. Кох феноминига изох беринг.
50. DOTS бўйича даволаш фазалари ва категориялари.
51. Милиар ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўриниши.
52. Бирламчи туберкулёз патогенези.
53. DOTS бўйича химиятерапия усули.
54. Казеозли туберкулёз зотилжамига изох беринг.
55. Туберкулин таркиби ва қўлаш техникаси.
56. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
57. Туберкулёманинг клиникаси ва патанатомик кўриниши.
58. БЦЖ, таркиби ва қўлаш техникаси.
59. Туберкулёз микобактериясига изох беринг.
60. Эксудатив плеврит, суюқик йиғилиши механизими, даволаш.
61. Туберкулёз касаллигида иммунитет ва аллергия.
62. Ўчоқли ўпка сили, клиник кечиши ва рентген кўриниши, даволаш.
63. Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
64. Манту синамасига кўрсатма ва қарши кўрсатма.
65. Habitus ftizicus га изох беринг.
66. 2(3)HRZE (S) - 4H3R3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изох беринг.
67. Иккиламчи туберкулёз патогенези.
68. Диссеминацияли ўпка силига изох беринг.
69. Силнинг махсус профилактикаси.
70. Туберкулёз таёқчасининг типик ва атипик турларига изох беринг.
71. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, клиник кечиши рентген кўриниши ва даволаш.

72. 3(4)HRZE(2)S - 5H3R3E3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изох беринг.
- 73.Туберкулёз касаллиги этиологияси, юқиш йўллари, тарқалиши.
- 74.Инфилтратив ўпка сили клиник кечиши, даволаш.
- 75.Туберкулёз беморларини умумий даволаш усуллари.
- 76.Туберкулёз таёқчасининг озикланиши, кўпайиши, тузилиши.
- 77.Манту синамаси кўйиш техникаси, натижалари.
- 78.Сурункали диссеминацияли ўпка сили, кечиши, даволаш.
- 79.Туберкулёз таёқчасини ташқи муҳитга чидамлилиги.
- 80.Ўчоқли ўпка сили,клиник кечиши,рентген кўриниши,даволаш.
- 81.Диспансер тузилиши, вазифалари.
- 82.Силнинг бирламчи патогенези.
- 83.Кавернозли ўпка сили,клиник кечиши,рентген кўриниши,даволаш.
- 84.Туберкулёз беморларни консерватив даволаш.
- 85.Силнинг иккиламчи патогенези.
- 86.Диссеминацияли ўпка силининг милиар формасига изох беринг.
- 87.Силнинг махсус профилактикаси.
- 88.Бирламчи силга изох беринг.
- 89.Туберкулёз менингити клиник кечиши, даволаш.
- 90.Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
- 91.Туберкулёз таёқчисининг организмга юқиш йўллари ва тарқалиши.
- 92.Циррозли ўпка силининг рентген кўриниши ва даволаш.
- 93.Плевра силига изох беринг, даволаш.
- 94.Бирламчи ташхисни асослаш усуллари.
- 95.Туберкулин ёрдамида ташхис кўйиш.
- 96.Кавернозли ўпка силининг аускультатив ва перкуторбелгилари.
- 97.Туберкулёз интоксикацияси,клиник кўриниши ва даволаш.
- 98.Фибринозли плеврит, клиник ва рентгенологик кўриниши.
- 99.Диспансер вазифалари.
- 100.Манту синамаси кўйиш техникаси,натижалари.
- 101.DOTS дастури ва унинг моҳияти.
- 102.Ўткир ости диссеминацияли ўпка силининг клиник ва рентгенологик кўриниши.
- 103.Бирламчи туберкулёз комплекси,компонетлари ва даволаш.
- 104.Инфилтратив ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўринишлари.
- 105.Плеврал пункция техникаси.
- 106.Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили,турлари,клиник кечиши,даволаш.
- 107.Туберкулёз билан касалланган беморларда қон ва сийдикдаги ўзгаришлар.
- 108.Кавернозли ўпка сили клиник кўриниши ва даволаш усуллари.
- 109.Силнинг клиник классификацияси
- 110.Эксудатив плеврит,клиник кечиши даволаш.
- 111.Туберкулёз беморларини сихатгоҳларда даволаш.
- 112.Деструктив туберкулёз формаларига изох беринг, клиник куруниши ва даволаш усуллари.
113. DOTSдастури нима ва унинг вазифалари.
- 114.Туберкулёз менингитида эндолюмбал пункция ва орқа мия суюқлигидагиўзгаришлар.
- 115.DOTS дастури бўйича балғам йиғиш техникаси.
- 116.Туберкулёмаларнинг патоморфологик кўринишлари ва даволаш.
- 117.Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
- 118.Абрикосов ва Ашофф-Пуль ўчоқларига изох беринг.
- 119.Туберкулёз менингитини клиник кўриниши ва даволаш.
120. Инфилтратив ўпка силининг рентгенологик кўринишига изохберинг.
- 121.Кох феноминига изох беринг.
- 122.Милиар ўпка силининг клиник кечиши ва рентген кўриниши.
123. Туберкулёз ўчоғида биринчи ёрдам.
- 124.Туберкулёз беморларини рентгологик текшириш усуллари.

125. Фиброз-каверноз ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўриниши ва даволаш.
126. DOTS дастури бўйича даволаш фазалари ва тоифалари.
127. Силнинг бирламчи патогенези.
128. Казеозли туберкулёз зотилжамига изоҳ беринг.
129. DOTS дастури бўйича химиятерапия усули.
130. Туберкулёз касаллигини келтириб чиқарувчи омиллар ва эпидемиологик кўрсаткичлар.
131. Туберкулёз касаллигида иммунитет ва аллергия.
132. DOTS дастури тамойиллари ва мақсади.
133. Фтизиатрия хизматида Ибн Сино ва Гиппократ хизматлари.
134. Бирламчи туберкулёз комплекси, компонентлар ва даволаш.
135. Йирингли плевритга кечиши ва даволаш усуллари.
136. Силнинг килламчи патогенези.
137. "Вирав", унга таъриф беринг.
138. DOTS дастури бўйича балғам текшириш усуллари.
139. Туберкулин таркиби ва қўлаш техникаси.
140. Силнинг бирламчи патогенези.
141. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
142. БЦЖ, таркиби ва қўлаш техникаси.
143. Туберкулёз микобактериясига изоҳ беринг.
144. Эксудатив плеврит, суюқлик йиғилиши механизми, даволаш.
145. Туберкулёз касаллигида иммунитет ва аллергия.
146. Ўчоқли ўпка сили, клиник кечиши ва рентген кўриниши, даволаш.
147. Диспансер контингентларини гуруҳларга ажратиш.
148. Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
149. Силнинг клиник классификацияси.
150. Инфильтратив ўпка сили клиник кечиши ва рентген кўринишлари.
151. Манту синамасига кўрсатма ва қарши кўрсатма.
152. Бирламчи туберкулёз комплекси, компонентлари ва даволаш.
153. 2(3)HRZE (S) 4H3R3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изоҳ беринг.
154. Туберкулёз таёқчасининг типик ва атипик турларига изоҳ беринг.
155. Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, клиник кечиши рентген кўриниши ва даволаш.
156. 3(4)HRZE (2)S 5H3R3E3 DOTS билан даволаш қайси категорияга хос, изоҳ беринг.
157. Силнинг килламчи патогенези.
158. Диссеминацияли ўпка силига уткир формаси, кечиши ва даволаш.
159. Силнинг махсус профилактикаси.
160. Туберкулёз беморларидан анамнез йиғиш, эрта ва кечки клиник белгилар.
161. Кавернозли ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўриниши ва даволаш.
162. DOTS дастури бўйича балғам йиғиш техникаси.
163. Туберкулёз интоксикацияси, кечиши ва даволаш усуллари.
164. Фиброз-кавернозли ўпка сили, клиник ва рентгенологик кўринишлари.
165. Туберкулёз беморларини умумий даволаш усуллари.
166. Ўзбекистонда фтизиатрия тизими ривожланиши.
167. Казеозли туберкулёз зотилжамига изоҳ беринг.
168. Силнинг махсус профилактикаси.
169. Туберкулёз қўзғатувчиси этиологияси, юқиш йўллари, организмга тарқалиши.
170. Туберкулёз плеврити клиник кечиши ва ташхис қўйиш.
171. "Вирав" унга изоҳ беринг.
172. Силнинг клиник классификацияси.
173. Туберкулёз менингити, клиник кечиши ва даволаш усуллари.
174. DOTS дастури ва тамойиллари.
175. Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
176. Циррозли ўпкаси клиник кечиши ва даволаш.
177. DOTS дастури бўйича химиятерапия усулида даволаш.

- 178.Силда иммунитет ва аллергия.
 179.Эрлих туртлигига изох беринг.
 180.Силнинг санитар профилактикаси.

Тест саволлари.

Одам туберкулёз микобактериялари билан қўйидаги йўл билан захарланади.	аэроген, алиментар, контакт	конгенитал	лимфоген, бронхоген	гематоген йул билан
Организмда туберкулёз микобактериялари қўйидагича таркалади.	гемотаген, лимфоген, бронхоген	аэроген	контакт	лимфаген
Силнинг эрта,барвақт кўринадиган белгилари.	субфебрил температура, терлаш,киска йутал,иштаха пастлиги,ориқлаш, тез чарчаш	бошда оғрик,бурун тикилиши,кўзда н ёш чиқиши	юкори температура, хансираш,кўкариш, йутал,сассик хидли балғам тупуриш	қалконсимон безнинг катталашуви, тез кузғалувчанлик, йиғлокилик
Силнинг кечиктирилган оғир белгилари.	кон тупуриш балгамли йўтал кўп терлаш,кўкрак қафасда оғрик,хансираш	юз, лаб шишиши акроцыаноз гепатомегалия	қоринда кучли оғрик субэктерия тери кичиши қориннинг катталашуши	кўп терлаш,камқувв атлик
Битонал-йутал қандай белги ҳисобланади.	сикилиш симптоми ҳисобланади	перкуссия белгиси ҳисобланади	рентгенологик белги ҳисобланади	аускултатив белги
Битонал йутал қайси текшириш усулида аниқланади;	сикилиш симптоми	перкутор	аускультатив	рентгенологик
Эпидемиологик кўрсаткичларни санаб ўтинг.	Касаллик,касаллан иш,ўлим,захарлан иш	Касаллик,касалл аниш,захарлани ш	Юкумлилик,касалл аниш,захарланиш	Захарланиш,ули м,касалланиш,ю кумлилик
Эпидемиологик жихатдан хавфли омилларни кўрсатинг.	фаол ўпка сили билан касалланган одам ва қорамол	Фаол туберкулёз билан касал одам	Фаол туберкулёз билан касалланган қушлар ва қорамол	Нофаол ўпка сили билан касал одам
Поствакцинал лимфаденитда абцессланиш даврида қандай эритмадан фойдаланилади	салюзидни 5 фоизли эритмаси	Вишневский мази	изониозидни 2 фоизли эритмаси	ҳеч қандай эритмадан фойдаланилмай ди
Поствакцинал лимфаденитлар эмлангандан кейин юзага келади	2-3 ой	6-8 ой	15-20 кун	1-2 йил
Поствакцинал лимфаденитда боланинг умумий ҳолати қандай бўлади	узгармайди	тана ҳарорати юкори бўлади	интоксикация белгилари кучли ривожланган бўлади	лимфа тугунлари катталашади
Эмлаш қачон утказилади	туғруқхонада 5-7 кунда	7 ешда	11-12 ешда	ҳар йили 1 марта
Эмлашдан кейин қачон иммунитет ҳосил бўлади	6-8 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	3-5 ҳафтадан кейин	6 ойдан кейин
Эмлашнинг қурсатмалари қўйидагилар	соғлом тулик тугилган чакалоқларда	тана ҳарорати баланд болаларга	туғурук травмаларида	сариклик б-н чакалоқларда
Қайта эмлаш қачон қилинади	туберкулёз синамаси 2 Т Б	"Виразж" кузатилган	силнинг асоратлари қолган	утқир юкумли касалликларда

	манфий булган соғлом болалар ва усмирларда хар 5- 7 йилда	болаларда	усмирларга	
Бирламчи химиопротифактика кимларга качон утказилади	туберкулёз б-н захарланмаган туберкулёз касали фаол булган беморлар б-н мулокотда булган	туберкулёз инфекцияси тушган одамларга касалликнинг олдини олиш у-н	туберкулёз процессини аниклаш у-н	туберкулёз процесси локализациясин и топиш у-н беморларга утказилади
Иккиламчи химиопротифактика качон утказилади	туберкулёз инфекцияси б-н захарланган соғлом одамларга утказилади	фаол туберкулёз касали б-н мулокотда буладиган туберкулёз б-н захарланмаган соғлом одамларга	туберкулёз беморларга рецидив булмаслиги у-н	туберкулёз процессини активлигини пасайтириш у-н
Протифактика турлари	химиопротифакти ка,социал,санитар, специфик	социал,санитар, протифактик	социал,химиопрот ифактика,санитар	специфик,социа л,химиопротифа ктика
Б Ц Ж-билан эмлаш каерга ва канча дозада килинади	0,1 мл-(0,05мг)- чап елкада килинади	0,2мг унг елкада килинади	1,5мг-чап елкада килинади	2ТБ- билакда килинади
БЦЖ-вакцинаси билан эмлашнинг курсатмалари:	соғлом,2500гр тугилган чакалоклар	тери касалликлари	иммунодефицит холат	чала тугилган,жароха т олган болалар
Б.Ц.Ж. билан эмлаш каерга ва канча дозада килинади;	0,05 мг чап елкага	0,2 мг унг елкага килинади	2 ТБ 0,1 мг унг елкага	0,025 мг чап елкага
БЦЖ вакцинасини 1-чи булиб ким томонидан ишлаб чикилган	Кальмет	Чон	Воробьев	Шмелева
Калмет нечанчи йилда БЦЖ вакцинасини ихтиро килган	1914й	1907 йй	1936й	1948й
Музлатилган БЦЖ вакцинаси ким томонидан топилган	Лещинская- Вакенгут	Сукуненко- Воробев	Доролекова, Шмелева	Маслякова
Музлатилган БЦЖ вакцинаси Лашинская ва Вакенгут томондан нечанчи йилда аникланган	1941 й	1948 й	1914 й	1933 й
БЦЖ вакцинасининг бир марталик дозасида канча тирик микробактерия булади	500000-600000 та	50-100 та	200000-300000 та	1-2 минг та
БЦЖ вакцинаси куритилганда 1- марталик дозасини бирлиги нечага тенг булади	0,05 мг	1-2 мг	0,003 мг	0,01 мг
БЦЖ вакцинасини организмга юборишнинг энг яхши усули кандай	тери орасига юбориш	энтерал йул	тери устига юбориш	тери ичига юбориш
БЦЖ вакцинасини организмга юборишни кандай усуллари мавжуд булган	нафас йулига томизиш,тери ости,тери ораси,энтерал	тери орасига,тери остига	энтерал,тери ости,тери усти	бурунга томишиш
БЦЖ вакцинасини тери орасига юбориш нечанчи йилдан бошлаб бизнинг мамлакатда кулланилган	1938 й	1976й	1955 й	1949 й

Суюлтирилган БЦЖ вакцинаси одам организмга канча микдорда юборилади	0,1 мл	0,02 мл	0,5 мл	1 мл
Курук БЦЖ вакцинасини суюлтириш учун кандай эритма аралаштирилади	физиологик эритма 0,9 фоизни	новокаин 0,5 фоиз	глюкоза 5 фоизли	хамма эритма билан
БЦЖ вакцинасининг бир марталик дозаси канчага тенг	0,1 мл	0,02 мл	0,2 мл	0,5 мл
БЦЖ вакцинаси ампула очилгандан сунг канча вақтгача ишлатишга ярокли хисобланади	2-3 соат	1-2 ой	30-60 соат	8-10 соат
БЦЖ билан эмланганларда канча вақтдан кейин иммунитет хосил булади?	1,5-2 ой	10-15 кун	6-8 ой	1 йил
БЦЖ вакцинаси кимларга утказилади	Соглом чакалокларга 5-7 кунда	болаларда	карияларда	хамма ешда
БЦЖ вакцинаси билан эмланган сохада неча стадияда кечади	4 та	3 та	2 та	5 та
БЦЖ вакцинасидан кейин неча фоиз асоратлар колдиради	0,01 - 1 фоиз	5-8 фоиз	10-20 фоиз	30-50 фоиз
БЦЖ вакцинасидан кейин кандай асорат куп учрайди	совук абцесслар	аллергик реакциялар	тана хароратининг кутарилиши	хамма холатлар
БЦЖ вакцинасидан кейин кайси регионар лимфа тугунлари асорат сифатида катталашади	хамма лимфа тугунлари	буйин лимфа тугунлари	чов ва буйин	култик ости ва чов
БЦЖ вакцинасидан кейин хосил булган совук абцесслар канча вақтдан кейин сурилиб кетади	2-3 ой	15-20 кун	8-10 ой	3-5 кун
БЦЖ вакцинасидан кейин кандай асоратлар кузатилади	абцесс,юза яра,поствакционал лимфаденит,келoid чандик	абцесс,юза яралар, окмалар	узгаришлар кузатилмайди	юза яралар, абцесс
БЦЖ вакцинацияси кабул килган бола неча йилгача соглом булган	5,5-6 йилгача	2-3 йилгача	10-12 йилгача	3-5 йилгача
БЦЖ вакцинациясини кандай шароитда саклаш керак	коронги жойда	шинам жойда	совук жойда	хамма жойда
Туберкулёз интоксикацияси генези буйича кайси туберкулёз формасига киради	бирламчи силнинг долокал формаси	бирламчи силнинг локал формаси	иккиламчи силнинг кичик формасига	хеч кайси турига кирмайди
Бирламчи туберкулёз комплекси аникланганда педиатрнинг тактикаси;	фтизиопедиатрга йуланма бериш	болани уй шароитида изоляция килиш	антибиотиклар билан даволаш	химиотерапия курсини 15 кун ўтказиш
Туберкулёз интоксикациясида конда кандай ўзгаришлар кузатилади	Эозинофилия,нейт рофиллар чапга силжиган,СОЭ юкори,лимфопени я	Эозинофилия,С ОЭ юкори,лейкопения	Конда узгаришлар деярли йук	Лейкоцитоз

Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги узгаришлар	рентгенда узига хос узгаришлар йук	Кукрак кафаси лимфа безлари катталашган	Упканинг хамма жойида яллигланиш учоклари куринади	Кукрак кафаси лимфа безлари каттиклашган
Бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади	4-6 ой	3-4 ой	8-12 ой	даволанмаса хам булади
Тез ўсувчи атипик микобактериялар кўпрок қайси аъзони зарарлайди	мия моддасини	лимфа тугун	ўпкани	суяк-бўғимни
Микобактерия микроскопда қандай ҳолатда кўринади	бош ва дум қисми бироз букилган ва қалинлашган	тўғри кўринади	бош қисми бироз букилган,ингичка	вергулсимон жуда ингичка бўлиб кўринади
Микобактерияни узунлиги қанча	0,8-8 мм мк	0,3-0,5 мм мк	5-15 мм мк	0,8-3 см
Микобактерияни эни қанча	0,1-0,6 мм мк	1-8 мм мк	1-2 см	10-15 мм мк
Микобактерия "Tuberculosis" кимларга касаллик чиқаради	одамларда	сичқонларда	паррандаларда	хаммага
Микробактерия "bovis" кимларга касаллик чақиради	қорамолларга	қуенларга	қушларга	сичқонларга
Микобактерия "avium" кимга касаллик чақиради	паррандаларга	қорамолларга	қуенларга	денгиз чўчқасига
Микобактерия "mikroti" кимларга касаллик чақиради?	дала каламушларига	қорамолларга	паррандаларга	қушларга
Балғам ким томонидан йиғилади	хамшира	Врач	Кичик тиббий ходим	Махсус СЭС ходими
Туберкулёз клиникасида сан эпид тартиб нимага асосланган	Касалликнинг юкумлилик турига	Касаллик белгиларига	Касалликнинг жойлашган ўрнига	Беморнинг умумий аҳволига
БЦЖ вакцинасидан кейин неча фоиз асоратлар колдиради	0,01 - 1 фоиз	5-8 фоиз	10-20 фоиз	30-50 фоиз
БЦЖ вакцинасидан кейин қандай асорат куп учрайди?	совук абцесслар	аллергик реакциялар	тана хароратининг кутарилиши	хамма холлатлар
БЦЖ вакцинасидан кейин қайси регионар лимфа тугунлари асорат сифатида катталашади	хамма лимфа тугунлари	буйин лимфа тугунлари	чов ва буйин	култик ости ва чов
Иммунитет нима	Қутқармоқ	Озод этмоқ	Ҳимоя воситаси	Парчаламоқ
Силда қанақа иммунитетлар фарқланади	Туғма ва ҳаёт давомида орттирилган	Туғма иммунитет	Ҳаёт давомида орттирилган	Сунъий туғма
Ҳаёт давомида орттирилган иммунитет қанақа турларга бўлинади	табiiй ва сунъий	Туғма ва табiiй	Оттирилган	Сунъий
Сунъий иммунитет қандай пайдо бўлади	Туберкулёз инфекциясини юктириш натажасида	Ўз-ўзидан ҳосил булади	Патоген микробларни юктириш	Табиий иммунитет натижасидан
Табиий иммунитет қандай пайдо бўлади	Туберкулёз ифекциясини организмга табiiй юктириш	Туберкулёз инфекцияси ўзи ривожлвниб ҳосил бўлади	Сунъий тарзда ривожланади	Органимда туберкулёз микроблари булади
Иммунитет реакциялари асосий феноменларга	Гуморал, хужайравий,	Толерантлик, гуморал,	Гуморал, хужайравий,	Хужайравий, толерантлик,

қайсылар киради	толерантлик, иммунологик, аллергия	хужайравий, толерантлик, аллергия	толерантлик, иммунреакция, аллергия	иммунологик, аллергия, лимфоцитар
Иммунитетнинг асосий марказий аъзо қаерда жойлашган	Айрисимон без- тимусда	Гипоталамус ва айрисимон безнинг олдинги булагиди	Гипоталамус ва тимуснинг орқа булагиди	Мияча ва айрисимон бездада
Сунъий ва табиий турғинлик механизмида фагацитоз жараёнини ким аниқлаган	Мечников И.И.	Пирогов А.А.	Вишневский Н.К.	Заболотский А.А.
Аллергия сўзи нима	Бошқача таъсир ёки бошқача жавоб реакция	Жавоб реакция	Бошқача таъсир	Умумий таъсир ва реакция
Аллергия терминини тиббийётга ким киритган	К.Пирке	И. Мечников	А. Пирогов	Р.Кох
Силда аллергия қандай ривожланади	Аста-секин	Тез-тез	Аник ривожланади	Баъзида кузатилади
БЦЖ вакцинаси юборилгандан сунгги аллергияни қандай аниқланади	Туберкулинни Манту усули билан	Туберкулинни Кох усули билан	Туберкулинни Пирке усули билан	Туберкулинни Моро усули билан
К.Пирке аллергия терминини нечанчи йилда ихтиро этган	1907 й	1911 й	1901 й	1908 й
Кох туберкулини қандай таркибий қисмлардан иборат	микобактерия таркибидаги оксил модаси ва озика мухитнинг бир қисми	кокк-флораси ва озика мухити	ўлдирилган микробактериялар элементлари ва озика мухити	пневмококклар, гонококклар
Туберкулёз синамаси қандай мақсадда қўйилади	туберкулёз интоксикациясини аниқлаш ва ревакцинацияга саралаш учун	иммунитет ҳосил қилиш учун	туберкулёз жараенини фаоллигини аниқлаш учун	химия профилактика учун
Қайси синамалар туберкулёз синамаси хисобланади	Гринчер- Карпиловский синамаси	Кацони синамаси	Апликацион синама	Шелли синамаси
Кох туберкулини қандай таркибий қисмдан иборат	озика мухит, туберкулопротеид	паст вирулентли тирик микобактериялар ва озика мухитнинг бир қисми	ўлдирилган микобактериялар ва озика мухит	пневмококк гонококк
Туберкулёз синамаси қандай мақсадда утказилади	туберкулёз билан захарланганни аниқлаш учун,ревакцинага танлаш, туберкулёз жараёнини	иммунитет ҳосил қилиш учун	эмлаш учун ва силни даволаш учун	ревакцинация мақсадда
Қайси туберкулёз синамалари купрок ахамиятга эга	Манту ва КОХ синамаси	Морро синамаси	Михайлов синамаси	Рабухин, Йиоффе синамаси
Қачон 2ТЕ Манту синамаси шубхали хисобланади	2-4 мм папула ва барча ҳажмдаги гиперемия	папула 20-мм диаметрда	10мм папула ва везикула,некроз, лимфангит	5мм ва ундан ортик папула
Силга қарши қайта эмлаш қимларга ўтказилади	клиник соғлом болаларга,ўсмирла рга,харбийларга, талабаларга	Хамма клиник соғлом болаларга	Ўсмир ва ўрта ёшдагиларга	Фақат туберкулёз касаллигига шубха қилинганларга
Қандай туберкулин синамаларини биласиз	Кох,Манту, Пирке ва Моро синамаси	Кох,Манту ва Моро синамаси	Кох, Манту ва Пирке синамаси	Манту, Ранке,Пирке ва Моро синамаси

Кох феномини нечанчи йилда исботланган	1891 йил	1889 йил	1911 йил	1882 йил
12 ёшгача бўлган болаларда туберкулёз касалини барвақт аниқлаш усули;	оммавий 2ТБ Манту синамаси	оммавий флюорография	клиник анализлар	Пирке синамаси
Манту синамаси терининг қайси соҳасига юборилади?	Тери орасига	Тери ичига	Тери юзасига	Терини тирнаш орқали
Пирке синамаси терининг қайси соҳасига юборилади	Тери юзасига	Тери ичига	Тери орасига	Тери ости ёғ қаватига
Кох синамаси терининг қайси соҳасига юборилади	Тери остига	Тери юзасига	Тери орасига	Терини тирнаш орқали
Қачон Манту синамаси мусбат ҳисобланади	5 мм ва ундан ортик папула	10мм папула, некроз, лимфангит	17мм папула	гиперимия
Қачон Манту синамаси гиперергик ҳисобланади	17-21мм папула, везикула	папула 5 мм	папула 11-12мм	папула 4мм ва гиперимия
Хўл балғам қанча вақт қайнатилганда микробактерия ўлади	2-3 мин	10-15 мин	2-3 соат	20-30 мин
Туберкулёз микробактериясини неча фоизини сув ташкил қилади	85,9 фоиз	82,5 фоиз	89,9 фоиз	85,5 фоиз
Микробактерияни неча фоизини оксил,ег,углевод,тузлар ташкил қилади	14,1 фоиз	15,1 фоиз	13,8 фоиз	16,3 фоиз
Микробактерия 96 фоизли спиртга нисбатан қандай таъсирчанликка эга?	шу захоти эрийди	3-5 мин эрийди	1-2 соатда эрийди	3-5 соатда эрийди
Микробактерияни нафас олиши	аэроб шароитда	анаэроб шароитда	қулай шароитда	аралаш типда
Микробактерияни кўпайиши қандай йул билан амалга ошади	оддий бўлиниш йўли билан	мураккаб бўлиниш йўли билан	бўлак-бўлак булиб кўпаяди	кўпаймайди
Кўча чангида қанча вақтгача ўз хоссасини сақлаб қолади	1 ойгача	7-8 кун	15-20 кун	1-2 ойгача
Китоб варақларида тирик ҳолда қанча вақт сақланади	3 ойгача	5-10 кун	15-20 кун	1 ойгача
Сувда туберкулёз микробактерияси қанча вақт тирик сақланади	4-5 ой	15-30 кун	4-6 йил	30 йилгача
Музлатилганда микробактерия қанча вақтгача ўз хоссасини сақлайди	30 йилгача	1-3 ой	6-10 йил	3-5 йил
Микробактерия ултрабинафша нурида қанча вақт ўз хоссасини сақлаб қолади	1-2 мин	1-3 кун	15-30 мин	2-3 секунд
Типик микобактериялар қуйидагилар	одам ва қорамол типи	қушлар,сичқонлар типи	фотохромоген, скотохромоген	нефотохромоген
Силни барвақт аниқлаш усуллари қуйидагилар қиради	2 ТБ манту синамаси,флюорография	бронхоскопия,томография,Пирке синамаси	рентгеноскопия компьютер томография	рентгенография ангиопульмонография
Силнинг фаол формаларида қонда	глобулинлар ошиб альбуминлар	альбуминлар ошиб	альбумин ва глобулинлар ошади	альбумин ва глобулинлар

оксил фракцияларининг ўзгариши	камаяди	глобулинлар камаяди		камаяди
Туберкулёз кўзгатувчисини айтинг	Кох бактерияси	замбуруглар	кушлар	вируслар
Патогенлик хусусиятига эга бўлган микробактериялар келиб чиқишига қараб неча турга бўлинади	тўрт турга	икки турга	уч турга	беш турга
Туберкулёз микробактериялари чанг таркибига неча кунгача яшашини кўрсатинг	ўттиз кун	уч кун	уч ой	олти ой
Туберкулёз билан оғриган касаллар балғамини дезинфекция қилишда неча фоизли хлор эритмаси ишлатилади	5 фоизли	10-15 фоизли	1-2 фоизли	20 фоизли
Туберкулёз микробактерияларининг кимевий таркибини айтиб беринг	сув,оксил,углевод, липид,минерал тузлар,химиявий элементлар	сув оксил,фосфор,магний	кальций,хлор,рух,т емир, минерал тузлар	марганец минерал тузлар,липидлар
Атипик микробактерияларнинг ишчи классификацияси ким томонидан тузилган	Кох томонидан	Мори томонидан	Рунион томонидан	Вильмен томонидан
Микробактерияларнинг ишчи классификацияси неча гуруҳга бўлинади?	4 та гуруҳга	3 та гуруҳга	6 та гуруҳга	5 та гуруҳга
Туберкулёз инфекциясининг асосий манбаини кўрсатинг	одам	кушлар	чўчкалар	денгиз чўчкачалари
Туберкулёз билан оғриган ва ўпкасида каверналар бўлагн беморлар бир кеча кундузда қанча микроб ишлаб чиқади	2-3 млрд	4-5 миллиард	6-9 миллиард	4-7 миллиард
Туберкулёз инфекцияси қайси йул билан кўпрок юқади	аэроген хаво орқали	томчи орқали	зах жойларда	ичаклар орқали
Болаларда касалликка мойиллик даврини кўрсатинг	3-4 ёшгача	1-2 ёшгача	1-3 ёшгача	4-5 ёшгача
Касалликка мойил бўлган ўсмирлик ёшини кўрсатинг	10-12 ёшгача	9-10 ёшгача	12-18 ёшгача	13-17 ёшгача
Туберкулёз касаллигини текширишда асосий усулни айтинг	бактериоскопия	аускультация	бронхоскопия	кон анализи
Текширишнинг лаборатор усуллари кўрсатиб беринг	биологик оддий бактериологик,фл отация	нерв системаси,перку ссия,аускультаци я	ЭКГ,яширин балғамни текшириш	сиртдан текшириш антиропометрия флатация қон анализи
Туберкулёз касаллигини барвакт аниклаш усуллари куйидагилар киради	2 ТБ Манту синамаси, флюорография	Кох синамаси,бронхо графия	рентгеноскопия,ка мпютерная томограмма	рентгенография
Силнинг фаол формаларида оксил фракцияларининг ўзгариши	глобулинлар ошиб,албуминлар камаяди	хеч қандай ўзгаришсиз	албумин,глобулинлар ошади	албумин,глобулинлар камаяди

Сувда туберкулёз микобактерияси қанча вақт тирик сақланади	4-5 ой	5-10 кун	4-6 йил	30 йилгача
Музлатилганда микобактерия қанча вақтгача ўз хоссасини сақлайди	30 йилгача	2-10 кун	6-10 йил	3-5 йил
Рентген нурлари тиббиётга нечанчи йилда кашф этилган	1896 йил	1901 йил	1898 йил	1900 йил
Флюорографик аппаратлар қандай тузилишга эга	Асосий ва кўчманчи	Бир жойда мослаштирилган	Асосий	Кўчманчи
Ўпка сили беморларини асосий рентген текшириш усулини айтинг	Рентгенография	Рентгеноскопия	Флюорография	Бронхоскопия
Рентгенологик текширувда туберкулёз интоксикациясидаги ўзгаришлар	Ўпкада специфик ўзгариш йўқ	Ўпка илдизида лимфа тугунлари катталашган	Ўпка илдизи кучайган	Ўпканинг юқори қисмида майда туберкулёз ўчоқлари кўринади
Туберкулёз бронхоаденитида рентгеноскопияда нафас олиш жараёнида диафрагманинг парадоксал ҳаракати юрак ва йирик қон томирларнинг касал томонга силжиши қайси белги	Якобсон-Гольцкихт белгиси	Де-ле-камп белгиси	Игнатьевич белгиси	Филатов белгиси
Рентгеномография туберкулёз бронхоаденитида рентген нурлари қандай берилади	Ўпка илдизи орқали	Ўпка юқори қисмидан	Ўпка ён томонидан	Ўпканинг орқа томонидан
Рентген текширувда туберкулёз бронхоаденитида ўпка илдизидаги қон томир ва бронхлар тузилиши қандай соя беради	Қон томир ва бронхлар кўринмайди	Қон томир ва бронхлар гомоген соя беради	Қон томир ва бронхлар ногоиоген соя беради	Қон томир ва бронхлар сояси кучайган
Бирламчи туберкулёз комплексида яллиғланиш даврида рентгендаги ўзгаришлар	Нотекис учбурчаксимон интенсивлиги паст соя	Ўпка илдизига қараб нотекис соя	Ўпка туқимаси кучайган	Ўпка туқимаси ўзгаришсиз
Учокли упка силида рентген узгаришлар	2-10 мм булган паст ва урта интенсивликда чегараси аниқ булмаган учоклар	упканинг юқори булакларида 1 см дан катта булган фокус яллиғланиш	упканинг урта ва пастки қисмида узаро қушилган учоклар	упканинг урта ва пастки қисмларида майда чегараси аниқ таркок жойлашган учоклар
Учокли упка сили қуйида касалликларни б-н фаркланади	бронхопневмония, вегетоневроз, тириотоксикоз, грипп, эозинофил пневмония	токсик фиброзли альвеолид саркоидоз селикоз упка раки	эхинококк тугма поликистоз	корин тифи молярия
Циррозли упка сили упканинг қайси қисмида қуп жойлашган	унг упка юқори қисмида	унг упка урта қисмида	чап упканинг хамма қисмида	чап упка юқори қисмида
Циррозли упка сили қупрок вақтда	узок-доимий даволанганда	тулик даволанмаганда	1 та АБ препарати қабул қилганда	уз-уздан кузатилади

кузатилади				
Циррозли силда энг кучайган клиник белги	нафас кисиши	кон кетиш	кукрак кафасида кучли огрик	узгаришсиз
Циррозли силда бемор кон тупурса ахволининг узгариши	асфикасия беради	ахволи узгармайди	ахволи емонлашади	упка-юрак етишмовчилиги ни беради
Циррозли силда кукрак кафаси тузилиши	деформация	бочкасимон	нормастеник	генерстеник
Циррозли силда перкуссияларда қандай товуш эшитилади	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш тумток	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
Циррозли силда зарарланган соҳада рентгенда қандай соя куринади	гемоген куюк соя	хиралашган соя	чегараси ноаник соя	узгаришсиз
Циррозли силда упканинг соғ қисмида қандай узгариш кузатилади	деформацияга учраган	узгаришсиз	упка катталашган	упкада шу соҳада суюқлик йигилган
Рентгенограммада туберкулома қайси сигментларда кўпроқ жойлашади	1,2,6 сигментларда	1,3 сигментлар ва ўпканинг пастки қисмида	Факат ўпканинг пастки қисмида	Ўпканинг юқори қисмида
Вирав тушунчасига таъриф беринг	туберкулинреакциясининг 1-чи мусбат натижаси	силнинг биринчи бошланиши	туберкулёз микробактериясининг организмга тушиши	организмга патоген микробактерияларнинг тушиши
Туберкулёз синамаси қандай мақсадда ўтказилади	туберкулёз билан захарланганни аниқлаш учун, ревакцинага танлаш,	иммунитет ҳосил қилиш учун	эмлаш учун ва силни даволаш учун	туберкулёз жараёнини активлигини аниқлаш учун
Флюорография нима	аҳолини ёппасига текшириш	Фотоплёнкада ёзиб олиш	Экранда қуриш	Умумий текшириш
Флюорографияда фотоплёнканинг размери	100x100	70x100	100x70	50x50
Рентгенографияда рентген плёнка нимага сақланади	Кумуш бромид	Рух бромид	Қалай бромид	Калий бромид
Фотоплёнка жойлаштирилган филоф кўкракнинг қайси томонига туради.	олд томонига	Ён томонига	Орқа томонига	Ҳамма томонига
Рентгеноскопия нима	Патологик сояни экранда кўриш	Патологик сояни плёнкада тушириш	Патологик сояни дискда ёзиб олиш	Патологик сояни мониторда кўриш
Кўкрак кафасини бомимини ошириш ёки тушириш синамаси қайси	Вальсальви ва Мюллер синамаси	Ваксман синамаси	Кох синамаси	Лаэнк синамаси
Кўкрак кафасини босимини ошириш ёки тушириш белгиси	Гольцкнихт-Якобсон белгиси	Мюллер белгиси	Воробёв-Подтенжер белгиси	Корани белгиси
Замонавий компьютер томография қундаланг кесимни қанча қалинликда текшириш имкониятига эга	2 ммдан-10 ммгача	1-2 ммгача	2-8 ммгача	2-6ммгача
Компьютер томографиясининг афзаллиги текшириладиган туқима	Хаунсфиль шкаласи	Маруни шкаласи	Браун шкаласи	Воробёв шкаласи

ва мухит зичлиги қайси шкалага асосланган.				
Бронхография нима	Бронхларга контраст модда юбориб рентгенограммага олиш	Умумий текшириш усули	Биопсия олиш усули	Бронхларни ювиш усули
Бронхлар артериографиясида бронхлар ичига қанча миқдорда контраст модда юборилади	5-12 мл	1-5 мл	10-20 мл	20 40 мл
Селектив ангиопульмонографияда катетер орқали қанча контраст модда юборилади	10-12 мл	1-5 мл	5-10 мл	5-12 мл
Бронхографияда анестезия учун қайси эритмадан фойдаланилади.	2% ли лидокаин	0,5 % ли новокаин	1% ли новокаин	5% ли лидокаин
Фистулография нима	Оқма яраларни контраст модда юбориб рентген плёнкада тушириб олиш	Оммавий текшириш усули	Патоллогияни фотопленкада ёзиб олиш	Жарохатларни ювиб текшириш
Плеврографияда қайси аппаратдан фойдаланилади	Патен аппарати	Буйлау аппарати	Вишневский аппарати	Пирогов аппарати
Бронхоскопия нима	бронхларни кўриш	Бронхларни ювиш	Бронхларни рентген пленкада тушириш	Оммавий текшириш усули
Бронхоскоп қайси қисмлардан иборат	Оптик қисм, ёритгич, сунъий нафас олдириш, телескоп, расмга олиш	Ёритгич қисми, сунъий нафас олдириш қисми, телескоп	Сунъий нафас олдириш, ёритгич қисми, расмга олиш, оптик	Сунъий нафас олдириш қисми телескоп, расмга олиш, оптик
Бронхофиброскопнинг диаметри қанча	5-6 мм	2-4 мм	1-5 мм	4-8 мм
Торакоскопия нима	Торакоскоп ёрдамида плевра бўшлигини текшириш	Плевра бўшлигини умумий текшириш	Плевра бўшлигини фотопленкада текшириш	Кукрак қафасини умумий текшириш
Спирография қилинаётганда нафас йўлларининг ўтказувчанлиги қайси синама ёрдамида текширилади.	Вотчал-Тифно синамаси	Бенголд Конго синамаси	Патен синамаси	Вишневский синамаси
Ташқи нафас фаолиятининг кўрсаткичлари қандай аппарат ёрдамида аниқланади	Спирограф	Монограф	Умумий нафасни санаш	Томограф
Ўпканинг кенгайиши қандай аппарат ёрдамида аниқланади	Плетизмография	Спирография	томография	монография
Реструктив нафас танқислиги нима	ўпка тўқимаси ҳажмининг ва фаолиятининг камайиши	ўпка тўқимаси ҳажмининг ва фаолиятининг ошиши	ўпка тўқимаси ҳажмининг ошиши	ўпка тўқимаси фаолиятининг камайиши
Обструктив нафас танқислиги нима	Нафас йўллари ўтказувчанлигининг бузилиши	Нафас йўллари ўтказувчанлигининг ошиши	Нафас тизимининг бузилиши	Юзаки нафас олишнинг ошиши

Реструктив нафас танқислиги қачон келиб чиқади	ўпка вентиляцияси ва унда газ алмашивунинг бузилиши натижасида	ўпка вентиляциясининг бузилиши натижасида	ўпка газ алмашивунинг бузилиши натижасида	ўпка ҳажмининг кичрайиши натижасида
Прескален биопсия нима	Бўйиннинг норвонсимон мускуллари олдида жойлашган лимфа тугунларидан биопсияси	Бўйиннинг норвонсимон мускулларидан биопсия олиш	Бўйиннинг норвонсимон мускуллари орқада жойлашган лимфа тугунларидан биопсия	Елка мушаклари орқали лимфа тугунларидан биопсия олиш
Очиқ биопсия нима	Ўпка, плевра ва лимфа тугунларидан биоптат олиш	Ўпка, ва лимфа тугунларидан биоптак олиш	Плевра ва лимфа тугунларидан биоптак олиш	Ўпка ва плеврадан биоптак олиш
Медиастеноскопия усулида қандай асбобдан фойдаланилади	Эндоскоп	Бронхоскоп	Рентгенологик	Томографик
Прозоров белгиси нима	Рентгеноскопияда нафас олиш ва чиқариш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши	Рентгенографияда нафас олиш ва чиқариш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши	Томографияда нафас олиш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши	Рентгеноскопияда нафас олиш пайтида ўпка шаклининг ўзгариши
Прозоров белгиси ўпка силининг қайси формасига хос.	Кавернозли ўпка силига	Фиброз-кавернозли ўпка силига	Инфильтратив ўпка силиги	Диссеминациял и ўпка силига
Рентгенологик текширувда “мажнунтол” белигиси қайси туберкулёз формасига хос	Циррозли ўпка силига	Кавернозли ўпка силига	Фиброз-кавернозли ўпка силига	Инфильтратив ўпка силига
Рентгенологик кўриниши бўйича инфильтратив ўпка силининг турлари	Ҳаммаси тўғри	Булутсимон, лобит	Лобит, юмалоқ, персистланган	Лобит, сигментит
Рентгенологик кўриниши бўйича бирламчи туберкулёз комплексидаги оҳакланиш ўчоғи	Гон ўчоғи	Кох ўчоғи	Моро ўчоғи	Прозоров ўчоғи
Диссеминацияли ўпка силидаги рентген ўзгаришлар	Иккала ўпка юзасида майда-майда туберкулёз ўчоқлари симметрик жойлашади	Асосан ўпканинг юқори қисмида бир текис ўчоқлар жойлашади	Туберкулёз ўчоқлари ўпканинг бир томонида майда-майда жойлашади	Туберкулёз ўчоқлари иккала ўпка юзасида ҳар хил катталиқда жойлашади
Рентгенологик текширувда кукрак ичи лимфа тугунлари силидаги ўзгаришлар	Ўпка илдизи деформацияга учрайди	Ўпка туқимасига қараб йўлакча тортилади	Ўпка туқимаси марказга тортилади	Ўпка илдизи деформацияга учрамайди
Рентгенологик текширувда туберкулёз интоксикациясидаги ўзгаришлар	Ўпка илдизи деформацияга учрамайди	Ўпка илдизи деформацияга учрайди	Ўпка туқимасига қараб йўлакча тортилади	Ўпка туқимаси марказга тортилади
Рентгенологик кўриниши бўйича перива панбронхит қайси туберкулёз формасига хос	Ўчоқли ўпка силига	Инфильтратив ўпка силига	Диссеминацияли ўпка силига	Кавернозли ўпка силига
Торокоскопия нима	Плевра бўшлиғини текшириш	Кўкс оралиғини текшириш	Ўпка туқимасини текшириш	Ўпка илдизини текшириш
Туберкулёз қўшилган	Гомоген қийшиқ	Ногомоган	Ўпка майдони	Юрак сояси

плевритларда рентгенда қанақа соя кўринади	чизик соя	қийшиқ чизик соя	куюқлашган	куюқлашган
Рентген текширишда кўзойнак белгиси қайси туберкулёз формасида учрайди	Кавернозли ўпка силида	Инфильтратив ўпка силида	Ўчоқли ўпка силида	Диссеминациял и ўпка силида
Рентгенография усулининг афзаллиги	Ҳаммаси тўғри	Патологик сояни аниқ изоҳлайди	Локализациясини кўрсатади	Бошқа мутахассисларга қиёсий таҳлислашда қулай
Гиппократ классификацияси неча гуруҳга бўлинади	2 гуруҳга	3 гуруҳга	4 гуруҳга	6 гуруҳга
Гиппократ классификацияси кечиши бўйича турлари	ўткир кечувчи ва сурункали	Эрта бошланган ва сурункали	Кенг тарқалган ва чегараланган	Ўткир ва казеозли
Силнинг патоморфологик ўзгаришларини ким фанга киритган	Лээнник	Гиппократ	Мечников	Кох
Силнинг патоморфологик ўзгаришларини Лээнник нечанчи йилда фанга киритган	1819 йил	1919 йил	1818 йил	1920 йил
Лээнник туберкулёз ривожланишини қандай даврларга бўлган	Ҳаммаси тўғри	Туберкулёз бўртмачаларини нг пайдо бўлиши ва тўпланиши	Бўртмачаларнинг юмшаш даври	Ковак пайдо бўлиши
Турбан ва Герхард классификацияси қандай даврларга бўлинади	Ҳаммаси тўғри	Туберкулёз жараёни фақат ўпканинг юқори қисмида жойлашади	Туберкулёз жараёни ўпканинг юқори катта бўлагиди ёки иккала ўпканинг катта бўлагиди	Туберкулёз жараёни ўпканинг ҳамма қисмини зарарлайди
XX аср бошларида туберкулёз касаллигининг қайси классификацияси фанга киритилган	Апикокаудал	Патоморфологик	Ўткир ва сурункали	Ўпканинг ҳамма қисмини зарарланиши
Рубенштейн 1926 йил ўз классификациясига нимани таклиф этган	СТ(+), СТ(-)	Патологик туберкулёз ўчоғининг жойлашган ўрни	Ўткир ва сурункали кечиш	Рентген таҳлилларга асосланиш
Ранке туберкулёз жараёнини қандай классификациялаган	Бирламчи ва иккиламчи	Ўткир ва сурункали	СТ(+), СТ(-)	Апикокаудал
Штеренберг классификацияси нимага асосланади	Компенсация, субкомпенсация, декомпесация	СТ(+), СТ(-)	Туберкулёз жараёни ўпканинг ҳамма қисмини зарарлайди	Ўткир ва сурункали
Ашшоф ва Николл томонидан таклиф этилган классификация нимага асосланган.	Эксудатли-зардобли, продуктив ва казиоз.	Эксудатив ва продуктив	Эксудатив ва пролефиратив	Продуктив ва казиоз
Ашшоф ва Николл классификацияси силнинг қандай белгиларига асосланган.	Морфологик	Патогенетик	Патонамотик	Микроб ажратиш ва ажратмасликка
Силнинг клиник классификацияси неча қисимга ажратилган.	4 қисм	3 қисм	5 қисм	2 қисм
Микобактерия куёш нурида қанча вақт уз	1-2 мин	1-1,5 соат	10-15 мин	3-5 кун

хоссасини сақлаб қолади				
Микобактерия ультрабинафша нурида қанча вақт ўз хоссасини сақлаб қолади	2-3 мин	1-3 кун	15-30 мин	2-3 секунд
Хўл балғам қанча вақт қайнатилганда микробактерия улади	2-3 мин	45 мин	10-15 мин	20-30 мин
Микобактерия 3-фоизли хлоромин эритмасида қанча вақтда ўлади	10-15 мин	2-3 мин	2-3 секунд	4-5 соатда
Микобактерия 5-фоизли хлоромин эритмасида қанча вақтдан кейин ўлади	2-3 мин	2-3 соат	10-15 секунд	45 мин
Микобактерия 20 фоизли хлоромин оҳак эритмасида қанча вақтга ўлади	1-2 мин	5соат	30-45 мин	10-15 соат
Туберкулёз микобактериясини неча фоизини сув ташкил қилади	85,9 фоиз	82,5 фоиз	89,9 фоиз	85,5 фоиз
Микобактерияни неча фоизини оксил,ёғ,углевод,тузлар ташкил қилади	14,1 фоиз	17,5 фоиз	13,8 фоиз	16,3 фоиз
Микобактерия 96 фоизли спиртга нисбатан қандай таъсирчанликка эга	шу захоти эрийди	3-5 мин эрийди	1-2 соатда эрийди	3-5 соатда эрийди
Микобактерияни нафас олиши	аэроб шароитда	анаэроб шароитда	араалаш шароитда	кон шароитида
Микобактерияни купайиши	оддий булиниш йули билан	мураккаб бўлиниш йўли билан	бўлак-бўлак бўлиб кўпаяди	кўпаймайди
Микобактериянинг фотохромоген атипик формаси ёруғликда қандай пигмент ҳосил қилади	сарик пигмент	яшил пигмент	қизил пигмент	оқ пигмент
Микобактериянинг скотохромоген атипик формаси қоронғида қандай пигмент ҳосил қилади	яшил пигмент	қизил пигмент	сарик пигмент	умуман пигмент ҳосил қилмайди
Нефотохромиген атипик микобактериялар қандай пигмент ҳосил қилади	умуман пигмент ҳосил қилмайди	сарик пигмент	яшил пигмент	оқ пигмент
Фотохромоген атипик микобактерия формаси кўпроққайси организмизарарлайди	жигар ва буйракларни	ўпкани	суяк-бўғим	ҳамма органларни
Скотохромоген атипик микобактериялар кўпроқ қайси организмизарарлайди	буйракни	ўпкани	лимфа тугуни	ҳамма органларни
Нефотохромиген атипик микобактериялар қаерда кўп учрайди	чанг,балғам,сувда	тупрок,сув, хайвонларда	музда,чангда, тупрокда	ҳамма жойда
Тез ўсувчи атипик микобактериялар кўпроқ қайси аъзони	мия моддасини	лимфа тугун	ўпкани	суяк-бўғимни

зарарлайди				
Микобактерия микроскопда қандай ҳолатда кўринади	бош ва дум қисми бироз букилган ва қалинлашган	тўғри кўринади	бош қисми бироз букилган,ингичка	вергулсимон жуда ингичка бўлиб кўринади
Микобактерияни ўзунлиги қанча	0,8-8 мм мк	0,8-1 мм мк	5-15 мм мк	0,8-3 см
Микобактерияни эни қанча	0,1-0,6 мм мк	0,8-1 мм мк	1-8 мм мк	10-15 мм мк
Микобактерия "Tubercul osis" кимларга касаллик чиқаради	одамларда	қорамолларда	паррандаларда	хаммага
Микробактерия "bovis" кимларга касаллик чақиради	қорамолларга	одамларга	қушларга	сичқонларга
Микобактерия "avium" кимга касаллик чақиради	паррандаларга	қорамолларга	қуенларга	денгиз чўчқасига
Микобактерия "microti" кимларга касаллик чақиради	дала каламushларига	қорамолларга	паррандаларга	қушларга
Балғам ким томонидан йиғилади	Махсус хамшира	Лаборант	Кичик тиббий ходим	Махсус СЭС ходими
Туберкулёз интоксикациясида характерли булмаган белги.	йутал,балғам ажратиш	иштаха пастлиги, ориклаш	терлаш, субфебрил температура	катталашмаган лимфа тугунлари
Организмнинг 1-чи марта туберкулёз микобактерияси билан захарланиш белгиси	туберкулёз синамасининг 1- чи марта мусбат реакцияси Вираз	туберкулёз синамаси натижасининг камайиб бориши	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	экзоген суперинфекция натижасида ахволнинг огирлашуви
Туберкулёз интоксикацияси генези буйича қайси туберкулёз формасига киради	бирламчи силнинг долокал формаси	иккиламчи силнинг кичик формасига	деструктив туберкулёз формасига	ҳеч қайси турига қирмайди
Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрнинг тактикаси	фтизиопедиатрга йўланма бериш	болани уй шароитида изоляция қилиш	антибиотиклар билан даволаш	витаминтерапия
Туберкулёз интоксикациясида қонда қандай ўзгаришлар кузатилади	Эозинофилия,нейт рофиллар чапга силжиган,СОЭ юкори,лимфопени я	СОЭ юкори,лейкоп ения	Эозинофилия,СОЭ юкори,лейкопения	Қонда ўзгаришлар деярли йук
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги ўзгаришлар	Рентгенда узиға ҳос ўзгаришлар йук	Қуқрак қафаси лимфа безлари қатталашган	Упқанинг хамма жойида яллиғланиш учоқлари қуринади	Қуқрак қафаси лимфа безлари қаттиқлашган
Бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади	4-6 ой	2-3 ой	8-12 ой	даволанмаса хам булади
Сурункали туберкулёз интоксикациясида қайси лимфа тугунлари қатталашади	хамма лимфа тугунлари	бўйин ва чов лимфа безлари	қўлтиқ ости ва бўйин	лимфа тугунлари қатталашмайди
Туберкулёз бронхоаденитини турларини қим аниқлаган	Сукенников	Воробьев	Фрейдрих	Абрикосов
Силни даволашнинг умумий принциплари	комплекс,комбина цияли,давомий,оп тимал дозада- АБП-б- н,патогенетик,сим	витаминлар,анти биотиклар,гармо нотерапия	биостимуляторлар, анаболик гармонлар	физиотерапевти к муолажалар,био стимуляторлар

	птоматик			
АБП-эффектли таъсири буйича куйидагича гурухланади	1-изониазид,рифампицин,2-стрептомицин,этамбутол ва хк,3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бе немицин	1-гурух-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бе паск,2-тибон,канамицин,3-тубазид,этамбутол
Упка силини даволашда канака жаррохлик усулларида фойдаланилади	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	палиатив, тиклантирувчи	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
Радикал операцияга куйидаги жаррохлик муолажалари киради	пульмонэктомия,л обэктомия,сегмент эктомия	торакопластика	кавернотомия,бронхиал окмаларни тикиш,торакопластика	плеврэктомия,декорткация
Палиатив операция усулига куйидагилар киради	кавернотомия,торакопластика	сегментэктомия, плеврэктомия	лобэктомия,бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика
Тиклантирувчи операцияларга куйидагилар киради	декорткация,плеврэктомия,бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика, кавернотомия	торакопластика,декорткация	кавернотомия
Спонтан пневмотораксининг клиник белгилари	кукрак кафасида кучли огрик,хансираш,бош айланиши,курук йутал,совук тер босиши	чап томонда кучли огрик,кул,жагга берилиши,кучли кузгалиш,нафас етишмаслиги	кунгил айнаш,кусиш,холсизлик,КБ-пасайиши	хаммаси тугри
Спонтан пневмотораксининг рентген куриниши	перикостал чузик бушлик упка тукумаси сикилган сог томонга силжиган	3-4смли юпка деворли ковак,атрофида майда учоклар	перифокал яллигланиш,суюклик сатхи куринадиган бушлик	диафрагма кутарилган,упка хажми кичрайган
Изониазид таблетка холида канча дозаларда чиқарилади	0,1 мг ва 0,3 мг	0,1;0,2;0,3; мг дан	0,01; 0,02; 0,09 мг	0,1; 0,3; 0,5 дан
DOTS дастури буйича 1-тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади	Интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 2 ой,куватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 1 ой,куватловчи 5 ой
DOTS дастури буйича 2-тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади	Интенсив 3 ой , кувватловчи 5 ой	Интенсив 2 ой,куватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой
Силни даволашнинг умумий принциплари	комплекс,комбинацияли,давомий,оптимальная доза-АБП-6-н,патогенетик,симптоматик	витамины,антибиотики,гормонотерапия	стрептомицин,гормонотерапия	физиотерапевтические процедуры,биостимуляторы
АБП-эффектли таъсири буйича куйидагича	1-изониазид,рифампицин,2-стрептомицин,этамбутол ва хк,3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бе немицин	1-гурух-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бе паск,2-тибон,канамицин,3-тубазид,этамбутол
Упка силини даволашда канака жаррохлик усулларида фойдаланилади	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	факат радикал операцияла	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
Радикал операцияга	пульмонэктомия,л	кавернотомия,то	кавернотомия,брон	плеврэктомия,д

куйдаги жаррохлик муолажалари киради	обэктомия, сегмент эктомия	ракопластика	хиал окмаларни тикиш, торакопластика	екортикация
Бирламчи силга куйдагилар киради	туберкулёз интоксикацияси, бирламчи туберкулёз комплекси, бронхоаденит	каверноз, фиброз каверноз	цирротик ўпка сили, плеврит	барча туберкулёз шакллари
Бирламчи туберкулёз комплекси рентген кўриниши	гон ўчоғи, қаттиқлашган лимфа тугуни ва лимфангит	полиморф ўзаро қўшилувчан ўчоқлар	ўпка илдизи катталашиб тумароз кўриниши	хаммаси тўғри
Қанака бронхоаденитлар фаркланади	инфилтратив, тумароз	майда ўчоқли, фиброз ўчоқли	булутсимон, овал	солитар, псевдотуберклема
Туберкулёз интоксикациясида характерли бўлмаган белги	кучли йутал, балгам ажратиш, кон тупуриш	"вираж"	иштаха пасайиши, орикланиш	терлаш, субфебрил температура
Организмнинг 1-март туберкулёз б-н захарланиш белгиси	"ВИРАЖ"	туберкулёз синамаси натижасининг пасайиб бориши туберкулёз синамаси натижасининг	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	ўпкада таркок холдаги ўчоқлар
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги ўзгаришлар	рентгенда ўзига хос ўзгаришлар йўқ	Кўкрак кафаси лимфа безлари катталашган	Ўпканинг хамма жойида яллигланиш ўчоқлари кўринади	Кўкрак кафаси лимфа безлари каттиқлашган
Гон ўчоғи нечанчи йилда фанга киритилган	1912 йил	1916 йил	1909 йил	1900 йил
Игнатьевич белгисига изох беринг	Югуляр чуқурчанинг уриб туриши	Лимфа тугунларининг уриб туриши	Югуляр чуқурчанинг бўртиб туриши	Ўмров чуқурчасининг бўртиб чиқиши
Гейбнер белгисига изох беринг	I-II-III кўкрак умуртқалари устида трахеал нафас эшитилади	I-II-бўйин умуртқалари устида бронхиал нафас эйтилади	VI-VII- кўкрак умуртқалари устида везикуляр нафас эшитилади	IV-V-VI буйин умуртқалари устида бронхиал нафас эшитилади
Равич-Шербо белгисига изох беринг	VII бўйин умуртқаси уриб кўрилганда оғрик сезиш	V-бўйин умуртқаси урилганда оғрик сезмаслик	III-кўкрак умуртқаси уриб кўрилганда оғрик сезиш	VI-VII бўйин умуртқалари уриб кўрилганда оғрик сезмаслик
Де Ля Камп белгиси	V-VI кўкрак умуртқалари уриб кўрилганда бўғиқ товуш эшитилиши	V-VI бўйин умуртқалари уриб кўрилганда бўғиқ товуш эшитилади	VI-VII кўкрак умуртқалари уриб кўрилганда тимпаник товуш эшитилиши	II-III бел умуртқаларига уриб кўрилганда оғрик кузатилиши
Смит белгиси нима	Бемор бошини орқага эгиб турса, тўш суягининг юқори қисми атрофида ўзига хос шувиллаш эшитилиши	Бемор ётган холатда, туш суяги устида оғрик сезиши	Бемор турган холда бошини ён томонга қаратганда, тўш суяги атрофида хириллашлар эшитилади	Бемор қаттиқ йуталганда, кўкрак кафасида оғрик кузатилиши
Кораньи белгисига изох беринг	I-II-III кўкрак умуртқаларида перкуссияда бугиқ товуш	I-II-III-буйин умуртқаларида перкуссияда бугиқ товуш	IV-V-VI буйин умуртқаларида аускултацияда везикуляр нафас	VI-VII-буйин I-кўкрак умуртқасида суст везикуляр нафас
Дэспин белгисига изох беринг	VII-буйин умуртқаси устида бронхиал нафас эшитилади	VII-буйин умуртқаси устида везикуляр нафас	V-VI буйин умуртқаси устида везикобронхиал нафас эшитилади	VI-VII буйин умуртқалари устида суст везикуляр нафас

		эшитилади		эшитилади
Туберкулёз интоксикациясида қонда қандай узгаришлар кузатилади	Эозинофилия,нейтрофиллар чапга силжиган,СОЭ юқори,лимфопения	Эозинофилия,СОЭ юқори,лейкопения	конда узгаришлар деярли йук	Эритроцитоз,лейкоцитоз СОЭ нормада
Эрта бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади	3-4 ой	2-3 ой	4-6 ой	даволанмаса ҳам бўлади
Сурункали сил интоксикациясида қайси лимфа тугунлари катталашади	хамма лимфа тугунлари	бўйин ва чов лимфа безлари	жағ ости ва бўйин	лимфа тугунлари катталашмайди
Туберкулёз бронхоаденитини турларини ким аниқлаган	Сукенников	Фрейдрих	Герхард	Абрикосов
Туберкулёз бронхоаденитини рентген куриниши	ўпка илдизи деформацияга учраган	ўпка сурати узгаришсиз	ўпка илдизи периферияга қараб ўзгарган	ўпка илдизи марказга қараб ўзгарган
Туберкулёз бронхоаденитида яллиғланиш жараёни неча ойдан кейин сўрилиш жараёнига ўтади	2-3 ойдан кейин	3-4 ойдан кейин	10-12 ойдан кейин	8-10 ойдан кейин
Туберкулёз бронхоаденитида яллиғланиш жараёни неча ойдан кейин бутунлай сурилади	6-8 ойдан кейин	4-5 ойдан кейин	10-12 ойдан кейин	2 йилдан кейин
Туберкулёз бронхоаденити қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади	грипп,қизилча,ангина	пневмония,абцесс,грипп,қизамик,ангина	пневмония кизамик қизилча грипп	хамма касалликлар билан
Туберкулёз бронхоаденити аниқлангандан кейин неча ой даволанади	2-4 ой	2-3 ой	8-10 ой	5-8 ой
Туберкулёз бронхоаденитини текширишда энг қулай усул	Рентгеноскопия	рентгеноскопия	бронхоскопия	хамма усул
Бирламчи туберкулёз комплексида энг ривожланган компонент	лимфа тугуни	упкадаги ўчок	лимфа томири	хамма компонент
Бирламчи силда ўпкадаги ўчок қаерда кўп учрайди	юқори ва олдинги сигментда	юқори қисмида	юқори ва орқа сигментда	пастки ва ўрта қисмда
Бирламчи туберкулёз комплекси фанга ким томонидан киритилган	Ранке	Сукенников	Абрикосов	Воробьев
Бирламчи туберкулёз комплексида лимфа тугунлари канчагача катталашади?	2-10мм	4-8см	5-10см	1-5мм
Бирламчи туберкулёз комплексида юракдаги ўзгаришлар	тахикардия юрак чегараси узгаришсиз	юракда ўзгариш йўқ	тахикардия, юрак чегараси кенгайган	брадикардия юрак юрак чегараси узгаришсиз
Бирламчи туберкулёз комплексида жигардаги ўзгаришлар	жигар биров катталашган	жигар ўзгаришсиз	биров катталашган,конси станцияси эластик, четлари ўткир	жигарчетлари уткир, 8-10см катталашган

Бирламчи туберкулёз комплексиди қандаги ўзгаришлар	СОЭ 20-30мм/с;лейкоцитоз, нейтрофиллез	СОЭ ўзгаришсиз, лейкопения	гемограммада ўзгариш йук	СОЭ 5-10мм/с нейтрофиллез
Бирламчи туберкулёз комплексиди СОЭ нечага тенг	20-30мм/с	8-10мм/с	10-20мм/с	ўзгаришсиз
Бирламчи туберкулёз комплексиди лейкоцитлар сони нечага тенг	8000-10000та	5000-8000та	8000-15000та	15000-20000та
Воробьев-Поттенджер симптоми қуйидагича изоҳланади	елка мушакларининг огриши ва таранглашуви	энса мушакларининг таранглашуви	тиззада букилган оёқнинг ёзилмаслиги	симфиз босилганда оёқнинг букилиши
Туберкулёз интоксикацияси генез бўйича қайси туберкулёз формасига киради	бирламчи силнинг долакал формаси	бирламчи силнинг локал формаси	иккиламчи туберкулёз кичик формуласи	билмайман
Ўпкада бирламчи туберкулёз комплексининг ҳосил бўлиш сабаблари	Ўпка сили бемори билан узок мулоқотда бўлиш	ўткир вирус инфекция	туберкулёз интоксикацияси натижаси	эмлаш чандигининг йўқлиги
Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрларнинг тактикаси	фтизиопедиатрга йулланма бериш	антибиотиклар билан даволаш	химиотерапия курсини 15-кунда утказиш	витаминотерапия курсини тавсия қилиш
Бронхоаденитнинг қайси формасида перифокал яллиғланиш кузатилади?	инфильтратив формасида	каверноз формасида	"кичик формасида"	аниқлай олмайман
Бронхоаденитларни аниқлашда асосий текшириш усули	умумий рентгенография	компьютер томография	фибробронхоскопия	биопсия
Туберкулёз интоксикацияси клиник кечишига қараб қандай турларга бўлинади	эрта бошланган, сурункали	ўткаир сурункали	ўткир ўткир ости сурункали	эрта бошланган ўткир
Туберкулёз интоксикациясида температура нечагача қўтарилади	37,1-37,5	36,5-37,5	37,0-38,0	37,1-38,0
Туберкулёз интоксикацияси қимларга қўп учрайди	болаларда	болаларда қарияларда	болалар ва усмирларда	ўсмирларда
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида Манту синамаси қандай натижа беради	мусбат	манфий	гиперэргик	шубхали
Эрта бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой даволаниши керак	4-6 ой	2-4 ой	3-6 ой	8-12 ой
Воробьев-Поттенджер симптоми қуйидагича	елка мушакларининг огриши	энса мушакларининг таранглашуви	тиззада букилган оёқнинг ёзилмаслиги	ёноқ соҳасининг перкуссиясида бош огриги
Сурункали туберкулёз интоксикацияси неча ой комплекс даволаниши керак	8-12ой	6 ой	8-10 ой	12-16 ой
Сурункали туберкулёз интоксикациясида Манту синамаси қандай	мусбат	манфий	гиперэргик	ўта мусбат

натижа беради				
Туберкулёз интоксикацияси кечишига қараб қандай турларга бўлинади	Эрта бошланган, сурункали	Ўткир, уткир ости, сурункали	Эрта бошланган, уткир, сурункали	Эрта бошланган, уткир, уткир ости, сурункали
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентген узгаришлар	Рентгенда узиға хос узгаришлар йук	Кўкрак кафаси лимфа безларида узгаришлар кузатилади	Ўпканинг ҳамма жойида яллиғланиш учоклари куринади	Кўкрак кафаси лимфа безлари қаттиқлашган, ўпкада яллиғланиш ўчоқлари кўринади
Сурункали туберкулёз интоксикацияси билан касалланган беморлар стационар ва санаторияларда қанча етиб даволанадилар	3-6 ой	2-3 ой	6 ойдан кам бўлмаслиги керак	1 йилдан кам бўлмаслиги керак
Туберкулёз бронхоаденитида яллиғланиш ўчоқлари қачон сўрила бошлайди	2-3 ойдан кейин	6-8 ойдан кейин	3-4 ойдан кейин	сўрилмайди
Туберкулёз бронхоаденитини текширишда қандай усул яхши натижа беради	Рентгенография	Бронхоскопия	Бронхография	Флюорография
Периферик лимфа тугунлари сили кўпрок қайси ёшда учрайди	Болаларда	Ўсмирларда	Ҳамма ёшда	Ўсмир ва ёшларда
Туберкулёз лимфаденитини қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади	Ҳамма касалликлар билан	Лимфагранулама тоз, лейкоз, мононуклеоз, грипп	Лимфагрануламатоз, лейкоз, грипп,ангина	Лимфагрануламатоз, лейкоз, лимфагрануламатоз, мононуклеоз
Туберкулёз лимфаденити патолого-анатомик жихатдан қандай турларга бўлинади	Ёпик, ярим очик, очик	Очик, ярим очик	Очик	Ярим очик, ёпик
Туберкулёз интоксикациясининг клиник кечишига қараб турлари	Эрта,сурункали	ўткир, ярим ўткир хроник	ўткир,хроник	эрта ўткир хроник
Эрта бошланган сининтоксикациясида температуранинг ўзгариши	37,1-37,5	37,0-38,5	36,5-37,0	38,5-40
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида 2 ТБ Манту синамаси қандай натижа беради	мусбат	манфий	гиперэргик	гипоэргик
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида эрта бошланган клиник белгилар	бўйнинг чуқур ва юза жағ ости, қўлтиқ ости лимфа безларининг қаттиқлашуви	температуранинг юкори кутарилиши	кўп терлаш, юкори температура, интоксикациянинг пастлиги	бўйнинг оғриши
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясининг даволаниш муддати	4-6 ой	8-12 ой	2-4 ой	12 ойдан юкори
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида	20-25 мм/с	10-15мм/с	30-40мм/с	20-35мм/с

кандай СОЭ нечагача кутарилади				
Бирламчи силнинг локал кўринишлари структурасида кўкрак ичи лимфа тугунлари неча фоизни ташкил этади	75-80 фоиз	60-70 фоиз	50-60 фоиз	15-20 фоиз
Бирламчи аффект упканинг асосан қайси соҳасида жойлашади	Ўпка ацинусида	Ўпка булагиди	Ўпка сигментида	Ўпканинг хамма соҳасида
Диссеминацияланган упка силининг келиб чиқиш сабаблари	организмнинг каршилиқ кучининг пасайиши суперинфекция, юкори вирулентли туберкулёз такчаларининг конда таркалиши, бациллемия	организм резисентлигининг ошиши	организмнинг туберкулёз токсимларига сенсбилизацияси	юкори нафас йулларида бактериал флоранинг тушиши
Диссимнацияланган упка силининг клиник кечиши	ўткир, ярим ўткир, сурункали	латент, ўткир сурункали	торпит, ўткир ярим ўткир сурункали	факат ўткир
Ўткир милиар силдан кейин кандай асорат қўп учрайди	хаммаси кузатилади	ўпка юрак етишмовчилиги	қон кетишлар	ички органлар амилоидози
Ўткир ости таркок туберкулёз кандай текширилганда қўп топилади	рентген килганда	манту синамасида	клиник белгиси аник булади	ўзгаришсиз
Милиар гематоген силнинг клиник белгилари неча кундан кейин юзага чиқади	1-3 кундан кейин	10-20 кундан кейин	1-2 ойдан кейин	3-6 ойдан кейин
Милиар гематоген силда ўпканинг қайси қисмида майда бўртмачалар пайдо булади	юкори ва ўрта қисмида	юкори қисмида	ўрта ва пастки қисмида	ўзгаришсиз
Милиар силнинг қайси формасида интоксикация белгилари юкори туради	хамма формасида	тифсимон формасида	менингиал формасида	упка формасида
Сурункали таркок силда учоклар размери нечага тенг	4-6см	12-15мм	3-5мм	4-6мм
Милиар гематоген силда неча кундан кейин рентгенда узгаришлар кузатилади	7-8 кундан	3-5 кундан	15 кундан	узгаришсиз
Сурункали таркок силдан кейин кандай асорат қолади	спонтан пневмоторакс, упкадан кон кетиш, амилоидоз, жинсий органлар сили	окма яралар контрактуралар жигар етишмовчилиги	упка-юрак етишмовчилиги, жигар етишмовчилиги	хеч кандай асорат бермайди
Таркок упка сили қайси касалликлар билан қиёсий ташхис қилинади	учокли пневмония, абцесс, саркаидоз, рак	рак, крупоз пневмония, бронхоэктаз	абцесс, рак, гангрен, пневмония	хамма касалликлар билан
Таркок упка сили неча ой даволанади	12 ой ва ундан ортиқ	20 ой	8-10 ой	2-6 ой
Сурункали таркок силини клиника белгилари	10-20 кун	1-2 хафта	1-2 ой	3-5 кун

туберкулостатик препаратларни кабул килгандан кейин йуколади				
Сурункали таркок силда перкуссияда кандай товуш эшитилади	перуктор товуш бугик	перуктор товуш кучайган	тумток перуктор товуш	узгаришсиз
Сурункали таркок силда аускултацияда кандай узгариш булади	хул ва курук хриплар	везикуляр товуш кучайган	бронхиал товуш сусайган	узгаришсиз
Милиар туберкулёз билан касалланган беморларнинг шикоятлари.	температура кутарилиши, кучли бош огриги, хамсираш йутал, балгам ташлаш холсизлик терлаш	калтираш, сасик хидли балгам ажратиш	диспепсия куюк-шиширасимон балгам ажратиш хамсираш совук котиш	юррак сохасида огрик, бош айланиши хамсираш, куз олди коронгилашуви
Милиар упка силида Манту синамасининг натижаси	манфий	гипперергик	гипоэргик	шубхалар
Уткир милиар силида аускультацияда кандай нафас эшитилади	курук ва хул хриплар	дагал товуш, курук хриплар	дагал товуш, курук хриплар плевра инкаланиш шовқини	суст везикуляр нафас
Милиар силнинг клиник белгилари неча кундан кейин юзага чикади	1-3 кундан кейин	4-6 кундан кейин	10-15 кундан кейин	20-30 кундан кейин
Диссеминацияли упка сили неча фоиз икки томонлама кузатилади	90-95 фоиз	80-85 фоиз	75-85 фоиз	70-85 фоиз
Диссеминацияли упка силига хос омиллар	Бациллия, макроорганизмнинг резистентлигининг пасайиши,	Бацелимия, бациллария	Макроорганизм резистентлиги ошиши, микроорганизм вирулентлиги пасайиши	Хаммаси тугри
Диссеминацияланган упка силининг Рентгенологик куриниши	упканинг юкори, урта ва пастки кисмларида майда икки миллиметр катталиктаги учоклар	упканинг катта кисмида майда учоклар	катта, полигонал учоклар упканинг урта ва пастки кисмида ассиметрик жойлашган	упканинг суръати ва илдизи аник
Ярим уткир диссеминацияли упка силида коннинг узгариши	уртача лейкоцитоз: лейкоцитар формула чапга силжиган: уртача СОЭ	лимфопения СОЭ-40 мм/с ошган лейкоцитоз	лейкоцитоз миелоцитлар ва метомиелоцитлар анемия тромбоцитопения	эритроцитоз ретикулоцитоз лейкопения СОЭ тезлашган
Диссеминацияланган упка сили д/диагностикаси кайси касаликлар б-н утказилади	силикоз, саркоидоз, метастатик рак билан	упка усмаси б-н ва инфилтратив туберкулёз	бронхоэктаз, крупоз пневмония	бронхиал астма, сурункали бронхит
Диссеминацияли упка силида учоклар куйидагича жойлашади	иккала томонда купрок юкори ва урта булакларида жойлашади	факат чап упкада	илдиз атрофида	булаклараро плеврода
Диссеминацияли упка сили кандай йул билан таркалади	Гемотоген, лимфоген, бронхоген	Гемотоген бронхоген	Огиз-бурун оркали	Гемотоген
Диссеминацияли упка силининг кечиш турлари	Уткир, ярим уткир, сурункали	Уткир, хроник, ярим уткир, яшин тезлигида	Уткир, яшин тезлигида	Уткир
Милиар силнинг симптомларига караб	Тифсимон, упка, менингиал	Тифсимон, менингиал	Упка, буйрак, менингиал	Упка, Менингиал

турлари				
Майда учокли диссеминацияли силда учоклар диаметри	1-2мм дан ошмайди	3-5мм дан куп	0-1мм гача	10мм дан юкори
Диссеминацияли упка силининг кандай турида упка эмфиземаси ривожланади	Сурункали турида	Уткир формасида	Хамма турида	Ўткир ости турдан кейин
Таркок упка силида учоклар куйидагича жойлашади	иккала ўпкада симметрик ва купрок упканинг юкори ва урта кисмларида	бир томонлама	илдиз атрофида	булаклараро плеврада
Милиар гематоген силда упканинг кайси кисмида майда буртмачаларбулади	юкори ва урта кисмида	хамма кисмида	юкори кисмида	ўзгаришсиз
Милиар гематоген силда тана харорати нечагача кутарилади	39-40	субфебрил	38-38,5	37-40
Милиар силнинг кайси формасида интоксикация белгилари юкори туради	хамма формасида	упка формасида	менингиал формасида	узгаришсиз булади
Милиар гематоген силда учоклар размери нечага тенг	1-2мм	2-3см	3-6см	3-6мм
Ўткир ости таркок силда учоклар размери нечага тенг	8-10мм	3-5см	2-4мм	4-5см
Диссеминацияли упка сили бирламчи касалланишни неча фоизни ташкил этади	5-9 фоиз	40-50 фоизни	2-7 фоиз	12-18 фоиз
Диссеминацияли упка силидан улим неча фоизни ташкил этади	3-10 фоиз	9-12 фоиз	15-17 фоиз	7-14 фоиз
Милиар упка силининг тифсимон кечишида тана харорати кандай кузатилади	Тулкинсимон тана харорати	Гектик тана харорати	Субфебрил тана харорати	Нормал тана харорати
Сурункали таркок силдан кейин кандай асорат колади	спонтан пневмоторакс,упк адан кон кетиш,амилоидоз, жинсий органлар сили	окма яралар контрактуралар жигар етишмовчилиги	упка-юрак етишмовчилиги,жи гар етишмовчилиги	хеч кандай асорат бермайди
Таркок упка сили кайси касалликлар билан киесий ташхис қилинади	учокли пневмония,саркаи доз,рак	абцесс,рак,гангрена,пневмония	бронхоэктаз,абцесс	хамма касалликлар билан
Ўткир милиар силида аускультацияда кандай нафас эшитилади	курук ва хул хриплар	дагал товуш, курук хриплар плевра инкаланиш товуши	суст везикуляр нафас	узгаришлар
Учокли упка силида учоклар катталиги нечага тенг	10 мм гача	10 см гача	2-8 мм	10 мм дан катта
Учокли упка силини патанатомик қуринишлари	юмшок учокли фиброз учокли	юмшок учокли,калцинат ли	фиброз учокли, цирроз учокли	учоклар кузатилмайди
Учокли упка силида субфебрил температура неча кун сакланади	20-30 кун	7-8 кун	12-13 кун	2-3 ой

Учокли упка сили кайси касалликлар билан диф-д-ка килинади	грипп,тиреотоксик оз вегетоневроз,учокли эоз-ли пневмония	рак пневмосиллар гриппи	саркоидоз,пневмония бронхиаденит	хамма касалликлар билан
Учокли упка силида субфебрил температура неча кун сакланади	1 ойгача	12-15 кун	3-8 кун	кузатилмайди
Учокли упка силида перкуссияда кандай товуш эшитилади	узгаришсиз	перкутор товуш тумток	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш бироз кискарган
Учокли упка силида аускультацияда кандай нафас эшитилади	везикуляр нафас пасайган	везикуляр нафас кучайган	везикуляр нафас каттиклашган	бронхиал нафас
Учокли упка силида кичик учоклар размери нечага тенг	1-2мм	2-6мм	8 10мм	1-2см
Учокли упка силида урта учоклар размери нечага тенг	4-7мм	5-8мм	4-8мм	6-10мм
Учокли упка силида йирик учоклар размери нечага тенг	8-10мм	1-2см	3-8мм	2-8мм
Фаол учогли упка силининг клиник белгилари	субфибрилитит уйкиннинг бузилиши холсизлик терлаш иштаха пасайиши	адинамия	субфибрилитет терлаш кон тупириш	ориклаш иштахасизлик каттик кучли йутал рангининг оқариши
Учокли упка силининг физикал белгилари	хул ва курук хар хил катталиктаги хирилаш	бронхиал нафас хул хирилаш	каттик нафас курук хирилаш ва айрим майда хул хирилашлар	крепитация курук хирилаш
Учокли упка силининг емирилиш даврида балгамдаги узгаришлар	холестерин Куршман спирали Шарколейден криталлари	эластик толалар холестерин	петрификацияга учраган толалар микобактерия узгармаган эритроцитлар	пневмакокк стафилакокклар
Учогли упка силининг инфилтратив фазасида гемограмманинг узгариши	муътадил лейкоцитоз,нейтрофилия, чапга силжиш,СОЭ-25мм.с	лейкоцитоз,нейтрофилия,лимфоцитоз	анемия,эозинофилия,лейкопения	тромбоцитопения,лейкоцитоз.
Учокли упка силида рентген узгаришлар	2-10 мм булган паст ва урта интенсивликда чегараси аник булмаган учоклар	упканинг юкори булакларида 1 см дан катта булган фокус яллигланиш	пневмосклероз турсимон упка сурати упка илдири атрофида фокус яллигланиш	упканинг урта ва пастки кисмларида майда чегараси аник таркок жойлашган учоклар
Учокли упка сили куйида касалликларни б-н фаркланади	бронхопневмония, вегетоневроз, тириотоксикоз, грипп, эозинофил пневмония	токсик фиброзли альвеолид саркоидоз селикоз упка раки	эхинококк тугма поликистоз	корин тифи молярия
Инфилтратив упка силида аускультацияда кандай нафас эшитилади	сушт везикуляр нафас	хул хриплар	курук хриплар	узгаришсиз
Инфилтратив силда перкуссияда кандай товуш эшитилади	тумток перкутор товуш	кучайган перкутор товуш	кискарган перкутор товуш	узгаришсиз
Инфилтратив силда лейкоцитлар канча кунайган	9000-12000	8000-10000	15000-20000	16000-25000
Емирилиш фаза булмаган	узгаришсиз перкутор товуш	тумток перкутор товуш	кучайган перкутор товуш	кутичасимон перкутор товуш

туберкуломаларда перкуссияда қандай товуш эшителиди				
Емирилиш фаза булмаган туберкуломада аускультацияда қандай нафас эшителиди	кучайган везикуляр нафас	сусайган везикуляр нафас	нам хриплар	узгаришсиз
Инфильтратив силда упкада қандай соя куринади	ногомоген соя	унча куюк булмаган	куп куюклашган соя	упка узгаришсиз
Солидар гемоген туберкулема неча каватдан тузилган	2 кават	3 кават	4 кават	узгаришсиз
Кават-кават солидар туберкулема неча каватдан иборат	1-кават	3-кават	2-3 кават	4-5 кават
Конгломерентли туберкуломадаги учоклар қандай кобик билан ураш	умумий кобик	юмшок кобик	юпка кобик	хеч қандай кобиксиз
Конгломерентли туберкулема қандай тузилишга эга	гадир-будур	умумий	махаллий	кобиксиз
Инфильтратив пневмоник туберкуломада қандай учоклар учрайди	гемоген	полициклин	фокусли	хеч қандай учок
Инфильтратив пневмоник туберкуломада қандай яллигланиш кузатилади	экссудатив яллигланиш кузатилмайди	инфильтратив яллигланиш	экссудатив яллигланиш кузатилади	узгаришсиз
Туберкулёз микробактериялари туберкуломада балгамда қандай топилади	умуман топилмайди	жуда кам	жуда куп	доимий
Туберкуломада туберкулин синамаси қандай натижа беради	гиперэргик	манфий	шубхали	узгаришсиз
Рентгенда туберкуломаларда калцинацияланган учоклар қандай курилади	гемоген соя куринади	бир текис куринади	бир текис курилмайди	узгаришсиз
Туберкуломада клиник белгилар қандай ривожланган	ривожланмаган	кучли ривожланган	кам ривожланган	доимий ривожланган
Туберкуломалар қайси пайтда куп топилади	профилактик курикда	рентгенда	манту синамасида	топилмайди
Туберкуломани диаметри қанча бўлади	1 см дан катта	10 мм гача	10 см дан катта	8-10 мм гача
Псевдо туберкулема неча каватдан иборат	3-кават	2-кават	1-кават	4-кават
Туберкуломалар кон-томир билан қандай таъминланган	емон таъминланган	жуда емон таъминланган	яхши таъминланган	узгаришсиз
Туберкуломалар микроскопда курилганда қандай микробактериялар аникланади	вирулент	анотоген	ўлдирилган	эластик
Инфильтратив упка силида аускультацияда қандай нафас эшителиди	сух везикуляр нафас	хул хриплар	курук хриплар	узгаришсиз
Инфильтратив силда	бугик перкутор	кискарган	кутичасимон	узгаришсиз

зарарланган перкуссияда қандай товуш эшитилади	товуш	перкутор товуш	товуш	
Инфильтратив силда лейкоцитлар канча қупайган	9000-12000	8000-10000	15000-20000	16000-25000
Инфильтратив силда упкада қандай соя қуринади	ногемоген соя	куп куюклашган соя	хиралашган соя	упка узгаришсиз
Солитар гемоген туберкулема неча қаватдан тузилган	2 қават	3 қават	4 қават	узгаришсиз
Инфильтратларнинг рентгенологик турлари	Булутсимон, юмалок, лобит, сегментит , перцистланган	Булутсимон, юмалок, айлана	Юмалок, перцистланган, лобит	лобит, сегментит , перцистланган
Қайси инфильтрат тури куп холларда улимга сабаб бўлади	Лобит	Булутсимон	Сегментит	Персистланган
Туберкуломада туберкулин синамаси қандай натижа беради	гиперэргик	манфий	шубхали	узгаришсиз
Туберкуломада клиник белгилар қандай ривожланган	ривожланмаган	кучли ривожланган	3-4 кун ривожланган	доимий ривожланган
Туберкуломалар қайси пайтда куп топилади	профилактик курикда	рентгенда	манту синамасида	топилмайди
Қанақа турдаги инфильтратнинг кечиши ва натижаси оғир ҳисобланади	казеоз пневмония	айлана инфильтрат	перициссурит	хаммаси
Инфильтратли упка сили купрок қуйдаги сегментларга учрайди	I-II-VI-сигментда	VIII-IX-X сигментларга	III-сигментда	XI-сигментда
Инфильтративли упка сили қуйдаги касалликлар б-н фаркланади	уткир абцесс пневмония парчаланаетган упка раки	аденоматоз упка раки	эхинакокк вегитоневроз эозинофил пневмония	экзоген аллергик альвеолид
Инфильтратив упка силининг клиник белгилари	Орикляниш, адина мия, йутал, куп терлаш, субфебрил температура, хул курук хирлашлар	Бош огрик кунгил айниш қусиш иштаха пастлиги коринда огрик тилнинг қуриши	Юз ва лаблар шиши бармоқлар барабан таекчаларигидек тирноқлар ялтирок цианоз	Тез чарчаш нафас етишмаслиги упканинг хамма соҳасида курук хирлашлар
Булутсимон инфильтратнинг рентгенологик қуриниши	1-5 см даги фокус яллигланиш контри аник булмаган упка илдизи томон йуналган	Ўпка илдизи олдида аник чегарани гомоген айланасимон дог соя	Бир неча сигментни эгаллаган ноаник чегарали парчаланиш белгилари	Каверналар ва таркалиш белгилари қуринади
Силнинг қайси клиник формаларида упка туберкуломалари ҳосил бўлади	Учокли упка силида инфильтратив упка силида	упка циррози фиброз ковернозли упка силида	туберкулёз интоксикацияси туберкулёз плевритида	бронхоаденит ва учокли пневмония
Упка туберкуломалари купрок қуйдаги сигментларда учрайди	1-2-6-сигментда	факат 10-сигментда	8-9-10-сигментда	факат-11-сигментда
Ўпка туберкуломасининг рентгенда қуриниши қуйдагича	1-2-6-сигментларда овал айланасимон фокус дог упка илдизида петрификатлар	3-5-сигментда ноксимон ноаник чегарали суюқлик сатҳи қуринадиган фокус	упка илдизи инфилтрацияси апневматоз ателектаз белгиси аник дог қуринади	хамма жавоб тугри
Упка	Солитар солитар	Эпителиоидли	Ёлгон	Айланасимон

туберкуломасининг анатомик типлари	каватма-кават конгломератли инфилтратив пневмоник сохта	каватма кават	туберкуломаконгломерантли,кават-кават	овал
Канака турдаги инфилтрат кечиши ва натижаси огир хисобланади	казеоз пневмония	айлана,овал инфилтрат	перициссурит	хаммаси
Инфилтратив упка сили учун куйидагилар хос эмас	киска вакт ичида тез согайиш	уткир бошланиш юкори температура	емирилиш ва таркалиш	кондаги уткир узгаришлар
Инфилтратли упка силинининг характеристикаси	1см дан катта булган ногомоген корайиш	1см дан катта халкасимон хосила	5смли айланасимон хосила	янги ва эски учоклар атрофида перифокал яллигланиш
Туберкулома купрок кайси упка касалликлари билан киесий ташхис килинади	Упка раки, эхинококк, упка кистаси, инфилтратив упка сили	Упка раки, эхинококк, инфилтратив туберкулёз, бронхит, пневмония	Учокли туберкулёз, инфилтратив туберкулёз, бронхит, киста	Упканинг хамма касалликлари билан
Инфилтратив туберкулёз уткир кечганда кондаги узгаришлар	ЭЧТ 30-400мм/с, лейкоцитоз	Нейтрофиллар купайган, лимфоцитлар камайган, ЭЧТ кучайган	Конда узгаришлар кузатилмайди	Нейтрофиллар, лимфоцитлар камайган, ЭЧТ кучайган
Инфилтратив упка сили диагностикасида асосий яқунловчи текшириш усули	Рентгенография	Бронхоскопия	Бронхография	Анамнез
Инфилтратив упка силига куйидагилар хос эмас	киска вакт ичида тез согайиш	уткир бошланиш,юкор и температура	хул ва курук хириллашлар	емирилиш ва таркалиш
Инфилтратив пневмоник учоклар атрофида кандай нафас эшитилади	нам хриплар	бронхиал	везикуляр	везико-бронхиал
Кавернозли упка сили хосил булиши куйидагича бўлади	кечиктириб аникланган хисобланади	уз вақтида аникланган хисобланади	барвакт аникланган хисобланади	аниклай олмайман
Кавернали туберкулёз кайси туберкулёз формасидан келиб чиқади	учокли,инфилтратив таркок туберкулёз	бирламчи туберкулёз комплекси бронходенит,учо кли, инфилтратив туберкулёз	циррозли инфилтративдан кейин	уз-уздан пайдо бўлади
Каверна девори неча каватдан иборат	3 кават	4 кават	1 кават	5 кават
Кенг дренаж килувчи бронхи булган катта ковак устида кандай нафас эшитилади	бронхиал, хул хириллашлар	бронхиал	везикуляр,курук хириллашлар	хул ва курук хириллашлар
Каверна девори кандай каватлардан тузилган	фиброзли ташки кават, грануляцион ва Пирагов-Лангхас хужайралари, некрозли кават	эпителиоид,грануляцион кават	фиброз,грануляцион,коллаген толалар кават	грануляцион коллаген агрофил кават
Каверна атрофида упка туқимасида кандай узгаришлар кузатилади	некроз	казеоз	склероз	узгаришсиз
Ковакларнинг хосил булиши канчагача	4-8 ой	12-16 ой	2 ойгача	10-14 ойгача

давом этади				
Кавернанинг урта кавати қандай тузилишга эга	грануляцион кават	эпителиоид кават	некроз кават	коллоген кават
Спонтан пневмоторакснинг клиник белгилари.	бирданига тутканоксимон кучли огрик, курук йутал, хансираш, со вук тер босиш	сикладиган кучли огрик нафас етишмаслик холсизлик	тутканоксимон кучли огрик, бош айланиш, қусиш, кон босимнинг пасайиши	кон босимнинг пасайиши, бош айланиш
Кон кетиш нима	Суткасига 100млгача кон кетиш	Суткасига 50млгача кон кетиш	Суткасига 100млдан куп кон кетиш	Доимий кон кетиш
Штампланган кавернанинг асосий белгилари	юпка деворли, фиброз капсуласиз учоклар инфилтратлар орасида жойлашган	девори икки уч миллиметр булган, яллигланган упкада жойлашган каверна	калин деворли, овал еки ноксимон ковак, мажнунтол белгиси ва бронхоген таркалиш	яллигланган упкада суюклик сатхи куринадиган ковак
Упка силининг қайси формаси фиброз-каверноз упка силига олиб келмайди	циррозли упка сили	учокли упка сили	кавакли упка сили	инфильтратив упка сили
Ковернозли туберкулёз қайси клиник турлардан купрок шаклланади	инфильтратли туберкулёз, дисеминацияланган туберкулёз ва упка туберкуломаларида	фиброз коверноз ва цирротик упка силида	болалар ва усмирларда туберкулёз интоксикацияси ва плевритда	туберкулёз плевритида, учокли туберкулёз
Коверналарнинг ҳосил бўлиш сабаби	монотерапия микробларнинг чидамлилиги ошса уз вақтида аниқланмаган даволанилмаган ва киска муддатли даволашда	уз вақтида комплекс комбинацияли даволашда	хаммаси тугри	плевра варакалари калинлашган
Кавернанинг ретгенологик қуриниши	3-4 см юпка деворли айланасимон бушлик 1-2-6 сегментда жойлашади майда учоклар	плевранинг варакаларининг калинлашуви	яллигланган томонга упка илдизининг ва суратининг тортилиши кукс оралиги	упка хажми кичрайган ковурагалар ораси торайган
Фиброз ковернозли упка сили рентгенда қуйидагича қуринади	калин деворли халкасимон ноксимон ва бошка формали бушлик атрофида майда	диафрагма кутарилган упка хажм кичрайган кукс оралиги аъзолари касал томонга	3-4 см юпка деворли айланасимон бушлик	плевра варакалари калинлашган
Фиброз коверноз упка силида коннинг узгариши	нейтрофил лейкоцитоз моноцитоз СОЭ уртача	тромбоцитопени я лейкоцитоз	эозинофилия лимфацитоз паст СОЭ	анемия
Фиброз каверноз упка силида балғамдаги узгаришлар	Эрлих туртлиги	Куршман спирали Шарколейден кристали эозинофиллар	стафилакокк стрептококк эритроцитлар	лейкоцитлар
Habitus phtizicus қуйидагича бўлади	тери ранги оқарган ингичка узун буйинли ясси курак кафаси туш учбурчаги кичик	юзи ориклаб сарғиш тус олган тил лаблар кони кочган	оёқ-қулларида шиш қорни катталашган ранги сарғиш	терисининг куруклиги юкори булган тирнок ва сочларнинг тез

				синиши
Кон тупириш нима	1 суткада балгам б-н 50 ммл гача кон тупириш	балгамсиз тупикда узгармаган холда кон тупириш	суткада 100 мл кон балгам б-н тупириш	суткада 250 мл кон тупириш
Кон тупиришнинг сабабалари	гипо-а витаминоз нервнопсихик травма чарчаш кон томирлари утказувчанлиги ошиши	тукималарнинг ацетози иммуннобиологи к холатнинг узгариши	организмнинг резистентлини ошиши	каверно деворининг хужайраларини нг пролеферацияси эпителиоид тукиманинг ушиши
Упка силининг кайси кл формаси фиброз-каверноз упка силига олиб келмайди	циррозли упка сили	учогли упка сили, туберкулом а	каверноз упка сили	инфильтратив упка сили
Каверноз упка сили кандай туберкулёз хисобланади	кечиктириб аникланган хисобланади	уз вақтида аникланган туберкулёз хисобланади	барвакт аникланган туберкулёз хисобланади	билмайман
Кавернозли силни кайси касалликлар билан киесий ташхис қилинади	Эхинококк, киста, усма	Киста, пневмония, бронхит	Пневмония, киста, бронхит, бронхоэкт аз	Хамма касалликлар билан
Фиброз-кавернозли упка силни кайси касалликлар билан киесий ташхис қилинади	Бронхоэктатик касалликлар, упка раки, пневмосклероз	Рак, киста, пневмония	Бронхоэктатик касаллик, киста, пневмония, бронхит	Упканинг хамма касалликлари билан
Кавернанинг ташки кавати кандай тузилишга эга	калин фиброз кават	грануляцион кават	юпка фиброз кават	казеозли кават
Кавернанинг ички кавати кандай тузилишга эга	казеоз-некрозли кават	фиброз кават	склерозли кават	грануляцион кават
Кавернали силда балгам кандай ажралади	кам ажралади	куп микдорда кон аралаш	куп микдорда балгамни узи	йуталсиз балгам ажралади
Кавернали силда перкуссияда кандай узгаришлар кузатилади	перкутор товуш тумток	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	узгаришсиз
Кавернали силда аускультацияда кандай нафас эшитилади	сушт везикуляр нафас курук хрип	везикуляр нафас, хул хриплар	нам ва курук хриплар	узгаришсиз
Кавернали туберкулёз купинча упканинг кайси қисмида учрайди	упканинг юкори қисмида	упканинг пастки қисмида	упканинг урта қисмида	упканинг урта ва пастки қисмида
Кавернали силда каверна девори нечага тенг	6-8 мм	2-4 мм	1-2 см	5-10 мм
Фиброз кавернозли туберкулёз эпидемиологик жихатдан кандай хисобланади	энг хавфли тури	хавфли тури	кам хавфли тури	яхши тури
Фиброз-кавернозли туберкулёз кайси туберкулёз формасидан кейин келиб чиқади	таркок, инфильтратив, учокли туберкулёз	кавокли туберкулома, циррозли туберкулёз	бронхоаденит, учокли таркок силидан	хамма туберкулёз туридан кейин
Фиброз-кавернозли туберкулёз энг куп кайси туберкулёз формасидан кейин келиб чиқади	инфильтратив туберкулёз	учокли туберкулёз	ковокли туберкулёз	плевра сили
"Хабитус фтизикас" кайси туберкулёз	фиброз-кавернозли силга	кавернозли силга	инфильтратив силга	циррозли силга

формасига хос				
Фиброз кавернозли силда каверна атрофини кандай тукима эгаллайди	фиброз тукима	коллоген тукима	грамулацион тукима	узгаришсиз
Кон тупуриш энг куп кайси туберкулёз формасига хос	фиброз-кавернозли силга	инфильтратив силга	таркок силга	кавернали силга
Фиброз-кавернозли силда перкуссияда кандай товуш эшитилади	перкутор товуш тумтоклашган	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
Фиброз каверноз силида аускультацияда упкада кандай нафас эшитилади	суст везикуляр нафас,хул ва курук хриплар	суст везикуляр нафас	кучайган везикуляр нафас	узгаришсиз
Аускултацияда силлик деворли каверна устида кандай нафас эшитилади	амфорик нафас,нам хиррилаш	бронхиал товуш курук хиррилаш	везикуляр товуш	бронхиал товуш
Кенг дренаж килувчи бронхлари булган катта ковак устида кандай нафас эшитилади	бронхиал, хул хиррилашлар	бронхиал	везикуляр,курук хиррилашлар	хул ва курук хриллашлар
Инфильтратив пневмоник учоклар атрофида кандай нафас эшитилади	везикуляр	бронхиал	везико-бронхиал	нам хриплар
Кавернанинг ташки кавати кндай тузилишга эга	юпка фиброз кават	калин фиброз кават	склеретик кават	казеозли кават
Кавернанинг ички кавати кандай тузилишга эга	казеоз-некрозли кават	фиброз кават	коллоген кават	гранулацион кават
Кавернали силда балгам кандай ажралади	кам ажралади	куп микдорда кон аралаш	умуман ажралмайди	йуталсиз балгам ажралади
Кавернали силда перкуссияда кандай узгаришлар кузатилади	перкутор товуш тумток	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	узгаришсиз
Кавернали силда аускультацияда кандай нафас эшитилади	суст везикуляр нафас курук хрип	везикуляр нафас,хул хриплар	нам ва курук хриплар	узгаришсиз
Фиброз каверноз силида плевра варакларида кандай узгариш кузатилади плевра вараклари юпкалашаган	плевра вараклари калинлашган	плевра вараклари узгаришсиз	плевра вараклари некрозга учраган	плевра вараклари казеозга учраган
Фиброз каверноз силида ковак кандай тузилишга эга.	айлана тузилишга	юмшок тузилишга	нотугри тузилишга	узгариш тузилишга
Фиброз кавернозли силда микробактерия балгамда кандай учрайди	куп микдорда	кам микдорда	учрамайди	узгаришсиз
Фиброз кавернозли силда конда лейкоцитлар нечага тенг	12000-15000	10000-12000	15000-20000	25000-30000
Фиброз каверноз силига иккиламчи инфекция тушганда тез кандай асорат беради	казеоз пневмония	упка юрак етишмовчилиги	куп кон кетишлар	амилоидоз
Фиброз каверноз силидан кейин аста-секин кандай асорат келиб чиқади	упка-юрак етишмовчилиги	кон кетиш	амилоидоз	спонтан пневмоторакс
Фиброз-каверноз упка	упка	инфильтратив,та	рак,	грипп,

силини кайси касалликлар билан д/диагностика килинади	раки, бронхоэктроз, пневмосклероз	ркок циррозли туберкулёз	пневмосклероз, учокли туберкулёз	эхинокок, рак
Фиброз-кавернозли силда перкуссияда қандай товуш эшитилади	перкутор товуш тумтоклашган	перкутор товуш кискарган	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
Упка циррози купинча силнинг қайси формасидан кейин келиб чиқади	фиброз-каверноз ва сурункали таркок силдан кейин	фиброз каверноз ва мимиар таркок силдан	сурункали таркок туберкулёз ва инфильтратив силдан кейин	силнинг ҳамма формаларидан кейин
Упканинг циррозли силида 1-чи қуринадиган клиник белгилар	нафас қисишидан, юрак тез уришидан	кон тупуришдан	кучли йутал билан балгам, кон тупуришдан	ҳеч нарса безовта қилмайди
Упка циррозиди перкуссияда қандай товуш эшитилади.	тумток перкутор товуш	кучайган перкутор товуш	куттичасимон товуш	ҳеч қандай товуш эшитилмайди
Упка циррозиди зарарланган соҳада аускультацияда қандай товуш эшитилади.	везикобронхиал нафас	кучайган везикуляр нафас	сусайган бронхиал нафас	хул хириплар
Кон тупуриш нима	бир суткада балгам билан 50 млгача микдорда кон тупуриш	балгамсиз тупукда узгармаган холда кон тупуриш	бир кунда 150 млгача кон тупуриш	суткада 250 млгача кон балгам билан тупуриш
Кон тупуришнинг сабаблари	гипо, авитаминоз, нерв-психик травмалар, физикавий кучли чарчаш, кон томирлар резистентлигининг ошиши	тукималарнинг ацидозиди. иммунобиологик ҳолатнинг узгариши	каверна девори хужайраларининг пролиферацияси, эпителиоид тукиманинг усиши	упка кон томирларининг ерилиши, кон юосимининг ошиши
Циррозли упка сили купрок вақтда қузади	узок-доимий даволанганда	тулик даволанмаганда	1 та АБ препарати қабул қилганда	уз-уздан қузади
Циррозли силда энг кучайган клиник белги	нафас қисиши	кон кетиш	кукрак қафасида кучли огрик	узгаришсиз
Циррозли силда бемор кон тупурса ахволининг узгариши	асфикасия беради	ахволи узгармайди	ахволи емонлашади	упка-юрак етишмовчилиги ни беради
Циррозли силда кукрак қафаси тузилиши	деформацияга учраган	цилиндрик	бочкасимон	гиперстеник
Циррозли силда перкуссияларда қанда товуш эшитилади	перкутор товуш тумток	перкутор товуш аник	перкутор товуш кучайган	перкутор товуш узгаришсиз
Циррозли упка силида аускультацияда зарарланган соҳада қандай товуш эшитилади	везика-бронхиал нафас	амфорик нафас	хул-курук хриплар	узгаришсиз
Циррозли силда упканинг соғ қисмида қандай товуш эшитилади	кучайган везикуляр нафас	сусайган везикуляр нафас	хул хриплар	узгаришсиз
Циррозли силда куп беморлар балгамида микробактерияни қандай ажратадилар	ажратмайдилар	куп ажратадилар	кам ажратадилар	узгаришсиз
Циррозли силда зарарланган соҳада рентгенда қандай соя қуринади	гемоген қуюк соя	хиралашган соя	юмалок соя	узгаришсиз

Циррозли силда упканинг соғ қисмида қандай узғариш кузатилади	деформацияга учраган	узғаришсиз	упка катталашган	упкада шу сохада суюқлик йигилган
Циррозли упка сили куп қайси туберкулёз формаларидан кейин келиб чиқади	фиброз каверноз хр-к таркок туберкулёз	фиброз каверноз,инфильтратив	фиброз каверноз учокли туберкулёз	плевра силидан кейин
Циррозли упка сили кам холларда қайси туберкулёз формасидан кейин келиб чиқади	милиар гемотоген туберкулёз	фиброз-каверноз,учокли туберкулёз	инфильтратив,плевра сили	сурункали таркок силдан
Циррозли упка сили упканинг қайси қисмида куп жойлашган	унг упка юкори қисмида	унг упка пастки қисмида	унг упка урта қисмида	чап упка юкори қисмида
Циррозли упка сили куп қайси туберкулёз формаларидан кейин келиб чиқади	фиброз каверноз хр-к таркок туберкулёз	фиброз каверноз,инфильтратив	фиброз каверноз учокли туберкулёз	плевра силидан кейин
Циррозли упка сили упканинг қайси қисмида куп жойлашган	унг упка юкори қисмида	унг упка пастки қисмида	унг упка урта қисмида	чап упка юкори қисмида
Циррозли упка сили купрок вақтда кузатилади	узок-доимий даволанганда	тулик даволанмаганда	1 та АБ препарати қабул қилганда	уз-уздан кузатилади
Циррозли силда энг қучайган клиник белги	нафас қисиши	кон кетиш	кукрак қафасида қучли огрик	узғаришсиз
Циррозли силда бемор кон тукурс ахволининг узғариши	асфикасия беради	ахволи узгармайди	ахволи емонлашади	упка-юрак етишмовчилиги ни беради
Кон туқуриш энг куп қайси туберкулёз формасига хос	фиброз-кавернозли силга	инфильтратив силга	таркок силга	кавернали силга
Циррозли силда перкуссияларда қандай товуш эшитилади	перкутор товуш қисқарган	перкутор товуш тумток	перкутор товуш қучайган	перкутор товуш узғаришсиз
Циррозли упка сили аускультацияда зарарланган сохада қандай нафас эшитилади	везика-бронхиал нафас	амфорик нафас	хул-қурук хриплар	узғаришсиз
Фиброз каверноз силида плевра варақларида қандай узғариш кузатилади	плевра варақлари қалинлашган	плевра варақлари юпкалашаган	плевра варақлари ярага учраган	плевра варақлари некрозга учраган
Фиброз каверноз силида ковак қандай тузилишга эга	айлана тузилишга	юмшок тузилишга	нотугри тузилишга	узғариш тузилишга
Фиброз кавернозли силда микробактерия балғамда қандай учрайди	куп микдорда	кам микдорда	учрамайди	узғаришсиз
Фиброз-каверноз упка силини қайси қасалликлар билан диф.диагностика қилинади	упка раки,бронхоэктоз, пневмосклероз	инфильтратив,таркок циррозли туберкулёз	рак, пневмосклероз, учокли туберкулёз	грипп, эхинокок,рак
Кавернали туберкулёз қайси туберкулёз процесидан келиб чиқади	учокли,инфильтратив таркок туберкулёз	бирламчи туберкулёз комплекси бронходенит,учокли, инфильтратив туберкулёз	циррозли инфильтративдан кейин	уз-уздан пайдо бўлади
Каверна девори неча	3 қават	4 қават	1 қават	5 қават

каватдан иборат				
Каверна девори кандай каватлардан тузилган	фиброзли ташки кават, грануляцион, некрозли кават	эпителиоид,грануляцион кават	фиброз,грануляцион,коллаген толалар кават	грануляцион коллаген агрофил кават
Каверна аτροφидида упка тукумасида кандай узгаришлар кузатилади	некроз	казеоз	склероз	узгаришсиз
Ковакларнинг ҳосил булиши канчагача давом этади	4-8 ой	12-16 ой	2 ойгача	4 йилгача
Кавернасининг урта кавати кандай тузилишга эга	грануляцион кават	эпителиоид кават	некроз кават	коллоген кават
DOTS дастури бўйича 2-тоифа беморлар интенсив ва қувватловчи давои канча вақт қабул қилади	Интенсив 3 ой , қувватловчи 5 ой	Интенсив 2 ой,қувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, қувватловчи 4 ой	интенсив 2ой, қувватловчи 4 ой
Силни даволашнинг умумий принциплари	комплекс,комбинацияли,давоий,оптимал дозада-АБП-б-н,патогенетик,симптоматик даволар	витаминлар,антибиотиклар,гармонотерапия	стрептомицин,гармонотерапия	физиотерапевтик муолажалар,биостимуляторлар
АБП-эффектли таъсири бўйича қуйидагича гуруҳланади	1-изониазид,рифампицин,2-стрептомицин,этамбутол ва ҳк,3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид;3-стрептомицин,бенемидин	1-гурҳ-стрептомицин,ПАСК, 2-беремидин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бенепаск,2-тибон,канамидин,3-тубазид,этамбутол
Упка силини даволашда канча жаррохлик усулларида фойдаланилади	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	факат радикал операциялар	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
Радикал операцияга қуйидаги жаррохлик муолажалари қиради	пульмонэктомия,лобэктомия,сегментэктомия	торакопластика	кавернотомия,торакопластика	плеврэктомия,декорткация
Палиатив операция услуга қуйидагилар қиради	кавернотомия,торакопластика	пульмонэктомия, декорткация	лобэктомия,бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика
Тиклантирувчи операцияларга қуйидагилар қиради	декорткация,плеврэктомия,бронхиал окмаларни тикиш	торакопластика, кавернотомия	пульмонэктомия,лобэктомия	торакопластика, декорткация
Спонтан пневмотораксининг клиник белгилари	курак кафасида кучли оғрик,хансираш,бош айланиши,курак йутал,совук тер босиши	чап томонда кучли оғрик,кул,жагга берилиши,кучли кузгалиш,нафас етишмаслиги	кунгил айланиш,кусиш,холсизлик,КБ-пасайиши	хаммаси тугри
Спонтан пневмотораксининг рентген қуриниши	перикостал чузик бушлик упка тукумаси сиқилган соғ томонга силжиган	3-4смли юпка деворли ковак,атрофида майда учоклар	перифокал яллигланиш,суюқлик сатхи қуринадиган бушлик	диафрагма кутарилган,упка хажми кичрайган
Изониазид таблетка холида канча дозаларда чиқарилади	0,1; ва 0,3 гр	0,1;0,2;0,3; мг дан	0,01 мг ва 0,3 мг	0,1; 0,3; 0,5 дан
Изониазидни максимал қондаги концентрацияси неча соат сакланади	8-10 соат	1-3 соат	2-6 соат	20-24 соат
Изониазид гемотознефалит	енгил утади%	кийинчилик билан утади	ута олмайди	хаммаси тугри

барьердан кандай утади				
Изониазид кандай таъмли модда	аччик	ширин	нордон	тамсиз
Изониазид сувда кандай эрийди	секин эрийди	умуман эрмайди	кийинчилик билан эрийди	тез эрийди
Изониазид неча фоиздан эритма холида чиқади	2;5;10 фоизли	2;3;5;10 фоизли	1;2;3;5 фоизли	5;10 фоиз
Стрептомицинни суткалик дозаси канчани ташкил қилади	15-20 мг/кг	5-10 мг/кг	2-4 мг/кг	0,3-0,8 мг/кг
Изониазидни катталар учун суткалик дозаси	4-6 мг/кг	3-5 мг/кг	15-30 мг/кг	40-50 мг/кг
Туберкулёз менингитида орқа мия суюқлиги таркиби қуйидагича ўзгаради	оксил-6-30г/л цитоз 100-150,канд ва хлоридлар камайган, НОННЕ-Апельт реакция мусбат	оксил-03-3г/л цитоз-1.5 канд микдори 04-05г/л хлоридлар-7,6	оксил-30-40г/л, цитоз-1000 канд , хлоридлар қисман камайган	оксил-1,5-3,0г/л,цитоз-1000,канд купайган,хлоридлар камайган,Нонне-Апельт реакцияси мусбат фибрин плёнка чуқади
Экссудатив плевритга хос физикавий белгилар	тумток товуш, пасайган везикуляр нафас,плевра ишқаланиш шовкини	Амфорик нафас кутисимон товуш таркок хул ва курук хириллаш	тимпанит бронхиал нафас курук хириллаш эшитилади	везикуляр нафас хириллаш йук
Фибриноз плевритнинг клиник белгилари	кукрак кафасида огрик хансираш курук йутал субфебрил температура	гектик тана харорати кукрак кафасида огрик хидли балгамли йутал	кукрак кафасида бирдан кучли огрик хансираш цыаноз тери ости ва буйин эмфиземаси	уткир тутканокли кучли огрик кукрак кафасида,чап томонда,елка кулга
Фибриноз плевритнинг физикавий белгилари ва симптомлари	тумтоқлик,пасайган н везикуляр нафас,плевра варакаларининг ишқаланиши	Тумтоқлик,пасайган н везикуляр нафас	бронхиал нафас тумтоқлик,хул хириллашлар	амфорик нафас,кутисимон н товуш,таркок хул ва курук хириллашлар
Фибриноз плевритда гемограмманинг ўзгариши,	уртача лейкоцитоз,нейтро филлез,таёкча ядроли нейтрофиллар чапга силжиши СОЭ-баланд	усиб борадиган анемия,юкори СОЭ	лейкопения,лимфо цитоз,юкори СОЭ	эритроцитоз,лейко пения,юкори -СОЭ
Плевра сили сининг канака тури хисобланади	Клиник тури	сурункали тури	уткир тури	яширин тури
Туберкулёз плевритида плевра бушлигида кандай процесс юз беради	плевра бушлигида суюқлик йигилиб яллигланиш юз беради	плевра бушлигида суюқлик йигилади	плевра бушлигида яллигланиш юз беради	ўзгаришсиз
Туберкулёз плевритининг қайси тури қўп ўчрайди	костодиафрагмал	диафрагмал	медиостемоал	интерлабар
Туберкулёз плеврити упка синининг неча фоизини ташкил этади	3-6 фоиз	10-15 фоиз	20-25 фоиз	50 фоиз
Туберкулёз плеврити қайси йул билан қўп тарқалади	лимфо-гемотоген	гемотоген	бронхоген	алиментар
Плевра сили қайси ешда қўп ўчрайди	урта ешларда	кариларда	болалар ва усмирларда	хамма ешда

Плевра силининг кайси тури куп учрайди	экссудатив	геморогик	йирингли	фибринозли
Эозиофилли плеврит неча фоизни ташкил килади	10-15 фоиз	15-20 фоиз	30-40 фоиз	100 фоиз
Нейтрофилли плеврит неча фоизни ташкил килади	1-5 фоиз	8-10 фоиз	20 фоиз	18-30 фоиз
Экссудатив плевритда плевра деворида қандай узгаришлар кузатилади	Туберкулёз буртмачалари	кушувчи тукима копланган	фибрин толалари копланган	узгариш кузатилмайди
Экссудатив плевритда тана ҳарорати нечага тенг бўлади	37,0-38,0	37,1-37,65	38,0-38,3	нормада
Фибринозли плеврит купрок упканинг қайси қисмида жойлашади	апикал	костал	диафрегал	аралаш
Экссудатив туберкулёз плевритида плевра бушлигида қандай суюқлик куп йиғилади	сероз-экссудатив	сероз	йирингли	аралаш
Қайси плевритни курук плеврит дейилади?	фибринозли	сероз	сероз-фибриноз	геморогик
Фибринозли плевритни қайси қовурга оралигидан пункция қилинади	2-3 қовурга олд томондан	7-8 қовурга орқа томондан	7-8 қовурга олд томондан	ҳамма қовурга оралигидан
Фибринозли плевритда рентгенда қандай узгариш қуринади	фибрин толалари қатлам бўлиб қуринади	суюқлик қуринади	органлар соғ толада сурилган	узгаришсиз
Ҳужайра таркибига қура қанақа плевритлар қузатилади	лимфацилли, эозимифилли , нейтрофилли	лимфоцитли,мон оцитли	эозимифилли, моноцитли, лейкоцитли	ҳамма тури учрайди
Нейтрофилли плевритдан кейин қандай плеврит юз беради	сероз йирингли	сероз геморогин	сероз-фибринозли	фибриноз йирингли
Фибриноз плевритда рентген суратдаги узгаришлар қуйидагича	костадиафрагмал соҳада юқори чегараси қиялашган доғ	тиниклиги пасайган,плевра қалинлашган,бул ақлараро шварта,чизиксим он доғлар	чегараси ноаник,ногомоген доғ,диафрагма қутарилган,қукс аъзолари доғ томон силжиган	упканинг пастки қисмида суюқлик сатҳи
Экссудатив плевритда рентгнологик узгаришлар қуйидагича	костодиафрагмал соҳада юқори чегараси қиялашган интенсив доғ, диафрагманинг паст тушиши	чегараси ноаник,ногомоген доғ,қукс оралиги аъзолари доғ томон силжиган диафрагма қутарилган	упқада ен томонлама қурик бушлик қуринади	сегментар бронх йуналишида ноаник чегарали доғ ва ундаги суюқлик сатҳи
Трансудатнинг биохимиявий таркиби	тиник,сарғиш-ок рангли,хидсиз,сол. ог-1,015дан паст,оксил-30гл дан паст Ривальт манфий	тиник,сарик- кизғиш рангли,қуюқ,чир инди хидли,оксил-30гл,Ривальт реакцияси мусбат	ранги тиник булмаган,хидсиз,ок сил-35гл,Ривальт р-яси мусбат,лейкоцитлар	атипик ҳужайрали,қуюқ ,қизил рангли суюқлик
Туберкулёз плевритида экссудатнинг биохимиявий таркиби қуйидагича	тиник,хидсиз,оксил-0,30гл,Ривальт- мусбат,Кох- таекчалари	атипик ҳужайралар, қуюқ, қизил рангли суюқлик	қуюқ-сарғиш суюқлик, оксил-35гл,сол ог-ги-1,045, Ривальт р- яси мусбат	сарик,қуюқ суюқлик, чиринди хидли суюқлик, оксил-45гл, лейкоцитлар

Экссудатив плевритда энг ривожланган симптом	хансираш симптоми	тана хароратининг кутарилиши	юзаки нафас симптоми	узгаришсиз
Экссудатив плевритнинг бошланиш даврида аускултацияда кандай нафас эшитилади	сусайган везикуляр нафас	хул хириплар эшитилади	плевранинг ишкаланиш шовкини	узгаришсиз
Экссудатив плевритда Эллис-Домузоа Соколов эгри чизигида	перуктор товуш тумтокланган	перкуссияда кандай товуш эшитилади	перкутор товуш кучайган	перуктор товуш пасайган
Экссудатив плевритда юрак томондан кандай узгаришлар кузатилади	тахикардия	юрак тонлари аник	юрак тонлари бугик	узгаришсиз
Экссудатив плевритда суюклик тупланган сайин кандай нафас товуш эшитилади	везикуляр нафас сусайган	майда пуфаккли хул хриплар	курук хриплар	узгаришсиз
Экссудатив плевритни патогенетик куринишлар	аллергик,перифок ал,плевра сили	перифокал экссудатив	экссудатив,фибрин озли,йирингли	экссудатив аллергия,плевра сили
Экссудатив плевритни ташки куринишда асосий текшириш усули	рентгеноскопия	пункцион	томография	бронхоскопия
Аллергик плевритда юрак томондан канака узгаришлар кузатилади	тахикардия	юрак тонлари бугик	брадикардия	хамма симптомлар юзага чиккан
Аллергик плевритда тана харорати кандай узгаради?	гектик яъни 41,0-42,0	нормада	субфебрил 37,0-37,8	узгаришсиз
Перфокал плевритда аускультацияда кандай нафас эшитилади	плевра ишкаланиш товуши	везикуляр нафас сусайган	везикуляр нафас кучайган	курук хриплар эшитилади
Плевра сили кайси туберкулёз формасидан кейин келиб чикади	таркок туберкулёз	инфильтратив туберкулёз	бирламчи туберкулёз комплекси	туберкулёз менингити
Туберкулёз эмпиемаси качон ривожланади	казеоз-некроз ривожланганда	катлам ривожланганда	учоклар ривожланганда	узгаришсиз
Йирингли плевра силида тана харорати кандай булади	гектик	нормада	субфебрик	узгаришсиз
Йирингли плевритда СОЭ нечага тенг	40-60 мм/с	10-15 мм/с	20-30 мм/соат	15-25 мм/с
Совук эмпиема деб качон айтилади	интоксикация аломатлари йук	интоксикация белгилари кучли ривожланган	огрик ва кучли интоксикация белгилари	узгаришсиз
Йирингли туберкулёз плевритдан кейин кандай асорат куп учрайди	ички органлар амиолидоз	кон кетишлар	окма яралар	упка-юрак етишмовчилиги
Туберкулёз плевритида Эллис-Дамуазе-Соколов эгри чизигида кандай товуш эшитилади	перкутор товушнинг тумтоклашуви	амфорик товуш эшитилади	сусайган везикуляр товуш эшитилади	кутичасиммон товуш эшитилади
Туберкулёз менингити асосан кандай йул билан таркалади	гематоген	лимфоген	лимфа-бронхоген	ликвороген
Туберкулёз менингити купрок кайси туберкулёз формасидан кейин келиб чикади	милиар-гематоген таркок туберкулёз	инфильтратив туберкулёз	учокли	силнинг хамма туридан кейин
Туберкулёз менингитида кайси жуфт нервлар куп зарарланади	3,4,7 жуфт нервлар	3,4,8-чизуфт нервлар	6,7,8 чи нервлар	1,5,7,8-чи нервлар
Качон туберкулёз	Мия юмшок	Мия	Мия каттик	Хаммаси тугри

менингити дейилади	пардаларининг туберкулёз таёкчалари билан зарарланиши	пардаларининг иккиламчи микроблар билан зарарланиши	пардаларининг туберкулёз таёкчалари билан зарарланиши	
Туберкулёз менингитига таъриф беринг	Мия пардаларини туберкулёз микроблари билан яллигланишига туберкулёз менингити дейилади	мия пардаларини бирор бир инфекция билан зарарланишига туберкулёз менингити дейилади	мия каттик ва юмшок пардаларини зарарланишига туберкулёз менингити дейилади	бош мия ва орка мияни зарарланишига туберкулёз менингити дейилади
Туберкулёз менингити асосан қандай йул билан тарқалади	гемотоген, лимфоген	лимфоген	лимфабронхоген	хаммаси тугри
Туберкулёз менингитида оксил микдори нечагача етади	6-8-30,5 г/л	20-50,5 г/л	0,5-5,0 г/л	узғаришсиз
Туберкулёз менингитида цитоз хужайралар микдори нечагача қутарилади	100-150 г/л	10-15 г/л	200-400 г/л	узғаришсиз
Туберкулёз менингитида хлоридлар микдори нечагача қамайган	5,6-5,8 г/л	3,5-5,5 г/л	4,5-10 г/л	узғаришсиз
Туберкулёз менингитида канд микдори	бироз қамайган	жуда қамайган	қупайган	узғаришсиз
Туберкулёз менингитида Панди-Нонне-Апельт реакциялари	мусбат	манфий	қамайган	Узғаришсиз
Туберкулёз менингитида туберқулин синамаси қандай натижа беради	гиперэргик	манфий	мусбат	Гипоэргик
Туберкулёз менингитининг кечишига қараб турлари	сероз базилиар менингоэнцефалит лептопахименинг ит	сероз,базилиар,л ептоменингит	сероз,менингоэнце фолит,лептопахиме нингит йирингли	базилиар,менин гоэнцефалит,йи рингли сероз
Цереброснимал лептопахи-менингитида миянинг қайси қисми туберкулёз билан зарарланади	бош ва орка мия	мия моддаси	мия юмшок моддаси	каттик мия пардаси
Базиляр менингитида туберкулёз билан миянинг қайси қисми зарарланади	мия асоси	мия моддаси	юмшок мия пардаси	узғаришсиз
Сероз менингитида миянинг қайси қисми туберкулёз билан зарарланади	юмшок мия пардаси	каттик мия пардаси	мия моддаси	бош ва орка мия
Туберкулёз менингитининг қайси формасида менингиал симптомлар қучлиривожланган	цереброснимал лептопахименинги т	мероз менингит	менинго энцефалит	базиляр менингит
Туберкулёз менингитининг яшин тезлигидаги тури қайси ешда қуп ўқрайди	чакалоқларда	болаларда	усмирларда	хамма ешда
Туберкулёз менингитини даволашда ўтқазиладиган биринчи ердам	симптоматик даво килинади	силга қарши препарат бериш қерак	дезинтоксикоцион даво қилинди	десенсибилловч и даво қилинади
Цереброснимал туберкулёз менингитида	орка мия пункцияси	симптоматик даво	силга қарши препаратлар	дезинтоксикаци он терапия

кайси даво усули яхши натижа беради			берилади	
DOTS дастури Республикамизда кайси буйрук билан ишлайди	№ 160	№519	№ 188	№ 086
DOTS дастури Республикамизда нечанчи йилдан фаолият курсатмокда	1994	1998	2000	1988
DOTS дастури нечта тамойилдан иборат	5 та	7 та	6 та	3 та
DOTS дастури буйича балгам нечта намунада йигилади	3 та	4 та	5 та	2 та
Амбулатор шароитда DOTS дастури буйича балгамнинг 3-намунаси қачон йигилади	2-марта врачга мурожаат этганда	1-марта врачга мурожаат қилганда	Эрталаб нахорда	Хохлаган вақтда
Амбулатор шароитда DOTS дастури буйича балгамнинг 3-намунаси қачон йигилади	Иккинчи кун эрталаб нахорда	1-марта врачга мурожаат қилганда	2-марта врачга мурожаат этганда	Хохлаган вақтда
Амбулатор шароитда DOTS дастури буйича балгамнинг 3-намунаси қачон йигилади	1-марта врачга мурожаат қилганда	Эрталаб нахорда	2-марта врачга мурожаат этганда	Хохлаган вақтда
DOTS дастурининг вазифаси	Хаммаси тугри	Киска муддатли даволаш	Бактериоскопия усулини куллаш	Назоратли даволаш
DOTS дастури буйича беморлар қандай фазаларда даволанади	Интенсив ва қувватловчи фаза	Интенсив фаза	Назоратли фаза	Қувватловчи ва назоратли фаза
DOTS дастурида қандай даво тоифалари мавжуд	1,2,3,4	1	1,2,3	0,1,2
DOTS дастури буйича 1-тоифа беморлар интенсив ва қувватловчи давони қанча вақт қабул қилади	Интенсив 2ой, қувватловчи 4 ой	Интенсив 2 ой,қувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, қувватловчи 4 ой	Интенсив 1 ой,қувватловчи 5 ой
DOTS дастури буйича 2-тоифа беморлар интенсив ва қувватловчи давони қанча вақт қабул қилади	интенсив 3 ой , қувватловчи 5 ой	Интенсив 2 ой,қувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, қувватловчи 4 ой	интенсив 2ой, қувватловчи 4 ой
Силни даволашнинг умумий принциплари	комплекс,комбинацияли,давомий,оптимал дозада-АБП-б-н,патогенетик,симптоматик даволаш	витами́нлар,антибиотиклар,гармонотерапия	стрептомицин,гармонотерапия	физиотерапевтик муолажалар,биостимуляторлар
АБП-эффектли таъсири буйича қуйидагича гуруҳланади	1-изониазид,рифампицин, 2-стрептомицин,этамбутол ва хк, 3-ПАСК,тибон	1-гур ПАСК,тибон: 2-тубазид:3-стрептомицин,бенимицин	1-гуруҳ-стрептомицин,ПАСК, 2-беремицин,этамбутол,3-тизамид,солюзид	1-рифампицин,бепаск,2-тибон,канамидин,3-тубазид,этамбутол
Упка силини даволашда қанча жаррохлик усулларида фойдаланилади	радикал,полеатив, тиклантирувчи операциялар олиб борилади	палиатив, тиклантирувчи	факат полеатив операциялар олиб борилади	факат тиклантирувчи операциялар олиб
Радикал операцияга қуйидаги жаррохлик муолажалари қиради	пульмонэктомия,л обэктомия,сегментэктомия	торакопластика	кавернотомия,торакопластика	кавернотомия,бронхиал окмаларни тикиш,торакопл

				астика
Палиатив операция услуга куйдагилар киради	кавернотомия,тора копластика	пульмонэктомия, декортикация	сегментэктомия,пл еврэктомия,	лобэктомия,бро нхиал окмаларни тикиш
Тиклантирувчи операцияларга куйдагилар киради	декортикация,плев рэктомия,бронхиа л окмаларни тикиш	торакопластика, кавернотомия	пульмонэктомия,ло бэктомия	торакопластика, декортикация
Спонтан пневмотораксинг клиник белгилари	кукрак кафасида кучли огрик,хансираш,бо ш айланиши,курук йутал,совук тер босиши	чап томонда кучли огрик,кул,жагга берилиши,кучли кузгалиш,нафас етишмаслиги	кунгил айниш,кусиш,холс излик,КБ- пасайиши	хаммаси тугри
Спонтан пневмотораксинг рентген куриниши	перикостал чузик бушлик упка тукимаси сикилган сог томонга силжиган	3-4смли юпка деворли ковак,атрофида майда учоклар	перифокал яллигланиш,суюкл ик сатхи куринадиган бушлик	диафрагма кутарилган,упка хажми кичрайган
Изониазид таблетка холида канча дозаларда чикарилади?	0,1; ва 0,3 гр	0,01; 0,02; 0,09 мг	0,01 мг ва 0,3 мг	0,1; 0,3; 0,5 дан
Изониазидни максимал кондаги концентрацияси неча соат сакланади	8-10 соат	2-6 соат	14-16 соат	20-24 соат
Изониазид гемотозэнцефалит барьердан кандай утади	енгил утади%	кийинчилик билан утади	тез утади	ута олмайди
Изониазид кандай таъмли модда	аччик	ширин	ванилин хиди келади	тамсиз
Изониазид сувда кандай эрийди	секин эрийди	умуман эримайди	кийинчилик билан эрийди	тез эрийди
Изониазид неча фоиздан эритма холида чиқади	2;5;10	2;3;5;10 фоизли	1;2;3;5 фоизли	5;10 фоиз
Стрептомицин кандай холатда чиқарилади	флаконда	ампулада	капсулада	таблеткада
Стрептомицин флаконда канчадан чиқарилади	0,5; 1,0 гр	0,25 мг, 1,0 гр	0,25 мг,0,5 мг,075 мг	0,5 мг; 0,75 мг 1,0 гр
Стрептомицинни суткалик дозаси канчани ташкил килади	12-18 мг/кг	2-4 мг/кг	0,3-0,8 мг/кг	30-40 мг/кг
Изониазидни катталар учун суткалик дозаси	4-6 мг/кг	15-30 мг/кг	40-50 мг/кг	18-25 мг/кг
Стрептомицин кайси органга ноюя таъсир курсатади	эшитиш нервига	адашган нерга	хамма нервларга	симпатик нervларга
Изониазидни биринчи бор даволанаётганлар канча вақт қабул киладилар	3 ой	1-1,5 ой	2-2,5 ой	6-8 ой
Стрептомицинни канча вақт қабул қилинади	2-2,5 ой	4-8 ой	1-1,5 ой	8-10 ой
Катталарда Стрептомицинни оптимал суткалик дозаси канчага тенг	1,0 гр	0,75 мг	3,0 гр	2,0 гр
Стрептомицин бош мия нервининг кайси жуфтига таъсир қилади	8 жуфт	3 жуфт	10 жуфт	4 жуфт
Стрептомицин канака холда чиқарилади	порошок	таблетка	капсула	эмульсия
Стрептомициннинг кондаги максимал	14-18 соат	24-28 соат	3-5 соат	доимий

концентрацияси неча соатсакланади				
Рифампицин капсулада канча микдорда чиқарилади	150-300 мг	150-200 мг	3-5 гр	100,200,400 мг
Рифампицин канака холатда чиқарилади	капсула	эритма	порошок	маз
Рифампицинни суткалик дозаси 1кг тана огирлигига канча берилади?	8-12 мг/кг	20-25 мг/кг	25-28 мг/кг	8-20 мг/кг
Рифампицинни суткалик дозаси канчагача булиши керак каталарда	600 мг	0,45 мг	450 мг	150 мг
Фтивазид суткалик дозаси катталарда канча булиши керак	1,5 гр	2,0 гр	4-5 гр	6-8 гр
Фтивазид 1 кг тана огирлигига суткага канча булиши керак катталарда	20-30 мг/кг	8-10 мг/кг	60-80 мг/кг	дозаси чегараанмаган
Фтивазид кандай холатларда чиқарилади	таблетка	капсула	маз	эритма
3 ешгача булган болаларда неча грам фтивазид бир суткада	0,3-0,45 гр	0,45-1,0	3-5 гр	1-1,5 гр
Фтивазидни кондагиюкори концентрацияси неча соат сакланади	6-8 соат	30-45 мин	1-3 соат	2-4 соат
Изониазидни кондаги концентрацияси канча вақт сакланади	8-10 соат	1-2 соат	3-4 соат	16-18 соат
Изониазид упка силининг кайси формасида куп ишлатилади	хамма тури	Инфильтратив туберкулёз	учокли туберкулёз	циррозли туберкулёз
Стрептомицин нечанчи йилда ихтиро қилинган	1943	1952 й	1964	1948
Стрептомицин ким томонидан аниқланган	Васкман	Сукенинко, Воробьев	Васклеан, Воробьев,Буж	Кох,Воробьев
Изониазид кондаги максимал концентрацияси неча соатдан кейин пайдо булади	0,5-1 соатдан кейин	4-8 соатдан кейин	2-6 соатдан	3-5 соатдан
Стрептомицин замбуругларнинг кайси оиласидан олинган	ачитучи замбуругларга	нурсимон замбуругларга	пупакли замбуругларга	хамма замбуругларга
Этамбутолни суткалик дозаси 1 кг тана огирлига канча берилади	15-20 мг/кг	8-10 мг/кг	30-35 мг/кг	40-50 мг/кг
Биринчи бор даволанаётганларга этамбутол неча ой берилади	3 ой	2-2,5 ой	4-5 ой	6 ойдан кам булмаслиги керак
Этамбутолни канака ноҳуя таъсири бор	куз нерви неврити	диспепсик холатлар	жигар циррози	марказий нерв системасига таъсир қилади
Фтивазидни канака ноҳуя таъсири бор	аллергик холатлар	қуриш нерви неврити	диспепсис холатлар	гематоксик таъсир
Рифампициннинг ноҳуя	жигар ва меъда	қуриш нерви	нерв системаси	ноҳуя таъсири

таъсирлари	ости беи функцияси бузилиши	неврити	бузилиши	йук
ПАСК кайси касалликларга мумкин эмас	амиолидоз,неврос клероз,гепатит,ци ррозда	марказий нерв системаси касалликларига	ошкозон ичак яра касаллик,гепатит	кандли диабет,цирроз,к олитларда
DOTS дастури буйича 3тоифа беморлар интенсив ва кувватловчи давони канча вақт қабул қилади	Интенсив 2ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 2 ой,кувватловчи 5 ой	Интенсив 3 ой, кувватловчи 4 ой	Интенсив 1 ой,кувватловчи 5 ой
1- тоифадаги беморга DOTS дастури буйича интенсив давони курсатинг	2(3)HRZE(S)\4H3 R3	1(3)HRZE(S)4H3 R3	6(3)HRZE(5)\3R3H 3	5(2)HRZE(5)\3R 3H3
2-тоифадаги беморга DOTS дастури буйича интенсив давони курсатинг	3(3)HRZE 2(S)5H3R3E3	2(3)HRZE(S)\4H 3R3	1(3)HRZE(S)4H3R3	5(3)HRZE(5)\3R 3H
3-тоифадаги беморга DOTS дастури буйича интенсив давони курсатинг	2(3)HRZE(S)\4H3 R3	6(3)HRZE(5)\3R3 H3	4(3)HRZE(5)\3R3H 3	2(3)HRZE(S)\5H 3R3Z2
Фаол туберкулёз билан огриган беморлар DOTS дастури буйича неча босқичда даволанади	2 босқич	3 босқич	5 босқич	6 босқич
Силга қарши диспансерларнинг турлари	Республика вилоят шаҳар район туберкулёз кабинетлари стационарли ва стационарсиз	шаҳар район силга қарши кабинетлар	Республика шаҳар диспансери	Республика диспансери
Диспансерларнинг асосий фаолиятлари	санитар,профилак тик,диагностика,д аволаш,консультат ив ва методик ишлар	санитар профилактик даволаш	даволаш диагностика санитар профилактика	консультация,д иагностика ,даволаш
Туберкулёз учоғи нима	Фаол упка сили билан касалланган беморнинг яшаш ва иш жойи	Туберкулёз билан касалланган беморнинг уйи	Туберкулёз билан касалланган беморнинг иш жойи	Нофаол упка сили билан касалланган бемор яшаш жойи
Катталарнинг диспансергуруҳлари	I ,II, III, IV	I, II, IV, VI, VII	I, II, III, V, VI	Хаммаси тугри
Кон тупириш нима	1 суткада балғам б-н 50 мл гача кон тупириш	балғамсиз тупикда узгармаган холда кон тупириш	1 кунда 150 мл	суткада 100 мл кон балғам б-н тупириш
Кон тупиришнинг сабаблари	гипо-а витаминоз нервнопсихик травма чарчаш кон томирларининг утказувчанлигини нг ошиши	тукималарнинг ацетози иммуннобиологи к ҳолатнинг узгариши	организмнинг резистентлини ошиши	каверно деворининг хужайраларини нг пролеферацияси эпителиоид тукиманинг усиши
Б Ц Ж вакцинасининг таркиби	тирик апатоген вирулентлиги паст микобактериядан иборат	улдирилган туберкулёз таекчалари ва озика мухитининг 1 қисми	туберкулёз таекчаларининг ҳаёт давомидаги чикиндилари	қучли вирулентли паѳоген микобактерияла рдан иборат
Эмлаш ва қайта эмлаш нима мақсадда	силга қарши иммунитет ҳосил	туберкулёз процессининг	туберкулёз процессини	дифдиагноз ва аллергик

утказилади	килиш у-н	активлигини аниклаш у-н	локализациясини аниклаш у-н	холотни аниклаш у-н
Эмлаш қачон утказилади	Туғруқхонада 5-7 кунда	7 ешда	11-12 ешда	хар йили 1 марта
Эмлашдан кейин қачон иммунитет ҳосил бўлади	6-8 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	3-5 ҳафтадан кейин	6 ойдан кейин
Эмлашнинг курсатмалари қуйидагилар	соғлом тугилган чакалоқларга	чала тугилган чакалоқларга	тана ҳарорати баланд болаларга	тугуруқ травмаларида
Қайта эмлаш қачон қилинади	Соғлом болаларда 5-6 йилдан сўнг	"Вирав" кузатилган болаларда	силнинг асоратлари қолган усмирларга	утқир юқумли касалликларда
Бирламчи химиопрофилактика қимларга қачон утказилади	туберкулёз б-н захарланмаган упка сили фаол бўлган беморлар б-н мулоқотда бўлган соғлом кишиларга	туберкулёз инфекцияси тушган одамларга касалликнинг олдини олиш у-н	туберкулёз процессини аниклаш у-н	туберкулёз процесси локализациясини топиш у-н беморларга утказилади
Иккиламчи химиопрофилактика қачон утказилади	туберкулёз инфекцияси б-н захарланган соғлом одамларга утказилади	фаол туберкулёз касали б-н мулоқотда бўладиган туберкулёз б-н захарланмаган соғлом одамларга	туберкулёз беморларга рецидив бўлмаслиги у-н	иммунитет ҳосил қилиш у-н
Профилактика турлари	химиопрофилактика, социал, санитар, специфик	социал, санитар, профилактик	социал, химиопрофилактика, санитар	специфик, социал, химиопрофилактика
Силни барвақт аниклаш усулларига қуйидагилар қиради	2 ТБ манту синамаси, флюорография	бронхоскопия, томография, Пирке синамаси	Кох синамаси, бронхоскопия	рентгенография ангиопульмонография
Силнинг фаол формаларида қанда оксил фракцияларининг узғариши	глобулинлар ошиб альбуминлар қамаяди	ҳеч қандай узғариш бўлмайди	альбуминлар ошиб глобулинлар қамаяди	альбумин ва глобулинлар ошади
Туберкулёз интоксикациясида характерли бўлмаган белги	қучли йутал, балғам ажратиш, қон тушуриш	"вирав"	терлаш, субфебрил температура	қатталашмаган лимфа тугунлар
Организмнинг 1-март туберкулёз б-н захарланиш белгиси	"ВИРАВ"	туберкулёз синамаси натижасининг пасайиб бориши туберкулёз синамаси натижасининг	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	Кох синамасининг мусбат реакцияси
Аҳоли орасида туберкулёз касаллигини аниклашни неча усули бор	3 та	4 та	5 та	2 та
Профилактик флюорография неча гуруҳга бўлинади	4 гуруҳга	5 гуруҳга	6 гуруҳга	3 гуруҳга
2-гуруҳ аҳолини флюорография текширувини қим томонидан назорат қилинади	СЭС	Туберкулёз кабинети	Участка врач	Фтизиатр
4-гуруҳга қандай кишилар қиритилади	Уюшмаган аҳоли	Умумий аҳоли	Тиббий хизматдаги аҳоли	Тиббий хизматга эга бўлмаган аҳоли
Туберкулёз беморларида	2та	1 та	Умумий	3 та

неча тупукдон бўлади				
Тупукдонларни хлорли оҳакнинг неча фоизи билан зарарсизлантирилади.	2% ли	5 % ли	1 % ли	10 % ли
Бемор идиш товоқлари 2% ли хлорли эритмага неча соат сақланади	4 соат	2 соат	3 соат	1 соат
Биринчи гуруҳга кирувчи беморлар йилига неча марта фтизиатрга кўриниши шарт	Йилига 4 марта	Йилига 2 марта	Йилига 1 марта	Йилига 3 марта
Иккинчи гуруҳга кирувчи беморлар йилига неча марта фтизиатрга кўриниши шарт	Йилига 2 марта	Йилига 4 марта	Йилига 1 марта	Йилига 3 марта
Учинчи гуруҳга кирувчи беморлар йилига неча марта фтизиатрга кўриниши шарт	Йилига 1 марта	Йилига 2 марта	Йилига 4 марта	Йилига 3 марта
Туберкулёз билан касалланган беморнинг идиш-товоқлари натрий бикорбонатнинг 2% ли эритмасига қанча вақт қайнатилади	20 минут	30 минут	60 минут	45 минут
БЦЖ вакцинаси неча градусдан юқорида сақланмайди	+8С	+4 С	0С	-2С
Бемор ич кийимлар неча фоизли хлорли эритмада қанча вақт солиб қўйилади.	3% ли хлорли эритмада 4 соат	3% ли хлорли эритмада 2 соат	2% ли хлорли эритмада 3 соат	1% ли хлорли эритмада 2 соат
Туберкулёз беморлари тупукдони неча фоизли хлорамин эритма билан дезинфекция қилинади	5% ли хлорамин	2 % ли хлорамин	2 % ли хлорли оҳак	1 % ли хлорамин
Республикаимизда БЦЖ билан тери орасига эмлаш нечанчи йилдан қўлланилмоқда	1963 йил	1864 йил	1952 йил	1938 йил
БЦЖ вакцинасини Кальмет ва Геренлар нечанчи йилда аниклаган?	1919 йил	1921 йил	1909 йил	1913 йил
Эмлаш ва кайта эмлаш нима максатда утказилади	силга қарши иммунитет ҳосил қилиш у-н	туберкулёз процессининг активлигини аниклаш у-н	туберкулёз процессини локализациясини аниклаш у-н	дифдиагноз ва аллергик ҳолатни аниклаш у-н
БЦЖ вакцинасидан кейин қандай асоратлар кузатилади	абцесс,юза яра,поствакционал лимфаденит,келоид чандик	абцесс,юза яралар, окмалар	чандиклар,яралар, лимфаденит	узгаришлар кузатилмайди
Профилактика турлари	химиопротифактика,социал,санитар, специфик	социал,санитар,п рофилактик	социал,химиопротифактика,санитар	специфик,социал,химиопротифактика
Поствакционал лимфаденитларда лимфа тугунлари размери қанча бўлади	1,5-5 см	0,5-1 см	1-2 мм	8-10 мм
Поствакционал лимфаденитларни клиник қанақа даврлари	инфилтратия, абцессланиш, охакланиш	инфилтратия, охаклашниш	инфилтратия,некр оз охакланиш	узгаришсиз

кузатилади				
Поствакционал лимфаденитда туберкулин синамаси кандай натижа беради?	мусбат	манфий	шубхали	гиперэргик
Поствакционал лимфаденитларда лимфа тугунлари пальпацияда кандай	огрик кузатилмайди	огриклар кузатилади	доимий бир хил огрик	санчикли огрик
Поствакционал лимфаденитда абцессланиш даврида кандай эритмадан фойдаланилади	салюзидни 5 фоизли эритмаси	Вишневский мази	изониозидни 2 фоизли эритмаси	изониазидни 5 фоизли эритмаси
Поствакционал лимфаденитлар эмлангандан кейин юзага келади?	2-3 ой	10-15 кун	6-8 ой	15-20 кун
Поствакционал лимфаденитда боланинг умумий ҳолати кандай булади	узгармайди	тана ҳарорати юкори булади	калтирашлар кузатилади	интоксикация белгилари кучли ривожланган булади
Эмлаш қачон утказилади	тугуруқхонада 5-7 кунда	28-30 ешда	7 ешда	11-12 ешда
Эмлашдан кейин қачон иммунитет ҳосил булади	6-8 ҳафтадан кейин	2 ҳафтадан кейин	3-5 ҳафтадан кейин	6 ойдан кейин
Эмлашнинг курсатмалари қуйидагилар	соғлом тулик тугилган чакалоқларда	чала тугилган чакалоқларга	тана ҳарорати баланд болаларга	тугуруқ травмаларида
Қайта эмлаш қачон қилинади	туберкулёз синамаси 2 Т Б манфий булган соғлом болалар ва усмирларда ҳар 5-7 йилда	"Вираз" кузатилган болаларда	силнинг асоратлари қолган усмирларга	утқир юқумли касалликларда
Бирламчи химиопротилактика қимларга қачон утказилади	туберкулёз б-н захарланмаган туберкулёз касали фаол булган беморлар б-н мулоқотда булган соғлом қишиларга	туберкулёз инфекцияси тушган одамларга қасалликнинг олдини олиш у-н	туберкулёз процесси локализациясини топиш у-н беморларга утказилади	хаммаси тугри
Икқиламчи химиопротилактика қачон утказилади	фаол туберкулёз қасали б-н мулоқотда буладиган туберкулёз б-н захарланмаган соғлом одамларга	туберкулёз инфекцияси б-н захарланган соғлом одамларга утказилади	туберкулёз беморларга рецидив булмаслиги у-н	туберкулёз процессини активлигини пасайтириш у-н
Протилактика турлари	химиопротилактика, социал, санитар, специфик	социал, санитар, протилактик	социал, химиопротилактика, санитар	специфик, социал, химиопротилактика
Б Ц Ж-билан эмлаш қачон ва қанча дозад қилинади	0,1 мл-(0,05мг)-чап елкада қилинади	0,2мг унг елкада қилинади	2ТБ-унг елкада қилинади	2ТБ- билакда қилинади
БЦЖ-ваққинаси билан эмлашнинг курсатмалари	соғлом, 2500гр тугилган чакалоқлар	тери қасалликлари	иммунодефицит ҳолат	сепсис
Б.Ц.Ж. билан эмлаш қачон ва қанча дозад қилинади	0,05 мг чап елкага	0,2 мг унг елкага қилинади	2 ТБ 0,1 мг унг елкага	0,025 мг чап елкага
БЦЖ ваққинасини 1-чи бўлиб қим томонидан	Кальмет	КОХ	Чон	Воробьев

ишлаб чиқилган				
Б Ц Ж вакцинасининг таркиби	тирик апатоген вирулентлиги паст микобактериядан иборат	улдирилган туберкулёз таекчалари ва озика мухитининг 1 қисми	лейкоцитлар	туберкулёз таекчаларининг ҳаёт давомидаги чиқиндилари
БЦЖ вакцинасини Кальмет ва Геренлар нечанчи йилда аниқлаган	1919 йил	1821 йил	1909 йил	1913 йил
Эмлаш ва қайта эмлаш нима мақсадда утқазилади	силга қарши иммунитет ҳосил қилиш у-н	туберкулёз процессининг активлигини аниқлаш у-н	дифдиагноз ва аллергик ҳолатни аниқлаш у-н	силни даволаш у-н
БЦЖ вакцинасидан кейин қандай асоратлар қузатилади	абцесс, юза яра, поствакционал лимфаденит, келлоид чандик	абцесс, юза яралар, окмалар	чандиклар, яралар, лимфаденит	узғаришлар қузатилмайд
Поствакционал лимфаденитларда лимфа тугунлари размери қанча бўлади	1,5-5 см	1-2 см	1-2 мм	8-10 мм
Поствакционал лимфаденитларни клиник қанақа даврлари қузатилади	инфильтрация, абцессланиш, охакланиш	инфильтрация, охаклашниш	инфильтрация, некроз охакланиш	узғаришсиз
Поствакционал лимфаденитда туберкулин синамаси қандай натижа беради	мусбат	манфий	шубҳали	гиперэргик
Поствакционал лимфаденитда боланинг умумий ҳолати қандай бўлади	узғармайд	тана ҳарорати юқори бўлади	калтирашлар қузатилади	интоксикация белгилари қучли ривожланган бўлади
Музлатилган БЦЖ вакцинаси қим томонидан топилган	Лещинская-Вакенгут	Кох-Чон	Доролекова, Шмелева	Маслякова
Музлатилган БЦЖ вакцинаси Лашинская ва Вакенгут томондан нечанчи йилда топилган	1941 й	1914 й	1936 й	1933 й
БЦЖ вакцинасининг бир марталик дозасида қанча тирик микробактерия бўлади	500000-600000 та	1000-5000 та	200000-300000 та	1-2 минг та
БЦЖ вакцинасини организмга юборишнинг энг яхши усули қандай	тери орасига юбориш	тери устига юбориш	тери устини тирнаш йули	тери ичига юбориш
БЦЖ вакцинасини организмга юборишни қандай усуллари мавжуд бўлган	нафас йулига томизиш, тери ости, тери ораси, энтерал	тери орасига, тери остига	терини тирнаш, энтерал, тери орасига, тери устига	энтерал, тери ости, тери усти
Суюлтирилган БЦЖ вакцинаси одам организмга қанча микдорда юборилади	0,1 мл	0,02 мл	0,5 мл	1 мл
Қуруқ БЦЖ вакцинасини суюлтириш учун қандай эритма аралаштирилади	физиологик эритма 0,9 фоизни	дистилланган сув	глюкоза 5 фоизли	хамма эритма билан
БЦЖ вакцинаси ампула очилгандан сунг қанча вақтгача ишлатишга	2-3 соат	1-2 ой	30-60 соат	8-10 соат

ярокли хисобланади				
БЦЖ билан эмланганларда канча вақтдан кейин иммунитет хосил булади	1,5-2 ой	10-15 кун	6-8 ой	1 йил
Кох феномини нечанчи йилда исботланган	1891 йил	1890 йил	1911 йил	1882 йил
12 ёшгача бўлган болаларда туберкулёз касалини барвақт аниқлашусули	оммавий 2ТБ Манту синамаси	профилактик назорат	оммавий флюорография	клиник анализлар
Манту синамаси терининг қайси соҳасига юборилади	Тери орасига	Тери остига	Тери ичига	Тери юзасига
Кох синамаси терининг қайси соҳасига юборилади	Тери остига	Тери ичига	Тери юзасига	Тери орасига
Қачон Манту синамаси мусбат хисобланади	5 мм ва ундан ортик папула	10мм папула, некроз, лимфангит	2-4мм папула	17мм папула
Туберкулёз касаллигининг эпидемиологик курсаткичлари	касаллик, касалланиш, ўлим ва захарланиш	Касаллик, касалланиш ўлим	Касалланиш, захарланиш, силдан улим , юкумлилик	Касаллик, силдан захарланиш, ўлим ва юкумлилик
Дунё миқёсида силдан захарланган аҳоли сони	2 млрд дан ортик	1 млрд	200 млн дан ортик	3 млрдга яқин
Дунё миқёсида силдан ўлим кўрсаткичи	3-3,5 млн киши	10 млн киши	1 млрд киши	100 млнга яқин
Дунё миқёсида силдан биринчи марта касалланиш	10 млн	2-3 млн	4-6 млн	5-10 млн
Одам туберкулёз микобактериялари билан қўйидаги йўл билан захарланади	аэроген, алиментар, контакт	конгенитал	лимфоген, бронхоген	посттранфузион
Организмда туберкулёз микобактериялари қўйидагича тарқалади.	гемотаген, лимфоген, бронхоген	аэроген	контакт	конгенитал
Силнинг эрта, барвақт кўринадиган белгилари	субфебрил температура, терлаш, қисқа йутал,иштаха пастлиги,ориқлаш, тез чарчаш бошда оғрик,бурун тикилиши,кўздан ёш чиқиши	юкори температура, хансираш,қўқариш,йутал,сассиқ хидли балғам тупуриш	қалконсимон безнинг катталашуви, тез кузғалувчанлик, йиғлоқилиқ	хаммаси тугри
Силнинг кечиктирилган оғир белгилари.	кон тупуриш балгамли йўтал кўп терлаш,қўқрак қафасда оғрик,хансираш	юз, лаб шишиши акроцыаноз гепатомегалия	қоринда кучли оғрик субэктерия тери кичиши қориннинг катталашуши	кўп терлаш,камқувватлик
Битонал-йутал қандай белги хисобланади.	сиқилиш симптоми хисобланади	перкуссия белгиси хисобланади	аускультация белгиси хисобланади	рентгенологик белги хисобланади
Эпидемиологик кўрсаткичларни санаб ўтинг.	Касаллик,касалланиш,ўлим,захарланиш	Касаллик,касалланиш,захарланиш	Юкумлилик,касалланиш,захарланиш	Захарланиш,улим,касалланиш,юкумлилик
Эпидемиологик жихатдан хавфли омиларни кўрсатинг.	фаол ўпка сили билан касалланган одам ва қорамол	Фаол туберкулёз билан касал одам	Фаол туберкулёз билан касалланган қушлар ва қорамол	Нофаол ўпка сили билан касал одам
Бирламчи аффект ушқанинг асосан қайси	Ўпка ацинусида	Ўпка булагиди	Ўпка сигментида	Плевра вараклари

соҳасида жойлашади				орасида
Сурункали туберкулёз интоксикацияси бўлган бемор қанча даволанишадилар	6-10 ой	2-4 ой	8-12 ой	3-5 ой
Кўкрак ичи лимфа тугунларисили кўпрок қайси ёшда учрайди	болалар ва ўсмирларда	қариларда	болаларда	хамма ёшда бир хил
Туберкулёз бронхооденитида 2ТБ Манту синамаси қандай натижа беради	мусбат	гиперэргик	манфий	гипоэргик
Бирламчи туберкулёз комплексида 2ТБ Манту реакцияси қандай натижа беради	мусбат	манфий	гиперэргик	Гипоэргик
Б.С.Книнг энг кучли ривожланган компененти	лимфаденит	1-ламчи аффект	1-ламчи аффект,лимфанген т	лимфангит
Б.С.Кда периферик лимфа тугунлари қанчагача катталашади	2-10 мм	2-4 мм	0-2 мм	15-20 мм
Б.С.Кда даволаниш нечта АБП қанча муддатда берилади	3 АБП -2-3 ой давомида	2 АБП -4-6 ой давомида	2 АБП 2-4 ой давомида	3 АБП 6-8 ой давомида
Б.С.К дан кейин энг кўп келиб чиқадиган туберкулёз формаси нима?	ўчоқли сили	пневмония	плевритлар	инфильтратив туберкулёз
Туберкулёз классификацияси фтизиатрларнинг нечанчи съезда қачон қабул қилинган	1973 й У111 съезд	1973 й У11	1951 й У11	1970 й У11 съезд
1-ламчи туберкулёз комплекси умумий туберкулёз процессининг неча процентини ташкил қилади	1-5%	15-20%	10-20%	50%
Гон ўчоғи силининг қайси формасида қузатилади	1-ламчи туберкулёз комплексида	инфильтратив силда	бронхооденитлар	учрамайди
Туберкулёз лимфаденитини патологоанотомик жихатдан қандай турларга бўлинади	очик,ярим очик, епик	очик, ёпик	очик, йирингли, ёпик,ярим ёпик	ёпик,ярим очик,казеозли
Бирламчи туберкулёз комплексида аускультацияда қандай нафас эшитилади	везикуляр нафас, хриплар эшитилмайди	везикуляр товуш сусайган	сийрак нам хриплар	дағал нам ва куруқ хриплар
Бирламчи туберкулёз комплексининг клиник кечишига қараб турлари	ўткир,сурункали	ўткир,ўткир ости	ўткир,ўткир ости,сурункали	эрта бошланган сурункали
Бирламчи туберкулёз комплекси тўлиқ даволанмаганда қайси туберкулёз формасига ўтади	иккиламчи туберкулёз формасига	лимфаденит,бронхит	калцинатланиб котиб қолади	умуман ўзгариш бўлмайди
Бирламчи туберкулёз комплексининг қандай фазалари фарқланади	инфильтрация,қаттикланиш,сурилиш,калцинатланиш	инфильтрация,сурилиш,калцинатланиш	инфильтрация,қаттикланиш,сурилиш	инфильтрация,сурилиш,қайталанмиш
Бирламчи туберкулёз	Гонўчоғи	Сукенников	Корани ўчоғи	Дамуза ўчоғи

комплекси даволангандан кейин ўпкада рентгенологик қандай ўчоқ кўринади		учоги		
Бирламчи туберкулёз комплекси қандай компонентлардан ташкил топган	бирламчи аффект, лимфангит, лимфаденит	бирламчи аффект, лимфаденит	бирламчи аффект, бронходенит, лимфангит	бирламчи аффект, лимфангит
Бирламчи туберкулёз комплекси купинча упканинг қайси сигментларига жойлашади	унг упка юкори ва олдинги сигментларда	чап упка юкори ва пастки сигментларда	иккаала упка юзасида бир хил таркалади	унг упканинг пастки сигментларида
Туберкулёз бронходенитида биринчи кукрак умурткасидан пастда қандай перкутор товушнинг бугиклиги	Корани симптоми	Сукурников симптоми	Воробев симптоми	Дамуазе симптоми
Ўсмир ва катта ёшдагиларда туберкулёз бронходенитида қандай клиник белгилар юкори кўринади	интоксикация белгилари аста-секин бошланади	тез-тез юкори температура	зарарланган томонга кучли огрик	клиник белгилар умуман бўлмайди
Туберкулёз бронходенитларининг енгил турида рентгендаги ўзгаришлар	ўпка илдизи деформацияга учрайди	ўпка илдизида ўзгариш булмайди	ўпка илдизидан соялар периферияга қараб таркалган	ўпка илдизига чалкашиш белгиси кўринади
Кукрак ичи лимфа тугунларининг Сукененко бўйича схемаси	паратрахиал, буфер кацион, трахиобронхиал, бронхопульмонал	паратрахеал, буфер кацион, бронхопульмонал	буферкацион, трахиобронхиал, бронхотрахиал, пульмоноал	буферкацион, эластик, трахиобронхиал, бронхопульмонал
Туберкулёз бронходенитларини даволанганда қанчадан кейин яллигланиш жараени сўрилади	3-4- ойдан кейин	6-8 ойдан кейин	10-12 ойдан кейин	1-2 ойдан кейин
Туберкулёз бронходенити асоратсиз кечганда қанчадан кейин температура нормаллашади	умуман температура кузатилмайди	2-4 ойдан кейин	1-2 ойдан кейин	2-3 ойдан кейин
Туберкулёз бронходенити тулик даволанганда қанчадан кейин кўкрак ичи лимфа безлари бутунлай сурилади	6-8 ойдан кейин	8-12 ойдан кейин	12-18 ойдан кейин	2-4 ойдан кейин
Туберкулёз бронходенити кўпроқ қайси касалликлардан кейин келиб чиқади?	грипп, ангина	грипп, пневмония	кўкйўтал, қизамиқ, грипп, пневмония	ўз-ўзидан бошланади
Бирламчи туберкулёз комплекси қим томонидан киритилган	Ранки	Пирке	Корани	Воробьев
Туберкулёз интоксикациясида характерли булмаган белги	йўтал, балгам ажратиш	Вираз	иштаха пастлиги, ориқлаш	терлаш, субфебрил температура
Организмнинг 1-чи марта туберкулёз микобактерияси билан захарланиш белгиси	туберкулёз синамасининг 1-чи марта мусбат реакцияси Вираз	туберкулёз синамаси натижасининг қамайиб бориши	Пирке синамасининг гиперергик реакцияси	эмлашдан кейин 3 йил утгач 2ТБ Манту синамасининг мусбат ҳолати
Туберкулёз интоксикацияси генези	бирламчи силнинг долокал формаси	бирламчи силнинг локал	иккиламчи силнинг кичик формасига	десструктив туберкулёз

бўйича қайси туберкулёз формасига киради		формаси		формасига
Бирламчи туберкулёз комплекси аниқланганда педиатрнинг тактикаси	фтизиопедиатрга йуланма бериш	болани уй шароитида изоляция қилиш	антибиотиклар билан даволаш	химиотерапия курсини 15 кун ўтказиш
Туберкулёз интоксикациясида қандай ўзгаришлар кузатилади	Эозинофилия, нейтрофиллар чапга силжиган	Эозинофилия, СОЭ юқори, лейкопения	СОЭ юқори, лимфопения	Қонда ўзгаришлар деярли йук
Эрта бошланган туберкулёз интоксикациясида рентгендаги ўзгаришлар	Рентгенда узига хос ўзгаришлар йук	Қурак кафаси лимфа безлари катталашган	Упканинг ҳамма жойида яллиғланиш учоклари қуринади	Қурак кафаси лимфа безлари каттиклашган
Бошланган туберкулёз интоксикацияси неча ой давомида даволанади	4-6 ой	2-3 ой	3-4 ой	8-12 ой
Сурункали туберкулёз интоксикациясида қайси лимфа тугунлари катталашади	ҳамма лимфа тугунлари	бўйин ва чов лимфа безлари	қўлтиқ ости ва буйин	жағ ости ва буйин
Туберкулёз бронхоаденитини турларини қим қилиш	Сукенников	Воробьев	Фрейдрих	Абрикосов

Вазиятли масалалар

1. Бола 8 ёшда. Шикоятлари: Охирги 4 ой давомида вақти-вақти билан тана ҳароратининг субфебрил даражагача кўтарилиши, кечалари терлаш, қисқа-қисқа, хуружсимон йўтал (битонал), умумий ҳолсизликка. Объектив: Умумий аҳволи ўртача оғирликда, териси рангпар, нам. Периферик лимфа тугунлари нўхат ва ундан катта ўлчамда, зич консистенцияли, атроф тўқималар билан боғланган. Аускультатив дағал нафас, бронхиал тус билан. Жигар ва талоқ катталашган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи кенгайган, чегаралари нотекис.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Даволаш.
5. Клиник муносабат.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Қўрак ичи лимфа тугунлари сили.	30	20-30	5-19	0
2	Лимфагранулематоз, инфекцион мононуклеоз, гижжа инвазияси.	20	10-20	5-9	0
3	Қонинг умумий таҳлили, балғам бактериоскопияси, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, ахлат таҳлили, бронхоскопия.	20	10-20	5-9	0
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш,	10	7-10	4-6	0

	Силга қарши диспансер ҳисобига олиш.				

2. Бемор 12 ёш. Шикоятлари: кечқурунлари тана ҳарорати субфебрил даражага кўтарилишига, қуруқ йўталга, кўп терлашга, умумий ҳолсизликка.

Объектив: тана вазни ва тўқималар тургори биров камайган. Переферик лимфа тугунлари катталашган (нўхат катталигида), юмшоқ, эластик консистенцияда. Қоранги симптоми мусбат. Аускультацияда: иккала ўпкада дағал нафас.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабат.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили	30	20-30	5-19	0
2	Лимфагранулематоз, гижжа инвазияси, инфекцион моноклеоз	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, лимфа тугунлари биопсияси, ахлат таҳлили.	20	10-20	5-9	0
4	Специфик АБТ, десенсебилизация, дезинтоксикацион терапия	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш ва силга қарши диспансер ҳисобига олиш	10	7-10	4-6	0

3. Бемор 25 ёшда. Шикоятлари: умумий ҳолсизлик, тана ҳароратини субфебрил даражага кўтарилиши, жағ остида шиш, оғриқ, қизариш.

Эпиданамнезидан: туберкулёз билан касалланган отаси билан мулоқотда бўлган. Объектив: чап жағ ости соҳасидаги лимфа тугуни катталашган (ёнғоқ катталигида), юмшоқ, оғриқли. Ички азолар ва тизимларда патологик ўзгаришлар йўқ.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Даволаш.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Периферик лимфа тугуни сили	30	20-30	5-19	0
2	Лимфагранулематоз, сурункали силдан захарланиш, инфекцион моноклеоз, лейкоз	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғам микроскопияси, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, лимфа тугунлари биопсияси	20	10-20	5-9	0

4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш, Силга қарши диспансер ҳисобига олиш.	10	7-10	4-6	0

4. Бемор 30 ёш. 1 ойдан бери ўзини касал ҳисоблайди. Шикоятлари: балғамли йўтал, тана ҳароратини субфебрил даражада кўтарилиши, умумий ҳолсизлик, кечаси кўп терлаш.

Объектив: умумий ахволи ўртача оғирликда, териси ва қўриниб турган шиллик қаватлари рангпар.

Перкуссияда: ўнг ўпканинг юқори соҳасида перкутор товуш сусайган. Аускультацияда: шу соҳада суст нафас фонида нам ҳириллашлар эшитилмоқда.

Умумий қон таҳлилида: Нв – 105г/л, Лейк.- 20000, лимф-13%, ЭЧТ – 25мм/с.

Рентгенограммада: ўнг ўпка юқори бўлагида ногомоген, чегаралари нотекис, ўпка илдизи билан туташган соя, атрофида ўчоқли ўзгаришлар.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили, парчаланиш ва таркалиш даврида.	30	20-30	5-19	0
2	Пневмония, бронхит, ўпка ателетази, ўпка раки	20	10-20	5-9	0
3	2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, бронхоскопия, балғамни ВК бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш	20	10-20	5-9	0
4	Специфик АБТ 4-5 хил препаратлар билан (даволаш гуруҳи буйича), десенсибилаштирувчи, дезинтоксикацион терапиялар	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

5. Бемор 35 ёшда. 4 ойдан бери касал. Касаллик секин бошланган. Шикоятлари: ҳидсиз, шиллик балғамли йўтал, кечқуринали тана ҳароратининг 37,5-38⁰ С гача ошиши, нафас олиш қийинлашгани, умумий ҳолсизлик, кечаси кўп терлаш.

Объектив: териси рангпар, тери ости ёғқавати кам ривожланган. Перкуссияда: чап ўпка юқори бўлагида бўғиқ товуш. Аускультацияда: шу соҳада кам микдордаги нам ҳириллашлар.

Рентгенограммада: чап ўпка юқори бўлагида ногомоген, чегаралари нотекис, ўпка илдизи билан туташган соя.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юкори бўлаги яллиғланган сили, парчаланиш даврида	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик пневмония, Замбурғли пневмония, ўпка раки.	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни бактериоскопик услубида текшириш, балғамни бактериологик услубида текшириш, бронхоскопия	20	10-20	5-9	0
4	Специфик АБТ 3-4 хил препаратлар билан (даволаш гурухи буйича), десенсибилаштирувчи, дезинтоксикацион терапиялар	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

6. 16 ёшли ўсмир. 2 ойдан бери касал. Шикоятлари: тана ҳароратининг субферил даражагача кўтарилиши, балғамли йўтал, кечаси кўп терлаш, иштахани пастлиги, озиб кетиш. Эпиданамнезидан: 1 йил аввал туберкулёз билан касалланган амакиси билан мулоқотда бўлган.

Объектив: умумий аҳволи ўртача оғирликда. Териси қоплами рангпар.

Перкуссияда: кўкрак қафасининг ўнг томони курак суяги ости соҳасида бўғиқ товуш, аускультацияда шу соҳада суст везикуляр нафас фонида нам хириллашлар.

Рентгенограммада: ўнг томонда ўпка илдизи билан туташган ногомоген, ўртача интенсивлигдаги сояланиш аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Даволаш.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Бирламчи туберкулёз комплекси, пневмоник даври.	30	20-30	5-19	0
2	Пневмония, туберкулёз бронхоаденити, Кўк йўтал, ўпка раки	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни ВК бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси.	20	10-20	5-9	0
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

7. Бемор 27 ёш. Шикоятлари: ютинишда томоқдаги оғрикка, товуш йўқолишига, қисқа-қисқа куруқ йўталга, тана ҳароратини субфебрил даражада кўтарилишига. Анамнезидан: ЛОР врачига мурожаат қилган, кўрикда ютқун соҳаси ва товуш бойламларида гиперемия ва бўртмачалар тошганлиги аниқланган.

Объектив: умумий аҳволи ўртача оғирликда. Териси рангпар. Аускультацияда: ўпкаларда везикуляр нафас эшитилади.

Балғам микроскопиясида ВК+.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Халқум сили	30	20-30	5-19	0
2	Кўк йўтал, туберкулёз бронхоаденити, дифтерия	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни ВКга бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, бронхоскопия	20	10-20	5-9	0
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

8. Бемор 42 ёшда. 8 йилдан бери силга қарши диспансерда ўнг ўпка фиброз-кавернали туберкулёз ташхиси билан ҳисобда туради. Амбулатор даволанишни тўлиқ олиб бормайди. Жисмоний зўриқиш вақтида бирдан кўкрак қафасини ўнг томонида ханжарсимон оғриқ бошланди. Борган сари нафас олиш қийинлашди.

Объектив: териси оқарган, совуқ тер билан қопланган. Кўкрак қафасининг ўнг тарафида қовурғалар оралиғи кенгайган. Перкуссияда: куттисимон товуш.

Аускультацияда: ўша тарафда нафас эштилмайди.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг фиброз-кавернали сили, асорати: ўнг томонлама спонтан пневмоторакс	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка раки, крупоз пневмония, миокардинфаркти	20	10-20	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, кўкрак қафаси обзор рентгенограммаси, балғамни бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, ЭКГ	20	10-20	5-9	0
4	Оғриқ қолдирувчи дорилар, тоза О ₂ билан оксигенация қилиш, тинчлантириш ва пункция қилиб плевра бўшлиғига йиғилган хавони аспирация қилиш	20	10-20	5-9	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

9. Бемор 28 ёшда. Шикоятлари: тана ҳароратининг юқори даражагача кўтарилишига, кўкрак қафасининг ўнг томонида санчиқли оғриққа, қуруқ йўталга, умумий ҳолсизликка. Анамнездан туберкулез билан касалланган бемор билан мулоқотда бўлган.

Перкуссияда: ўнг ўпканинг пастки соҳасида бўғиқ ўпка товуши. Аускультацияда: шу соҳада нафас эшитилмайди.

Юрак тонлари бўғиқлашган, ритмик.

Рентгенограммада: ўнг томонда диафрагма гумбазидан то IV қовурғагача интенсив гомоген, юқори қийшиқ чизикқа эга бўлган соя аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Плеврит этиологиясини аниқлаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг томонлама экссудатив плеврит.	30	20-30	5-19	0
2	Пневмония, спонтан пневмоторакс, ўпка ателектази, ўпка инфаркти, диафрагма ости абсцесси	30	20-30	5-19	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, плевра бўшлиғи пункцияси, плеврал суюқлик таркибини (МБТ, хужайравий таркиби, атипик хужайралар, носпецифик флора) аниқлаш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, балғамни бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, ЭКГ	30	20-30	5-19	0
4	Шифохона шароитида даволаш	10	8-10	5-7	0

10. Бемор 18 ёшда. Касаллик титроқ, тана ҳароратининг 39С гача кўтарилиши, бош оғриғи, кўп тералаш, умумий ҳолсизлик, қуруқ йўтал ва хансираш билан бошланган. Анамнездан ёшлигида туберкулез бронхоаденитини ўтказган. Беморнинг лаблари кўкимтир, тери қоплами нам. Перкуссияда кўкрак қафасида тимпаник товуш, аускультацияда тарқоқ ҳолдаги майда нам хириллашлар эшитилади.

Рентгенограммада ўпка сурати кучайган, икки томонлама бутун ўпка юзаси бўйлаб бир хил, чегаралари аниқ, 1-2 мм, паст интенсивликдаги симметрик жойлашган ўчоқли соялар аниқланади.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
2. Қиёсий ташхисланг.
3. Қиёсий ташхислаш учун текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник муносабатингиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Милиар туберкулез	30	20-30	5-19	0
2	Крупоз пневмония, силикоз, саркоидоз, альвеолит, тизимли қизил бўрича касаллиги	30	20-30	5-9	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни	20	10-20	5-9	0

	бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, бронхоскопия, ЭКГ				
4	3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан комплекс даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Шифохона шароитида даволаш	10	7-10	4-6	0

11. Бемор 34 ёшда. Иш жойида флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида думалоқ соя аниқланган. Шикоятлари йўқ.

Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Ички аъзоларни текшириш натижалари меъёрида. Бронх ювиндисидида МБТ топилмаган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи фиброз қаттиқлашган, петрификатлар. Ўнг ўмов ости соҳасида ўлчамлари 2,5 см бўлган аниқ контурли юмалоқ фокусимон соя, юқори интенсивликда, илдиз билан боғланмаган.

1. Ташхис қўйинг.
2. Таққослама ташхис.
3. Даволаш.
4. Диспансер назорати.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг юқори бўлаги туберкуломаси, зичлашиш даври, БК -	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпка ўсмаси, абсцесси, эхинококк	20	10-20	5-9	0
3	Кимёвий профилактика, бир хил антибактериал дори билан 3 ой ичиш тавсия этилади	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши диспансерни II Б гуруҳи ҳисобига олинади	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида кимёвий профилактика ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

12. Касаллик кам белгилар билан бошланди. Шикояти: холсизлик ва дармонсизлик билан. Анамнезидан туберкулёз касаллари билан мулоқотда бўлмаган. Ички аъзолари томонидан патологик ўзгаришлар аниқланмади. Гемограмма: лейкоцитлар – 9000, ЭЧТ – 24 мм/соат. Балғамда кўзгатувчи ингаляциядан сўнг МБТ 0 – 1 битта кўриш майдонида. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасига 14мм бўртмача.

Рентгенологик: Ўнг ўпканинг юқори бўлагида ногомоген, ўртача интенсивликда, ноаниқ чегарали диаметри 2см гача соя ва ёруғланиш соҳалари билан.

1. Ташхис.
2. Таққослама ташхис.
3. Даволаш.
4. Диспансер назорати.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қониқар-

		балл	жавоб	жавоб	сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг юқори бўлагидан яллиғланган сили, парчаланиш даври, ВК +	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик пневмония, ўпка ўсмаси парчаланиш даврида, ўткир бронхит, замбруғли пневмония	20	10-20	5-9	0
3	Комплекс даво: 5 АБТ+симптоматик терапия	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши диспансерни I А гуруҳи ҳисобида туради	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб, комплекс кимёвий терапия ўтказганда оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

13. Патологик ўзгаришга қараб умумий қон таҳлилидаги (УҚТ) ўзгаришлар:

1. УҚТ фаол силда.
2. УҚТ нофаол силда.
3. УҚТ зотилжамда.
4. УҚТ лимфогранулематозда.
5. УҚТ ўпка эхинококкида.

№	Жавоб	Макс. балл	Ўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чегараланган лейкоцитоз, лимфопения, эозинопения, ЭЧТнинг ошиши	20	10-20	5-9	0
2	Барча кўрсаткичлар меъёрида	20	10-20	5-9	0
3	Юқори лейкоцитоз, моноцитоз, лимфоцитоз, лимфоцитоз, ЭЧТнинг ошиши	20	10-20	5-9	0
4	Қонда етилмаган лимфоцитларни мавжудлиги, лейкоцитоз.	20	10-20	5-9	0
5	Кучли эозинофилия	20	10-20	5-9	0

14. Бемор 29 ёшда. Шикоятлари: тана ҳароратининг $37,4^{\circ}\text{C}$ гача ошиши, кечалари терлаш, қуруқ йўтал, умумий ҳолсизлик.

Перкуссияда: чап ўпка юқори бўлагидан тўмтоқ товуш. Аускультацияда: шу соҳада дағал нафас ва майда пуфакчали нам ҳириллашлар эшитилади. Рентгенологик: чап ўпканинг II сегментида ногомоген, интенсивлиги паст, чегараси ноаниқ 5 см гача бўлган овал соя аниқланмоқда.

1. Ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Даволаш.
4. Диспансер назорати.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Ўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик зотилжам, ўпка ўсмаси, туберкулёз, абсцесс	20	10-20	5-9	0

3	Силга қарши комплекс терапия, 5 та препаратлар билан, дезинтакцикацион ва умумий қувватловчи дорилар	20	10-20	5-9	0
4	1 А гуруҳ	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс кимёвий терапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

15. 5 – ёшли бола. Тугруқхонада БЦЖ қилинган, поствакцинал чандик ҳосил бўлган. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси натижаси 1 ёшда – 10 мм, 2 ёшда – 8 мм, 3 ёшда – 6 мм, 4 ёшда – 4 мм, 5 ёшда – 10 мм.

1. Туберкулинограммани шарҳланг?
2. Сизнинг ташхисингиз.
3. Қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Текширув натижаларига қараб даво тактикаси.

№	Жавоб	Макс. Балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Мусбат нормэргик реакция	30	20-30	5-19	0
2	5 ёшда вираж.	30	20-30	5-19	0
3	Умумий қон ва сийдик таҳлили. Кўкрак қафасининг обзор рентгенограммаси. Бронх ювиндисини туберкулёз таёқчаларига текшириш	30	20-30	5-19	0
4	Фтизиатр маслаҳати, СҚДда назоратга олиш, химиофилактика	10	7-10	4-6	0

16. Бемор 50 ёшда. СҚД да назоратда 5 йилдан бери туради. Шикоятлари: тана ҳароратининг кўтарилиши, балғамли йўтал, хансираш.

Кўкрак қафаси деформацияланган, ўнг томон қовурғалар оралиғи торайган.

Балғамда МБТ аниқланмади.

Рентгенологик: ўнг ўпка ҳажми кичрайган, ўрта интенсивликдаги ногомоген сояланиш аниқланади, атрофида полиморф ўчоқлар. Илдиз юқорига тортилган. Кўкс оралиғи аъзолари сояси ўнга силжиган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Аниқ ташхис қўйиш мақсадида текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник тактикангиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар- сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг цирротик сили	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка циррози, ўпканинг фиброз- кавернали сили, яллиғланган туберкулёз, крупоз пневмония.	20	10-20	5-9	0
3	Кох синамаси, синамали даво, Манту синамаси, қоннинг умумий таҳлили	20	10-20	5-9	0
4	3 – 4 хил силга қарши препаратлар билан комплекс даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Стационар шароитда даволаш	10	7-10	4-6	0

17. Бемор 60 ёшда. Шикоятлари: қуруқ йўтал, жисмоний зўриқишдан сўнг хансираш, баъзан қон туфлаш, кўкрак қафасида қучсиз симилловчи оғриқ.

Объектив: кўкрак қафаси деформацияланган, қовурғалар оралиғи торайган, елка соҳасидаги мушаклар атрофияланган. Балғамда МБТ аниқланмаган.

Рентгенологик: ўнг ўпка хажми кичрайган, ўпка тўқимасида ўртача интенсивликдаги, ногомоген соя, атрофида интенсив ўчоқли соялар, петрификатлар, фиброз ўзгаришлар, диафрагма юқорига кўтарилган, ўпка илдизи деформацияга учрайган, тортилган, плевра варрақлари қалинлашган, кўкс оралиғи аъзолари ўнг томонга силжиган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Аниқ ташхис қўйиш мақсадида текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Клиник тактикангиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг цирротик сили	30	20-30	5-19	0
2	Цирротик туберкулёз, фиброз-кавернали ўпка сили, ателектаз, зотилжамдан кейинги склероз, посттуберкулёзли пневмосклероз.	30	20-30	5-19	0
3	Кох синамаси, синамали даво, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, қоннинг умумий тахлили.	20	10-20	5-9	0
4	1 та силга қарши препарат билан кимёвий профилактика	10	7-10	4-6	0
5	Диспансер назорати	10	7-10	4-6	0

18. Бола 5 ёшда. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва ҳулкининг ўзгариб қолганига, ланжлик, йиғлокилик, кечқурунлари тана ҳароратининг субфебрилгача кўтарилиши. 3 ой аввал туберкулёз билан касалланган бемор билан мулоқатда бўлган. Объектив текширилганда: озғин, тўқималар турғари камайган, периферик тимфа тугунлари катталашган, эластик консистенцияли. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси -14 мм.

Рентгенологик: ўпка майдонларида патологик соялар йўқ, илдиз кенгайган.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Туберкулёз интоксикациясининг эрта даври	30	20-30	5-19	0
2	Тонзиллит, гижжа инвазияси, тиреотоксикоз, вегетоневроз, ўткир респиратор касалликлар	30	20-30	5-19	0
3	I A	10	10-20	5-9	0
4	Стационар шароитда учта АБП билан даволаш	10	7-10	4-6	0-3
5	Ўз вақтидаги самарали даво ижобий натижа беради	20	10-20	5-9	0

19. Бемор 31 ёшда. Илгари СҚДа назоратда турган ва соғайганлиги туфайли диспансер ҳисобидан чиқарилган. Қуйидаги шикоятлар билан диспансерга қайта мурожаат қилган:

кучайиб боровчи холсизликка, иштахасини пасайиши, озиш, курук йўтал. Об'ектив: ўнг томон кўкрак қафасининг юқори қисми яссилашган, нафас олишда орқада қолади, перкуссияда шу соҳада ўпка товуши бўғиқлашган, аускультацияда суст везикуляр нафас эшитилади.

Рентгенологик: ўнг ўпка 2 сегменти соҳасида диаметри 3 см, думалок шаклдаги, чегаралари аниқ, интенсив, ёруғланиш соҳасига эга ўпка илдизи билан туташган соя аниқланади.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Такқослама ташхис мақсадида текшириш режасини тузинг.
4. Патогенетик даво.
5. Сизнинг тактикангиз.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг туберкулемаси, парчаланиш даври. ВК?	30	20-30	5-19	0
2	Ўпканинг яллиғланган туберкулези, ўпка раки, ўпка абцсесси, ўпка эхинококки	30	20-30	5-19	0
3	Қоннинг умумий таҳлили, балғамни бактериоскопик ва бактериологик услубида текшириш, 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, бронхоскопия, ЭКГ	20	10-20	5-9	0
4	3 – 4 хил силга қарши препаратлар билан комплекс даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Стационар шароитда даволаш	10	7-10	4-6	0

20. 30 ёшли бемор 3 ой давомида шифохонада ўнг ўпка юқори бўлагининг ўчоқли туберкулези, парчаланиш даври, ВК+ ташхиси билан ДОТС 1 категория бўйича интенсив фазада даволанди. Амбулатор шароитда даволаниш учун ўчоқли туберкулезнинг сўрилиш ва қотиш даври, ВК- ташхиси билан чиқарилди. Беморнинг вазни 61 кг.

1. Диспансернинг қайси гуруҳи ҳисобига олиними керак?
2. Амбулатор даво қаерда ва ким томонидан олиб борилади?
3. Амбулатор шароитда ДОТС бўйича қайси фазада ва неча ой даволанади?
4. Даволаш схемаси.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	I A	25	15-25	5-14	0
2	ҚВПда УАШ томонидан	25	15-25	5-14	0
3	Қувватловчи фазада 4 ой даволанади	25	15-25	5-14	0
4	H ₇₅ R ₁₅₀ 4 таблеткадан	25	15-25	5-14	0

21. Беморни флюорографиясида ўнг ўпка юқори майдонида парчаланиш давридаги туберкулема аниқланган. Бемор 2 ой шифохонада АБП қабул қилган. Амбулатор даволаниш давом эттирган, тўлиқ эмас. Бир йилдан сўнг рентгенологик: ўнг ўпканинг юқори бўлагига юпка деворли ҳалқасимон соя, атрофида ўрта интенсивликдаги ўчоқли ўзгаришлар бор.

1. Ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қониқар-сиз

		балл	жавоб	жавоб	жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг кавернали сили, яллиғланиш ва тарқалиш даври	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка ўсмаси, ўпка эхинакоккози, ўпка абсцесси, кисталар	20	10-20	5-19	0
3	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-19	0
4	I А	10	7-10	4-6	0-3
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-19	0

22. Бемор 34 ёшда. Оммавий флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида патологик соя аниқланган. Шикоятлари йўқ.

Объектив: умумий аҳволи қониқарли. Ички аъзоларни текшириш натижалари меъёрида. Бронх ювиндисидида МБТ топилмаган. Рентгенограммада: ўнг ўпка илдизи фиброз қаттиқлашган, петрификатлар. Ўнг ўмов ости соҳасида ўлчами 5 см бўлган, аниқ контурли, думалоқ фокуссимон, интенсив соя.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг туберкулемаси зичлашиш даври, ВК-	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпка раки , ўпка абсцесси, ўпка эхинококки	30	20-30	5-19	0
3	II Б	10	7-10	4-6	0
4	3 ой давомида химиопрофилактика	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида химиопрофилактика ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

23. Бола 6 ёшда. Онасининг шикоятлари тана хароратнинг ошиши (37,2-37,3С), боланинг кайфияти ва ҳулкининг ўзгаришига: қўзғалувчанлик, ланжлик, йиғлоқилик, ярим йил аввал туберкулёз билан касалланган амакиси билан қисқа муддат алоқада бўлган.

Объектив текширганда: озғин, тўқималаар тургори камайган, периферик лимфа тугунлари катталашган, улар эластик консистенцияли.

Юрак тонлари бўғиқлашган. Жигар палпациясида бироз катталашган. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси -15мм

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини кўрсатиб беринг.
3. Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Мазкур касалликни қандай касалликлар билан таққослама ташхислайсиз?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб

1	Эрта силдан захарланиш.	30	20-30	5-19	0
2	Қўзғалувчанлик, ланжлик, йиғлокилик, кечкурунларисубфебрилхарорат, бирозозгин, тўқималартургорикамайган, перефериклимфатугунларикаттал ашганлигивауларнингэластиккон систенцияси.	20	10-20	5-9	0
3	Анамнезидан- бемор билан мулоқотда бўлганлиги, БЦЖ қилинганлиги, аввалги 2 ТБ билан қўйилганМанту синамаси натижалари. Қон ва сийдик тахлили. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасининг динамикадаги натижаси. Рентгенологик текширув.	20	10-20	5-9	0
4	Тонзиллоген интоксикация, холецистит, синуситлар, гижжа инвазияси.	30	20-30	5-19	0

24. 28 ёшли бемор шифокорга холсизлик, қуруқ йутал, терлаш безовта қилаётгани учун мурожаат қилди.

Объектив: умумий ҳолати қониқарли, орик, тери қопламлари нам. Ўпка перкуссиясида: иккала томонда ўпка товуши, аускультацияда: дағал нафас.

Рентгенологик: иккала ўпканинг юқори қисмида, чегаралари ноаниқ, ўртача интенсивли, ўпка суръати кучайиш фонида бир нечта ўчоқли соялар бор.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2.Текширув режаси?

3.Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Ташхис қилинган касаллик асоратларини кўрсатинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Иккалаўпканингюқорибўлагининг ўчоқлисилияллийланишдаври.	30	20-30	5-19	0
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон ва сийдик тахлили. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси, Рентген-томографик текширув.	20	10-20	5-9	0
3	Бронхопневмония, сурункали бронхит, ўсма касалликлари билан, рак метастази билан.	20	10-20	5-9	0
4.	Қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши, плеврит, касалликни авж олиши ва бошқа клиник шакллариға ўтиши.	30	20-30	5-19	0

25. Бемор 29 ёшда. Шикоятлари: субфебрил тана харорати, кечаси кўп терлаш, қуруқ йўтал ва умумий ҳолсизликка. Перкуссияда: чап ўпкада перкутор ўпка товуши бўғиқлашган. Аускультацияда: чап ўмров ости соҳасида дағал нафас ва майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Рентгенограммада: чап ўпка юқори бўлагида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, чегаралари ноаниқ фокуссимон соя ўпканинг суръати кучайиш фонида. Балғамда 1-2 МБТ 1 кўриш майдонида.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили, емирилиш даври.	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли пневмония, ўпканинг чегараланган раки, бронхит	20	10-20	5-9	0
3	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
4	IA	10	7-10	4-6	0-3
5	Ўз вақтида аниқланиб, комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

26. Болага 8 ёш. Онасининг шикоятлари: боланинг тез-тез ЎРВИ, зотилжам билан тез-тез касалланиши, озиб кетганлиги, кечкурунлари субфебрил харорат ($37,4-37,5^{\circ}\text{C}$), кўзғалувчанлик, ланжлик.

Объектив текширганда: озгин, тўқималаар тургори камайган, периферик лимфа тугунлар зич консистенцияли, оғриксиз, бир-бири билан қушилмаган. Ўпка аускультациясида: дағал нафас, тарқоқ қуруқ хириллашлар.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини кўрсатиб беринг.
3. Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?
4. Қандай касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
5. Даволаш режасини тузинг

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Сурункали силдан захарланиш.	20	10-20	5-9	0
2	Озибкетганлиги, кечкурунларисубфебрилхарорат ($37,4-37,5^{\circ}\text{C}$), кўзғалувчанлик, ланжлик яккол микрополиадения-9 гуруҳ периферик лимфа тугунлар зич консостенцияли, оғриксиз, бир-бири билан қушилмаган	30	20-30	5-19	0
3	Анамнезидан- бемор билан мулоқотда бўлганлиги. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасининг динамикадаги натижаси. Қон ва сийдик умумий текшириши.	10	7-10	4-6	0

	Рентген-томографик текширув.				
4	Ревматизм, сурункали пневмония, тонзилген интоксикация, жигар ва ут йуллари касалликлари.	20	10-20	5-9	0
5.	Специфик терапия 3-4 препаратлар билан 4-5 ой давомида, сўнг 9-10 ой 3та препарат билан + умумий кувватловчи терапия	20	10-20	5-9	0

27. 30 ёшли бемор иш жойида флюорографик текширувдан ўтаётганда ўнг ўпкасида патологик соя топилган. Беморнинг шикоятлари йук.

Объектив: умумий ахволи қониқарли. Статоакустик текшириш усуллари натижаси меъёрида. Умумий пешоб тахлили меъёрида. Бронх ювиндисидида туберкулёз таёқчалари топилмаган.

Рентгенологик: Ўнг умров суяги ости соҳасида ўлчамлари 3.5см бўлган аниқ контурли, ногомоген, интенсив юмалок фокусли соя.

1.Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2.Текширув режаси тузинг?

3.Шу жараёни авж олиб боишига 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасига қандай жавоб реакция кузатилади?

4. Ташхис қилинган касаллик асоратларини кўрсатинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнгўпканингюқорибўлагинингту беркуломаси. БК-	30	20-30	5-19	0
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон ва сийдик тахлили. 2 ТБ билан Манту синамаси. Кох синамаси. Бронхоскопия Рентген-томографик текширув.	20	10-20	5-9	0
3	Мусбат, гиперергик	20	10-20	5-9	0
4	Диссеминация, деструкция, кон туфлаш, ўпкадан қон кетиши, плеврит.	30	20-30	5-19	0

28. Бемор 39 ёшда. Анамнезда: сурункали бронхит билан хасталанган. Шикоятлари: тана хароратини 37,5C°гача кўтарилиши, холсизлик, хансираш, балғамли йутал. Объектив: бемор рангпар, тери қопламаси қуруқ, озғин.

Перкуссияда: кураклар аро соҳада перкутор товуш қисқарган, аускультатив – тарқоқ куруқ хирилаш, ўнг куракни бурчаги пастк соҳасида – нам хириллашлар. Рентгенологик: Иккала ўпканинг юқори бўлаклари кичиклашган, шу ерда полиморф ўчоқли соялар, ўнг ўпканинг юқори бўлагидида диаметри 3см гача бўлган юпка деворли халқасимон соя бор. Ўпканинг илдизлари юқорига тортилган, «мажнун тол» симптоми бор. Балғамда ВК +.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?

2. Ушбу касалликда кутилиши мумкин бўлган асоратларни кўрсатинг.

3. Силнинг қайси турлари билан таққослама ташхис қилиш керак?

4. Даволаш режаси.

№	Жавоб	Макс.	Тўлиқ	Нотўлиқ	Қониқар-сиз

		балл	жавоб	жавоб	жавоб
1	Иккалаўпканинг юқори бўлақларининг таркоксили, яллиғланиш ва парчаланиш даври (сурункалик кечиш). ВК +	30	20-30	5-19	0
2	Спонтан пневмоторакс, плеврит, ички аъзолар амилоидози. ЎЮЕ. Қон туфлаш, қон кетиш.	30	20-30	5-19	0
3	Крупоз пневмония, коллагенозлар, грипп, сепсис	20	10-20	5-9	0
4	Специфик терапия 3-4 препаратлар билан 4-5 ой давомида, сўнг 9-10 ой 3та препарат билан + умумий қувватловчи терапия	20	10-20	5-9	0

29. 50 ёшли бемор 20 йилдан бери қандли диабетнинг оғир шакли билан хасталанган. Охириги 3 ой мобайнида балғамли йутал, холсизлик, иштахани пасайиши, жисмоний зўриқиш пайтидаги хансираш, айрим вақтлари тана хароратини ошиши безовта килиб келади. Қон туфлашнинг пайдо бўлиши шифокорга мурожат этишга мажбур қилди.

Объектив: Кўкрак қафасининг ўнг тамони яссилашган. Аускультатив: ўнг ўпкада ўртача ва кичик пуфакчали нам хириллашлар, амфорик нафас.

Рентгенологик: ўнг ўпканинг хажми кичрайган, кўкс оралги аъзолари ўнг томонга силжиган. Ўнг ўпканинг юқори бўлағида фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси соҳасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя, атрофида кам микдорда ўчоқли соялар бор. Ўнг ўпка илдизи яллиғланган, кенгайган.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз ?

2. Текширув режаси тузинг?

3. Қайси маълумотлар сизнинг тахминий диагнозингиз хақида далолат беради?

4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

5. Ташхис қилинган касаллик асоратларини кўрсатинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлағининг фиброз - каваклисили, яллиғланиш ва тарқалиш даври. Ёндош: Қандли диабет.	30	20-30	5-19	0
2	Умумий қон ва сийдик тахлили. Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Рентген-томографик текширув.	10	7-10	4-6	0
3	Интоксикация симптомлари, кўкрак қафаси деформацияси, перкутор-аускультатив маълумотлар, рентгенологик- фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси соҳасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя	20	10-20	5-9	0
4	Ўпка абсцесси, ўпка раки, ўпка эхинококки ва ўпка кисталари.	20	10-20	5-9	0
5.	Қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши, ЎЮЕ, ички аъзолар амилоидози,	20	10-20	5-9	0

	пневмосклероз, плеврит, эмпиема.				

30. 34 ёшли бемор 4 йилдан бери туберкулёз билан хаста, мунтазам даволанмаган. Объектив: кўкрак қафасининг чап томони яссиланган, нафас ҳаракатидан биров орқада қолмоқда. Перкутор чап ўпкада – ўпка товуши тўмтоқлашган, аускультацияда: сусайган везикуляр нафас, жарангсиз нам хириллашлар. Рентгенологик: чап ўпканинг ҳажми кичрайган, кўкс ораллиги аъзолари чап томонга силжиган. Чап ўпканинг юқори қисмида ногомоген, пастки чегараси ноаниқ, ёруғланиш сохали, интенсив соя; пастки қисмларида эса полиморфли, ўчоксимон соялар аниқланмоқда. Чап ўпка илдизи юқорига тортилган (“мажнунтол” симптоми).

1. Сизнинг тахминий таъхисингиз?
2. Текширув режаси?
3. Шу жараённинг асоратларини кўрсатинг?
4. Даволаш режаси.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг цирротик сили яллиғланиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Ички аъзолар амилоидози, нафас етишмовчилиги, ЎЮЕ. Қон туфлаш, қон кетиш.	20	10-20	5-9	0
4	Специфик терапия 3-4 препаратлар билан 4-5 ой давомида, сўнг 9-10 ой 3та препарат билан + умумий қувватловчи терапия	20	10-20	5-9	0

31. 40 ёшдаги беморнинг шикоятлари: балғамли йутал, тана ҳароратининг 38,5°Сгача кўтарилиши, холсизлик, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш, озиб кетиш. Аускультатив: ўнг ўпкада ҳар-ҳил калибердаги пуфакчали нам хириллашлар. Рентгенологик: ўнг ўпканинг ҳажми кичрайган, кўкс ораллиги аъзолари ўнг томонга силжиган. Ўнг ўпканинг юқори бўлагиди фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси соҳасида деворлари қалин бўлган d-4смди халқасимон соя, атрофида ўчоксимон соялар бор. Ўнг ўпканинг илдизи кенгайган ва зичлашган.

1. Сизнинг тахминий таъхисингиз?
2. Текширув режаси?
3. Қайси касалликлар билан таққослама таъхис ўтказиш керак?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Асосий: Ўнг ўпка юқори бўлагининг фиброз - кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	30	20-30	5-19	0

2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси. Қон ва сийдикдаги қанд микдорини аниқлаш.	20	10-20	5-9	0
3	Ўпка абсцесси, ўпка раки, Ўпка эхинококки ва ўпка кисталари билан	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олган ҳолда) + дезинтоксикацион қанд микдорини туширувчи препаратлар+ умумий қувватловчи терапия.	30	20-10	5-19	0

32. Бола 7 ёшда. Яллиғланган туберкулёз билан хасталанган (ВК+) бувиси билан мулоқотда бўлган. Хозирда шикоятлари йук, аммо 2 ТБ билан қўйилган Манту синамасига 12мм ли жавоб реакцияси кузатилди (аввалги барча синамалар 0 мм га тенг бўлган). Туғруқхонада БЦЖдан сўнги чандиқ-5мм.

Объектив: захарланиш белгилари йук, қон ва сийдик тахлиллари меъёрида.

Навбатдаги рентгенологик текширувда ўнг ўпка илдизи кенгайган, чегаралари нотекис.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Кўкрак ичи лимфатик тугунлари сили.	40	30-40	5-29	0
2	Чап илдиз соҳаси томограммаси Туберкулёз таёқчасига балғамни экмаси Иккиламчи флорага балғамни экиш	20	10-20	5-9	0
3	Тонзилитли интоксикация, мононуклеоз, лимфолейкоз.	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия	20	10-20	5-9	0

33. Бемор 45 ёшда. Шикоятлари: тана хароратининг ошиши, умумий ҳолсизлик, қон аралаш балғамли йутал, жисмоний зўриқишдаги хансираш.

Объектив: Тана харорати 37,5°C, кўкрак қафасининг чап томони нафас актида кечикмоқда. Перкуссияда: чап ўпканинг чўққисида перкутор товуш қисқарган. Аускультацияда: кам микдорда майда пуфакли жарангдор нам хириллашлар эшитилмоқда, бошқа аъзолар томонидан ўзгаришлар аниқланмади.

Рентгенологик: чап ўпканинг 3-сегментида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, чегаралари ноаниқ, атрофида перифокал яллиғланиш бўлган, илдиз билан боғланган соя аниқланди. Ўпка илдизи кенгайган ва яллиғланган.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпканинг яллиғланган сили	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси. Чап ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Носпецифик пневмония Ўпкаўсмаси Замбуруғ этиологияли пневмония	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия	20	10-20	5-9	0

34. 32 ёшли беморда холсизлик, иштаха пастлиги, қуруқ йутал, кечкурунлари тана ҳароратининг 37,3-37,4°C гача ошиши каби белгилар пайдо бўлгач врачга мурожат қилди.

Перкуссияда: иккала ўпка устида ўпка товуши. Аускультацияда: чап ўпканинг умров ости соҳасида дағал нафас, хириллашлар йук. Қон тахлили меъёрида.

Рентгенологик: чап ўпканинг 1-сегментида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, чегаралари ноаниқ, 3 см атрофида соя аниқланди. Ўпка илдизи кенгайган ва яллиғланган.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпканинг яллиғланган сили.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси. Чап ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Носпецифик пневмония, ўпкаўсмаси, ўчоқли туберкулёз, замбуруғ этиологияли пневмония.	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0

35. Бемор 37 ёшда, хайдовчи. Иш жойида флюорографик текширувда ўнг ўпканинг умров ости соҳасида диаметри 2,5 см ли контурлари аниқ булган, соҳада ёруғланиш ва ўчоқли юмолук соя аниқланди. Охириги 4 йилда туберкулёз билан касалланган акаси билан мулоқотда бўлган.

Обектив текширганда: умумий ахволи қониқарли. Ўпка перкуссиясида: ўпка товуши, аускультацияда: ўнг томонда куракнинг юқори бўлагиди кам микдорда куруқ ва майда пуфакли нам хириллашлар эшиитилмоқда.
Лейкограммада: Лейк.-10000, эоз.-1%, т/я-8%, сегм./яд.-63%, лимф.-17%, мон.-11%, ЭЧТ-20 мм/с.Балғамда 1 кўрув майдонида 10-15 тагача МБТ аниқланди.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Ташхисни аниқлаштириш мақсадида қандай қўшимча текширувлар ўтказиш керак?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даво тактикаси қандай бўлиши керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг юқори бўлагининг туберкуломаси, парчаланиш ватарқалиш даври. БК -	40	30-40	5-29	0
2	Балғамни силтаёқчасига бактериоскопи қва бактериологик текшириш. 2 ТБ билан қўйилган Мантусина маси. Бронхоскопия Рентгеномографик текширув.	20	10-20	5-9	0
3	Бронхопневмония, периферик рак, ўпка эхиноккози, ретенцион киста.	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия. Консерватив терапия самарасиз бўлганда жаррохлик амалиёти.	20	10-20	5-9	0

36. Касаллик кам белгилар билан бошланди. Шикоят: ҳолсизлик ва дармонсизлик билан. Анамнездан туберкулёз касаллари билан мулоқат аниқланмади. Гемограмма: лейкоцитлар-9000, ЭЧТ – 24 мм/с. балғамда қўзғатувчи ингаляциядан сўнг 1 кўрув майдонида 5-6 тагача МБТ аниқланди. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси 14 мм бўртмача. Рентгенологик: ўнг ўпканинг юқори бўлагиди ногомоген, ўртача интенсивликда, ноаниқ чегарали 5 смгача ёруғланиш сохаларига эга бўлган соя аниқланмоқда.

1. Ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гурухи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг яллиғланган сили емирилиш даври, ВК +	30	20-30	5-19	0
2	Носпецифик пневмония, емирилиш давридаги ўпка раки, ўткир бронхит, замбуруғли пневмония	20	10-20	5-9	0
3	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
4	IA	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс	20	10-20	5-9	0

	химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий				

37. Бола 4ёш. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва ҳулкининг ўзгаришига: кўзғалувчанлик, ланжлик, йиғлоқилик, кечкурунлари субфебрил ҳарорат. 2 ТБ билан кўйилган Манту синамасига-папула 16мм. Туғилгандаги БЦЖ вакцинациядан кейинги чандиқ ўлчами-6мм. Аввлги синамалар: 1ёшда-папула 8мм, 2ёшда - 7мм, 3ёшда - 5мм. 3 ой аввал туберкулёз бемори Билан оилада мулоқотда бўлган.

Объектив текширганда: бироз озғин. Тери қопламаси тоза, мушаклар тургори камайган, периферик лимфа тугунлар катталашган, юмшок-эластик консистенцияли.

Рентгенограммада: илдизолди соҳасида ўпка суратининг кучайиши.

1.Сизнинг ташхисингиз.

2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини кўрсатиб беринг.

3.Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?

4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Эрта силдан захарланиш.	30	20-30	5-19	0
2	Кўзғалувчанлик, ланжлик, йиғлоқилик, кечкурунлари субфебрил ҳарорат, бир оз озғин, тўқималаар тургори камайган, периферик лимфа тугунлари катталашганлиги ва уларнинг эластик консистенцияси.	30	20-30	5-19	0
3	Сийдик тахлили, қон тахлили Балғам тахлили, 2 ТБ билан кўйилган Манту синамаси 16 мм.	10	7-10	4-6	0
4	Тонзиллоген интоксикация Сурункали гепатохолестисцит Гайморит Гижжа инвазияси	30	20-30	5-19	0

38. Бемор 19 ёш, тана ҳароратининг 39,0° С га ошиши, ҳолсизлик, тинч ҳолдаги ҳансираш, қуруқ йутал, кечкурунлари терлашга шикоят қилади

Анамнездан: ёшлигида туберкулёз билан ҳасталанган, диспансер кўригидан олинган.

Объектив: рангпар, ҳолати мажбурий, тери қопламаси нам, ориқ. НОС 40та бир дақиқада, пульс 120та бир дақиқада. Перкуссияда: иккала ўпканинг барча юзаси бўйлаб-тимпанит, аускультацияда:оз микдорда қуруқ хириллашлар. Бронх ювиндисиди- МБТ аниқланмади.

Рентгенограммада: ўпка илдизидида петрификатлар, иккала ўпкада бутун ўпка майдони бўйлаб симметрик майда тариксимон гомоген чегаралари ноаниқ бир хил ўлчамдаги ўчоқли соялар аниқланмоқда.

Умумий қон тахлилида: Лейк.-11200, эоз.-1%, т/я-9%, с/я-65%, лимф.-18%, мон.-7%, ЭЧТ-40 мм/с. 2ТБ даги Манту синамаси-манфий.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Текшириш режасини тузинг?

3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Упкаларнинг милиар сили инфильтрация даври. ВК-abs	30	20-30	5-19	0

2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Динамикада рентгеномографик текширув.	30	20-30	5-19	0
3	Ўпка гемосидерози, ўпка карциноматози, сепсис.	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0

39. Бемор шикоятлари: балғамли йўтал, қон туфлаш, хансираш, субфебрил тана ҳарорати, умумий ҳолсизлик, кечаси кўп терлаш. 10 йилдан бери СҚД да назоратда туради. Объектив: бемор озғин, кўкрак қафаси деформацияланган. Рентгенологик: ўнг ўпканинг юқори бўлагида қалин деворли нотўғри шаклдаги халқасимон соя, атрофида ўпка тўқимаси фиброз қалинлашган ва полиморф ўчоқлар бор, кўкс оралиғи аъзолари сояси ўнг томонга силжиган. Балғам таҳлилида 1 кўрув майдонида 10-15 МБТ топилган.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг фиброз-кавакли сили, яллиғланиш ва тарқалиш даври. ВК+	30	20-30	5-19	0
2	Ўпка абсцесси, ўпка эхинококки, ўпка кистаси	30	20-30	5-19	0
3	I А	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	10	7-10	4-6	0

40. Бемор 32 ёшда. Оғир туғруқдан сўнг узок вақт ҳолсизлик, балғамли йўтал, терлаш, хансираш, тана ҳароратини 38 -39 С гача кўтарилиши ва 6 кг озганини сезган. Анамнезига кўра ёшлигида туберкулёз билан хасталанган ва даволаниб диспансер кўригидан чиқарилган. Объектив: беморнинг аҳоли оғир, тери қопламлари ва шиллик қаватлари оқарган, НОС 36та 1 дақиқада. Ўпкада перкутор – икки тамонлама ўпка товуши қисқарган, аускультатив – дағал товуш асоаида тарқоқ қуруқ хириллашлар . Пульс 112та 1 дақиқада. . 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси –манфий. Рентгенологик: Иккала ўпканинг чўқкидан диафрагмагача майда бир хил ўлчамдаги ўрта интенсивликдаги ўчоқли соялар бор.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Милиар туберкулёз	30	20-30	5-19	0
2	Умумий қон ва сийдик тахлили. Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Динамикада. 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси Динамикада рентгеномографик текширув.	30	20-30	5-19	0
3	Ўпка гемосидерози, ўпка карциноматози, сепсис.	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0

41. 20 ёшли йигитда флюорографияда ўнг ўпгада патологик соя аниқланган. Шикоятлари йук.

Объектив: умумий ҳолати қониқарли, перкутор ва аускультатив ўзгаришларсиз.

Рентгенологик – ўнг ўпканинг S-I, S-II да 1,0 см гача бўлган ногомоген, чегаралари ноаниқ, ўрта интенсивлиқли соялар бор. Ўпкаилдизи кенгайган ва яллиғланган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг ўчоқли сили яллиғланиш даври.	40	30-30	5-29	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Ўпка томограммаси	30	20-30	5-19	0
3	Ўчоқли зотилжам, ўпканинг ўсмаси, вегетоневроз, тиреотоксикоз билан	30	20-30	5-19	0

42. 24 ёшли аёл шикоятлари: ҳолсизликга, терлашга, юрак тез уришига.

Объектив: умумий ҳолати қониқарли, орик, бемор рангпар. Перкуссия ва аускультацияда – ўзгаришларсиз.

Рентгенологик: чап ўпканинг S-I, S-III, 0 см гача ногомоген, чегаралари ноаниқ, ўртача интенсивликдаги ўчоқли соялар бор, ўпка сурати кучайган. . 2 ТБ билан қўйилган Манту синамаси – инфильтрат 13 мм.

1. Сизнинг тахминий ташхисингиз?
2. Қандай маълумотлар ташхисни тасдиқлайди?
3. Текширув режаси?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб

1	Чап ўпка юқори бўлагининг ўчоқли сили яллиғланиш даври.	30	20-30	5-19	0
2	Касалликнинг кам белгилар билан бошланиши, рентгенологик- чап ўпканинг S-I, S-II 1,0см.гача, чегаралари ноаниқ ўрта интенсивли, ўчоқли соялар, мусбат туберкулин синамалар.	20	10-20	5-9	0
3	Ўчоқли зотилжам, ўпканинг ўсмаси, вегетоневроз, тиреотоксикоз билан	20	10-20	5-9	0
4.	Силга қарши комплекс терапия: 4 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	30	20-30	5-19	0

43. Бемор тез ёрдам машинасида юқумли касалликлар шифохонасига “Қорин тифи” ташхиси билан олиб келинди. Беморнинг ахволи оғир. Шикоятлари: қуруқ йўтал, хансираш, умумий ҳолсизлик. . Тана ҳарорати 39-40°C. Рентгенологик:Эмфизема ўпка фонида иккала ўпка чўққисидан то диафрагма гумбасигача ўрта интенсивликдаги майда тариксимон ўчоқли соялар мавжуд. Балғам таҳлилида МБТ аниқланмаган.2 ТБ билан Манту синамаси – манфий.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Такқослама ташхис.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Милиар туберкулёз.ВК abs	30	20-30	5-19	0
2	Альвеолитлар, силикоз, саркоидоз, қорин тифи	30	20-30	5-19	0
3	I A	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

44. Беморнинг шикоятлари: истма 38°C гача кўтарилишига, ҳолсизликга, иштахани камайиши, озиб кетишга.

Объектив: кўкрак қафасининг ўнг тамони нафас ҳаракатида бироз орқада қолмоқда. Перкутор ўнг ўпкада – ўпка товуши қисқарган, аускультацияда –майдапуфакчали нам хириллашлар.

Рентгенологик – ўнг ўпканинг пастги бўлагиди ички деворлари аниқ, ташқи деворлари ноаниқ, деворларнинг қалинлиги 2-3мм бўлган халқасимон соя, атрофида 1,0см.гача бўлган ўчоқли соялар бор.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан такқослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка пастки бўлагининг кавакли сили яллиғланиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси	30	20-30	5-19	0
3	Ўпка абсцесси, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки	30	20-30	5-19	0

45. Бемор 32 ёшда, 4 йилдан буён ўнг ўпканинг яллиғланган сили билан СҚД ҳисобида назоратда туради. Мунтазам даволанмаган. Навбатдаги кўкрак қафаси рентгенологик текширувида ўнг ўпка юқори соҳасида ички чегаралари аниқ, ташқи чегаралари ноаниқ, деворлари юпка халқасимон соя аниқланди. Атрофида ўпка суръатининг кучайиш фонида ўчоқли соялар бор.

Объектив текширганда патологик ўзгаришлар аниқланмади.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Ушбу касалликларнинг келиб чиқиш сабабини кўрсатинг?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка пастки бўлагининг кавакли сили яллиғланиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси	20	10-20	5-9	0
3	Мунтазам даволанмаганлиги, туберкулёз таёқчасининг силга қарши препаратларга тургунлигини ривожланиши.	20	10-20	5-9	0
4	Абсцесс, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки билан	20	10-20	5-9	0

46. 43 ёшдаги беморнинг шикоятлари: балғамли йутал, тана ҳароратини 38⁰Сгача кўтарилиши, ҳолсизлик, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш, озиб кетиш.

Объектив: кўкрак қафасининг ўнг тамони яссилашган, нафас актида бироз орқада қолмоқда.

Аускультацияда: ўнг ўпкада амфорик нафас, ўртача ва кичик пуфакчали нам хириллашлар.

Рентгенологик – ўнг ўпканинг ҳажми камайган, кўкс оралиғи аъзолари ўнг томонга силжиган. Ўнг ўпканинг юқори бўлагида фиброз ўзгарган ўпка тўқима орасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя, атрофида кам микдорда диаметри 1 смгача бўлган ўчоқли соялар бор. Ўнг ўпка илдизи юқорига тортилган, зичлашган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг.
3. Қайси маълумотлар ушбу диагнозни тасдиқлайди?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпка юқори бўлагининг фиброз – кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	30	20-30	5-19	0
2	Қон ва сийдик умумий тахлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси	20	10-20	5-9	0
3	Интоксикациясимптомлари, кўкракқасидеформацияси, аускультацияда: амфорикнафас, рентгенологик фиброз ўзгарган ўпка тўқима орасида деворлари қалин бўлган халқасимон соя, атрофида кам микдорда ўчоқли соялар	20	10-20	5-9	0
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + дезинтоксикацион + симптоматик терапия.	30	20-30	5-19	0

47. Бемор А. 44 ёшда.проф. текширувда флюорографияда чап ўпканинг 1-2 сегментларида 1см.гача бўлган паст интенсивликдаги ноаниқ чегарали ўчоқлар аниқланади. Шикоят йўқ. Обьектив текшириш натижалари ўзгаришсиз.

1. Сизнинг ташхисингиз.
2. Таққослама ташхис.
3. Диспансер гурухи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Чап ўпка 1-2 сегментларининг ўчоқли сили, яллиғланиш даври	30	20-30	5-19	0
2	Ўчоқли зотилжам, ОРЗ, бронхит ва бошқалар	30	20-30	5-19	0
3	I A	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	10	7-10	4-6	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	20	10-20	5-9	0

48. Беморда касаллик 4 ой илгари ўткир бошланган.

Шикоятлари: тана хароратининг 38°Сгача кўтарилиши, балғамли йутал, кўкрак қафасидаги оғриқ, холсизлик, кўп терлаш, юрак тез уриши. Анамнездан: туберкулёз билан касалланган онаси билан мулоқотда бўлган.

Беморга фтизиатр ўпканинг яллиғланган сили ташхисини қўйган.

Рентгенологик: чап ўпканинг I-II сегментида ички деворлари аниқ, ташқи деворлари ноаниқ халқасимон соя аниқланди, деворининг қалинлиги 2-3мм. Халқасимон соя атрофида ўпка тўқимаси кучайиши фонида кам сонли ўртача интенсивликдаги ўчоқли соялар бор.Ўпка илдизлари яллиғланган ва кенгайган.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг.
3. Ушбу касалликларнинг асосий рентгенологик белгиларин кўрсатинг?
4. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий таҳлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика Ўпка томограммаси.	20	10-20	5-9	0
3	Ўпкада атрофида яккол перифокал яллиғланиш эга булмаган халқасимон соя. Сояичкидеворларианиқ, ташқи деворлариноаниқ, деворининг қалинлиги 2-3 мм, атрофида тарқалиш ўчоқлари билан.	20	10-20	5-9	0
4	Абсцесс, ўпка ўсмаси, ўпка эхинококки	20	10-20	5-9	0

49. 14 ёшли ўсмир флюорограммасида чап ўпканинг илдизда патологик жараён аниқланди. Ўпка илдизи кенгайган, фистонли аниқ чегарали. Тахминий ташхис: Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили (тумороз шакли).

1. Текшириш режасини тузинг.
2. Текширишнинг қандай натижалари ташхисни ойдинлаштиради.
3. Диспансер гуруҳи.
4. Даволаш.
5. Оқибати.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Текшириш режаси: - қоннинг умумий таҳлили; - балғамни ВК га текшириш; - кўкрак қафаси рентгенограммаси: -2 ТЕ билан қўйилган Манту синамаси	30	20-30	5-19	0
2	Текширишлар натижаси: а) қоннинг таҳлилида: лейкоцитоз, лимфопения, ЭЧТ ошиши;	30	20-30	5-19	0

	б) балғамда камдан кам холларда ВК топилади; в) рентгенологик: кўкрак ичи лимфа тугунлари катталашган, ўпка илдизида кенгайиш ва деформация. г) 2 ТЕ билан қўйилган Манту синамаси -гиперергик реакция				
3	I А	10	7-10	4-6	0
4	Даволашнинг асосий тамоилларига асосланиб, комплекс равишда 3-4 хил силга қарши антибактериал препаратлар билан даволаш	20	10-20	5-9	0
5	Ўз вақтида аниқланиб комплекс химиотерапия ўтказилса оқибати ижобий	10	7-10	4-6	0

50. Беморнинг флюорографиясида чап ўпка юқори қисмида диаметри 1,5х2 см халқасимон соя. Соя деворининг ички чегаралари аниқ, ташқи чегаралари ноаниқ, қалинлиги 3-4мм, соя атрофида 1см гача ўртача интенсивликдаги ўчоқли соялар. Кўрикда беморнинг шикоятлари йўқ.

Объектив: ҳолати қониқарли, перкуссия ва аускультацияда ўзгаришлар йўқ.

1. Сизнинг ташхисингиз?

2. Текшириш режасини тузинг.

3. Ушбу касалликнинг асосий рентгенологик белгиларин кўрсатинг?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Чап ўпка юқори бўлагининг кавакли сили яллиғланиш ва тарқалиш даври.	40	30-40	5-29	0
2	Қон ва сийдикни умумий таҳлили Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Туберкулинодиагностика. Ўпка томограммаси.	30	20-30	5-19	0
3	Ўпкада атрофида яккол перифокал яллиғланиш ва тарқалиш ўчоқлари билан. Сояички деворлари аниқ, ташки деворлари перифокал яллиғланиш хисобига ноаниқ, деворининг қалинлиги 2-3 мм.	30	20-30	5-19	0

Амалий қисм

Маъруза №1. Туберкулёз ҳақида тарихий маълумотлар. Силни ўрганишда асосий ривожланиш босқичлари. Ўзбекистон Республикасида силга қарши курашиш давлат тизимини шакллантиришда олимларнинг ўрни. Туберкулёз эпидемиологияси.

<i>Маъруза машғулотининг технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Фтизиатрия фани, унинг тарихи ҳақида
	2.Туберкулёз ривожланиш босқичлари, талабалар билимларини мустаҳкамлаш
	3. Силга қарши курашда олимлар тутган ўрни
	4.Силнинг эпидемиологик кўрсаткичлари
	5.Ўзбекистонда туберкулёз эпидемиологияси
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	Таълимий:талабаларгаФтизиатрия фани, унинг мақсади ва вазифалари ҳақида тушинчилар ҳосил қилиш. Силнингтарқалиши, унинг диагностикаси, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга силни эрта аниқлаш, эпидемиологик вазият, унинг кўрсаткичлари, атоли орасида эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янгиадабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Туберкулёз ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намоиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намоиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Фанлараро ва фан ичидаги боғлиқлик

Шу мавзуни ўқитишда талабаларнинг нормал физиология, патологик физиология, микробиология, ички касалликлар пропедевтикаси бўйича ўзлаштирган билимларига асосланади. Фтизиатрия фани бошқа клиник фанлар қатори, умумий амалиёт шифокори билиши зарур бўлган тиббий билимлар асосини ташкил этади. У соғлиқни сақлаш амалиётида умумий амалиёт шифокорларига касалликларни тўғри ташхислаш ва даволаш ишларини юқори савияда амалга ошириш таъминлайди.

Маърузанинг қисқача матни

Туберкулёз – турли аъзо ва тўқималарда махсус ўзгаришлар ривожланиши ва бутун организмнинг функционал ўзгариши билан кечувчи сурункали юқумли касалликдир.

Бугунги кунда касаллик номи, Лаэннек ва туберкулёз яллиғланишининг марфологик асосида дўмбоқча – tubercula, ётишини исботлаган немс терапевти Шенлейн томонидан критилган. Туберкулез атамаси энг кўп қўлланилади ва оммавий қабул қилинган.

Фтизиатрия – туберкулёз ҳақидаги фан, юнонча ftisicus – ориқлаш сўзидан келиб чиққан бўлиб, дастлаб Мортон қўллаган. У 1689 йилда “фтизиология ёки туберкулёз ҳақида трактат” деб номланувчи ушбу касаллик ҳақидаги биринчи монографияни ёзган.

Бугунги кунга келиб фтизиатрияда бир қанча йуналишлар мавжуд: фтизиатрия, фтзиопедиатрия, фтизиохургия, фтзиоурология, фтизиоортопедия ва хоказо.

Туберкулёз ҳақидаги таълимотни ривожланишини шартли равишда уч даврга бўлиш мумкин:

- 1) эмперик давр – туберкулёз ҳақидаги асосий билимларга клиник кузатишлар орқали эришилган, бу давр энг давмий бўлиб, узоқ ўтмишдан XVIII аср бошигача давом этган.
- 2) Клиник-анатомик кузатишлар даври – XVIII аср бошидан XIX аср бошигача давом этган.
- 3) Функционал йўналиш даври – фзика, микробиология фанлари ютуқлари, шу жумладан Р. Кох томонидан қўзғатувчининг аниқланиши туберкулёз эпидемиологияси, клиникаси ва даволаниши соҳаларида илмий тадқиқотларининг ривожланишига туртки бўлган давр. Бу давр ўз навбатида яна иккита даврга бўлинади:

а) антибиотикларгача бўлган давр – XIX аср охиридан XX аср 40- йиллари охиригача;

б) антибиотиклар даври – XX аср 50-йиллари бошлари ва ҳозирги давргача давом этмоқда.

Ибн Синонинг йирик асарларидан бири – “Тиб қонунлари” 600 йил давомида Шарқ ва Ғарб тиббий мактабларида асосий қўлланма бўлиб хизмат қилди. Бу китоб 3 қисмдан иборат бўлиб (1600 дан ортиқ варақ) анатомия, физиология, иқлимшунослик (климотология), диетика, пропедевтика, клиника ва даволаш ҳақида маълумотлар берилган.

Ибн Сино узоқ вақт давом этган плеврит туберкулёз ёки эмпиемага ўтади деб ҳисобларди. Туберкулёз деганда Ибн Сино ўпканинг ва баъзи ҳолларда ҳиқилдокнинг ярали шикастланишини тушунган. Унинг кузатишларига кўра силнинг тузалиши шикастланиш даражаси ва организм ҳолатига боғлиқ. Агар туберкулёз йиринглаш, бронхлар яраланиши, йиринг ажралиши билан бошланса ўпканинг узлуксиз ҳаракатланиши сабабли касаллик қийин тузалади. Туберкулёз юқумга мойил бўлади.

Ибн Сино ўпка йиринглаши йутал билан балғам ажралишига сабаб бўлишини айтиб ўтади. Иситма кучайганда балғам ажралиши кўпаяди. Касаллик авжланиши организм умумий ахволини ёмонлаштиради, иситма кескин ортади, бемор ориқлайди. Туберкулёз иситмасининг ўзига хос томони йўқ, баъзан 4-5 кунлик интервал кузатилади. Касаллик кучайиб бориб, бемор ахволи анча ёмонлашиб қолган бўлса ҳам иситма бўлмаслиги мумкин. Парчаланиш ва йиринглаш туфайли балғам миқдори кўпаяди, мазаси шўримтир

бўлади. Томир зарби таранг, бироз тезлашган бўлиши мумкин. Иштаха сусаяди. Йўталга қарши наркотиклар қўлланилади. Ичимликлардан мева ва сабзавотлар шарбати (узум, анор, ошқовоқ), балғам кўчиши қийин бўлганда нордон чой (шинни ва сирка билан) ва асал чой, қон тупиришда Хинд ўсимликлари уруғидан қилинган таблеткалар тавсия қилинади.

Султон Али Хуросоний 1526 йилда Самарқандда “Дастур - Элож” (Даволаш бўйича қўлланма, 446 бет) номли асар ёзди у туберкулёз ўпка ва суякларни шикастланишини айтиб ўтади. Ўпка шакилларини муаллиф икки босқичга ажратади:

- 1) Яллиғланиш-пневмония, у иситма, ланжлик билан катарга ўхшаб бошланади. Бу босқичда қон туфлаш содир бўлиши мумкин.
- 2) Суяклар сили, бу силда дастлаб оғриқ ва шиш кузатилади, кейинчалик эса яраланиш кузатилади.

Султонкул Саид Баходир 1702 йилда “Ахсий-Албиби” китобини ёзди. Бу китоб Ўзбекистон ўрта асрлар олимларининг охириги қўлёзмаларидан ҳисобланади. Китобда муаллиф силни 2 босқичини фарқлайди:

- 1) Яллиғланиш – пневмоник.
- 2) Ярали.

Яллиғланиш-пневмоник шаклини плеврит ва ўпка яллиғланишидан фарқлайди ва уларнинг алоҳида бобда тасвирлайди. У силни нотипик иситмали, йутал ва қусиш билан кечувчи узоқ давом этувчи касаллик деб ҳисоблайди. Даво сифатида асосан пархез тавсия қилинади.

Қадимги Эронда бу касалларни ажратиб қўйганлар, кўпгина мамлакатларда улар билан турмиш қуриш тақиқланган. Силнинг юқумли эканлиги ҳақида Гален, Фракастро (1546) айтиб ўтганлар. 1000 йилдан сўнг эса Лаэннек, Этмюллерлар касаллиқнинг асосий манбаси туберкулёз билан хаста одам эканлигини такидлаганлар. Силнинг юқумли эканлигини охиригача Франсуз шифокори Вельменнинг (XIX аср) тажрибалари исботлади.

Туберкулёз яллиғланишида казеоз вужудга келиши ҳам улар томонидан аниқланган. Лаэннек силдаги стетоакустик синдромлар ҳақида ҳам ёзган. Рус олими Пирогов 1852 йилда ўз тадқиқотлари асосида гигант ҳужайраларни ва бирламчи тарқоқ туберкулёз патологоанатомиясини тасвирлаб берди, шунингдек миллиар силни тифсимон шаклини ажратди. Пирогов, шунингдек, ўпка, суяклар, лимфа тугинлари ва мия пардалар сили ҳақида ҳам маълумотлар берган. Ушбу даврнинг катта ютуқларидан бири Вильмен тажрибаларидир (1865). У лаборатория ҳайвонларини туберкулёз билан касалланган кишининг балғами билан зарарлади ва силнинг юқумлилигини исботлади. 1879 йилда Конгейм куёнлар кўзининг олдинги камерасига туберкулёз билан касалланган аъзо бўлақларини юборди ва уларда кўз силни чақирди, бу билан силнинг юқумлилиги яна бир бор исботланди.

1882 йилда фан оламида йирик кашфиёт содир бўлди – Р. Кох туберкулёз кўзғатувчисини аниқлади. У кўзғатувчининг тоза културасини ажратиб олди ва у билан лаборатория ҳайвонларини зарарлантирди. Ўз тадқиқотларини натижасини у 1882 йили 24 мартда Берлинда “Физиологик жамият” мажлисида эълон қилди. У 1905 йилда Нобел мукофотига эришди. Ўз тадқиқотларини давом эттириб у 1890 йилда туберкулин олди, уни силни даволаш учун таклиф қилди. Лекин туберкулин қутилган натижани бермади.

Француз тадқиқотчиси Клеменс Перке Кох туберкулинидан фойдаланиб аллергия феноменини очди ва туберкулёз диагностикаси учун ўз синамасини таклиф қилди (1907). Икки йилдан сўнг Мантунинг тери ичи синамаси ишлаб чиқилди.

Француз олимлари Кальметт ва Герен олиб борган микробиология соҳасидаги изланишлар туберкулёз профилактикаси учун қудратли восита – БЦЖ вакцинаси кашф қилинишига олиб келинди (1919).

1943 йилда Ваксман яратган стрептомицин таклиф қилинди.

Туберкулёз билан курашишнинг ташкилий шакллари ҳам тараққий этиб борди. 1887 йилда Эдинбургда (Шотландия) туберкулёз касалларига тиббий ва ижтимоий ёрдам кўрсатувчи 1- диспансер ташкил этилди.

Совет Иттифоқида силга қарши хизмат давлат бюджетида эди. Уша даврларда янги мутахасислик – фтизиатрия қрилди.

1925 йилда Кальметт проф. Тарасевичга БЦЖ вакцинасини штаммини тақдим қилди, у БЦЖ -1 деб рўйхатга олинди. 1928 йилда эмлаш фақат туберкулёз ўчоқларида ўтказила бошланди, 1935 йилда эмлаш кенг қамровли қўлланила бошланди. 1950 йилда эмлаш мажбурий равишда қилина бошланди.

1947-48 й.й. силни аниқлаш учун флюорография хизматидан фойдаланиш йўлга қўйилди. 1961 йилдан бу нарса оммавий тус олди. Бу даврда силга қарши курашишга ўзларининг бекиёс хиссаларини Семашко Н.А., Соловьев З.П., Мунблант Е.Г.лар қўшдилар.

Ўзбекистонда фтизиатрия фан сифатида 1922 йилдан яъни Ўрта Осиё Давлат Университетида тиббиёт факультети ташкил қилингандан бошлаб ривожлана бошлади. Тиббиёт факультетида 1928 йилгача фтизиатрия масалаларини проф. Сломин М.И. факультатив терапия курсларида ёритиб борарди. 1928-30 й.й. туберкулёз курси ташкил қилинди, бошлиғи доцент Аковбян Г.А., кейинчалик Гаспарян И.Г.. 1944 йилда курс асосида кафедра тузилди, бу кафедрага 1967 йилгача проф.Гаспарян И.Г. бошчилик қилди.

1931-76 йилларда Ўзбекистон Туберкулёз илмий текшириш институти профессор, кейинчалик академик Ш.А.Алимов бошчилиги остида туберкулёз эпидемиологиясини чуқур ўрганиш ва шу асосида у билан курашни йўлга қўйиш соҳасида салмоқли ишларни амалга оширилди.

1926-28 йиллардан бошлаб суъний пневмоторакс кенг қўлланилмоқда. 1928 йилда френкоэкзерез операцияси тадбиқ қилинди. 1934 йилда профессор Орлов И.И. клиникасида биринчи торакопластика операцияси амалга оширилди, 1948-54 йилларда кавернотомия, экстраплеврал пневмолиз, кўп босқичли торакопластика операциялари қўлланилмоқда.

1954 йилдан силнинг жаррохлик усулида даволашнинг яна бир йўналиши ўпка резекцияси ривожланмоқда. 1960 йилдан туберкулёз касалларига жаррохлик ёрдами кўрсатиш профессор Кориев Т.М. бошчилигида ривожланмоқда. Барча вилоятларда хирургик бўлимлар ташкил қилинмоқда. Ўзбекистонда фтизиохрургиянинг ривожланиши Қориев Т.М., Фирер С.Л., Каплан М.М., Люшина Г.И., Крафцова М.М, Абдумуминов А.А. ва бошқаларни номи билан боғлиқ.

Бугунда Республикада йирик стационар ва санатория муассасалари ташкил этилган. Режа асосида илмий равишда туберкулёз профилактикаси бўйича ишлар олиб борилмоқда. Туберкулёз билан курашишнинг Миллий дастури ишлаб чиқилган, бироқ хали тасдиқланмаган. Республика туберкулёз ҳақидаги қонунни қабул қилиниш арафасида турибди. Силга қарши воситалар ишлаб – чиқарувчи “Сурхон аджанта лимитед” корхонаси ишламоқда.

ТУБЕРКУЛЁЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Сурункали юқумли касаллик , организмдаги барча аъзо ва тизимларни зарарлайди ҳамда оғир асоратларга олиб келади.

Туберкулёз глобал масштабда

Дунё аҳолисини учдан бир қисми (2 миллиард) туберкулёз билан зарарланган

Дунёда ҳар йили 8 - 10 миллион одам туберкулёз билан касалланади

Дунёда ҳар йили туберку-лёздан 3 миллион одам ўлади:

Аёллар – 900 000

Болалар – 300 000

Ҳар йили ҳар бир туберкулёзнинг фаол шакли билан касалланган бемор

10-15 одамни зарарлайди

Туберкулёздан ҳар куни 5000 одам ўлади – лекин бу касалликни ҳозирги вақтда давоси бор ва тузалади

Туберкулёзнинг тарқалиши қуйидаги омилларга боғлиқ:

- Аҳоли сонини ўсиши - миграция
- Тез урбанизация
- Аҳолининг қашшоқлигини кўпайиши
- ОИТ инфекциясини тарқалиши

- Антибактериал препаратларга турғун шакллари пайдо бўлиши.

Статистик курсаткичлар

Инфекцияланиш: мазкур йил давомида аҳоли орасида туберкулин синамалари ўтказилганда синама мусбат бўлганларнинг % кўрсаткичи

Касалланиш— мазкур йил давомида 100000 аҳолига нисбатан биринчи марта аниқланган туберкулез беморлар сони

Касаллик – йил охирида 100000 аҳолига нисбатан фаол ўпка туберкулези билан касалланган беморлар сони

Ўлим – мазкур йил давомида 100000 аҳолига нисбатан туберкулездан ўлганлар сони

Туберкулезнинг ривожланиши қуйидагиларга боғлиқ :

МБТ миқдори

Контактнинг давомийлигига

МБТ вирулентлигига

Макроорганизм ҳолатига

Туберкулез касаллиги билан хасталанган бемор, ҳайвон ва паррандалар силни тарқатувчи асосий манба ҳисобланади.

Бунда силнинг очиқ шакли билан хасталанган ва бир кеча-кундузда балғами билан жуда кўп миқдорда (миллиардлаб) туберкулез микобактериясини ташқарига чиқариб турувчи беморлар эпидемиологик жиҳатдан жуда хавфли хисобланади.

Бемор туберкулез микобактериясини пешоби, ахлати ёки яра йиринги орқали ажратгани тақдирда ҳам силнинг юқиши ва тарқалиш хавфи кам бўлади.

12XVI—XVII асрларда ҳар хил юқумли касалликларнинг кенг тарқалган бўлишига қарамай 20—30% ўлганларнинг сабабчиси туберкулез касаллиги ҳисобланган. Ўша вақтларда вабо ёки терлама эпидемиясидан ҳалок бўлганларга нисбатан силдан ўлим топганлар сони кўп бўлган.

БЦЖ билан эмлаш оммавий ҳолда ўтказилганда туберкулез билан зарарланишнинг ишончлилиги нисбийдир, чунки зарарланиш ва эмлаш натижасидаги туберкулинга нисбатан сезувчанликни ажратиш олиш анча мураккаб. Шунинг учун туберкулез бўйича эпидемиологик вазиятнинг аниқ мезони сифатида ҳар йилги зарарланиш хавфи кўрсаткичи қўлланилади. Бу кўрсаткич туберкулин синамаси қайта қўйилганда бирдан мусбат реакция берган кишилар сонига қараб белгиланади.

Касалликнинг келиб чиқиш хавфи бўлган гуруҳларга яна 2 ТБ билан Манту синамаси қўйилганда аниқ мусбат ва биринчи марта мусбат натижа берган кишилар ҳам қиради. Туберкулез билан касалланиш кўп бўлган минтақалардан кўчиб келувчи кишилар ҳам касалланиш хавфи бўлган шахслар гуруҳига қиради. Биринчи бор туберкулез бўлган-ларнинг 90% туберкулез бўлиш хавфи бўлган шахслар гуруҳидан ҳисобланади.

Хулоса: Туберкулез касалликлари орасида энг кўп учрайдиган ва тарқалган юқумли тури бу юпка сили ҳисобланади. Ўпка сили барча туберкулез беморларини 85-90% таш қил этади. Туберкулез касаллиги ҳозирги кунда дунё миқёсида кўпайиб бормоқда, буни асо сан дори препарат ларга чидамли тури ортиб бормоқда, шу сабабли касалликнинг эрта аниқлаш ҳам қийинлашиб бормоқда. Касаллик эпидемиологик кўрсаткичлари ҳам юқори даражага етмоқда.

Маъруза №2. Туберкулёз микробиологияси. Туберкулёз қўзғатувчиси: микобактерия турлари. Силнинг патологик анатомияси. Туберкулёз яллиғланишидаги морфологик реакция. Туберкулёз иммунологияси. Силни ташхислашнинг умумий тамойиллари ва усуллари.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Туберкулёз этиологияси, унинг турлари
	2.Туберкулёз патогенези ва патологик анатомияси, талабалар билимларини мустаҳкамлаш
	3. Туберкулёз яллиғланишида морфологи реакция
	4.Туберкулёз иммунологияси
	5.Туберкулёз ташхислашнинг умумий тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулоти мақсади	Таълимий: талабаларга қўзғатувчиси тўғрисида, унинг тузилиши, таркиби, тарқалиши ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Силнинг тарқалиши, юқиш йўллари, патогенези, патологик анатомияси, иммунологияси, унинг диагностикаси, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга туберкулёз қўзғатувчисини эрта аниқлаш, эпидемиологик вазият, унинг кўрсаткичлари, эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи: мавзунинг тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эриштириш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдиротли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралаган саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 60 дақиқа	Туберкулёз қўзғатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш

Мустақил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

ТУБЕРКУЛЁЗ ЭТИОЛОГИЯСИ.

1882 йилда Роберт Кох томонидан аниқланган туберкулёз қўзғатувчиси замонавий тасниф бўйича Actinomycetes тартибига, Micobacteriosae оиласига, микобактериялар авлодига тегишлидир. Шу авлодга Бержининг микроорганизмлар аниқлагичида (1974) 29 патоген, потенциал патоген ва сапрофит турлар киритилган, кейинчалик аниқлик киритилишини талаб қилувчи 11 тур ҳам шу авлодга киритилган.

Патоген микроорганизмларга туберкулёз ва мохов қўзғатувчилари кирази. «Атипик микобактериялар» номи билан жам қилинган шартли патоген ва сапрофит микобактериялар сувда, тупроқда, ўсимликларда, одам организми нормал флораси таркибида учрайди..

Турли биологик турлари, айниқса одам ва турли хайвонлар учун патогенлигини ҳисобга олиб туберкулёз микобактерияларининг 4 типи фаркланган:

- a) M.tuberculosis.
- b) M.bovis.
- c) M.avium.
- d) M.microti.

Одам ва қора мол микобактериялари нафакат одамда, балки молларда, қўйларда, эчкиларда, чучкалар, молларда касаллик чакириши мумкин. Туберкулёз билан касалланиш мумкин бўлган 54 турдаги сут эмизувчилар ва 80 турдаги қўшлар маълум.

Туберкулёз микобактериялари нафакат хос бўлмаган хужайин организмни сенсбилизациялайди, балки аста секин мослашиб касаллик чакиради.

Муаллифлар аслида 3 тур ҳам бир турдан таркалган, фақат давомий табиий эволюцион жараён натижасида маълум организмга мослашган деб ҳисоблашади.

Туберкулёз микобактерияси (МБТ):

Micobacteriaceae оиласига, Actinomycetalis тартибига, Micobacterium турига мансуб.

Микобактериянинг турлари:

Одам туберкулёз микобактерияси (M.tuberculosishumanus)

Қорамол микобактерияси (M.bovinus).

Қўшлар микобактерияси (M.avium).

Сичқон микобактерияси (M.microti).

МБТнинг ташқи муҳит омилларига чидамлилиги:

кўча чангида 10 кунгача;

китоб варақларида 3 ойгача;

сувда 150 кунгача;

тарқоқ ёруғликда 1-1,5 ой;

қуритилган ҳолда 1-1,5 йил;

ваккумда музлатилган ҳолда лиофилизация қилинган ҳолда 30 йилгача.

Ультратинафша нурлар таъсирида 3';

Қуёш нури билан нурлантирилганда 1,5 с;

Қайнатилганда 5';

Қуруқ иссиқликда 45';

1-2%ли хлорамин эритмасида- 2-3 с.;

Фаолланган аммоний-сульфатда 3 с.;

10-20%ли хлорли оҳақда - 2,5 с. ўлади.

Туберкулёзнинг юқиш йўллари :

Аэроген

Ҳаво-томчи

Алиментар
Контакт
Трансплацентар йўллар

Туберкулёзнинг организмга таркалиши

Гематоген
Лимфоген
Бронхоген
Лимфогематоген
Лимфабронхоген

ТУБЕРКУЛЁЗ ҚЎЗГАТУВЧИСИНING МОРФОЛОГИЯСИ

Туберкулёз қўзғатувчисиингичка эгик таекча шаклида булиб, узунлиги 0,8 дан 3-8 мкм гача, эни 0,3-0,5 мкм. Узунлиги тукумаларда секин булиниш натижасида чузилиши мумкин. Микобактерия ута юпка кесимларини электрон микроскоп остида урганилганда унинг куп каватли хужайра мембранаси ва 3 каватли, баъзи жойларда цитоплазмага ботиб кундаланг тусиклар хосил қилувчи цитоплазматик мембранрси фракланади. Баъзи органиодларнинг функционал ахамияти хозиргача хам аниқланмаган. Умуман оlanda туберкулёз микобактериясининг ультраструктураси ва биокимевий таркиби хали охиригача урганилмаган.

Туберкулёз микобактериясининг полиморфизми ипсимон, актиномикотик, шарсимон, донодор шакллар вужудга келиши билан намоён булиши мумкин. 1910 йилда А.Фонтес филтрланувчи шакллар мавжудлигини тасдиқлаган, бироқ бу шакллар мавжудлиги хозиргача хам мунозараларга сабаб булмокда. Туберкулёз микобактериясининг узгарган шакллариға хужайра мембранасида нуксон булган микроорганизмлар хам тегишли. Нокулай шароит таъсири остида туберкулёз микобактерияси уз хужайра деворини тамоман ёки кисман йукотади. Бу L-шаклларининг барча таркибий тузилмаларининг нозиклашиб қолишиға сабаб булади ва узига хос мухитларда усишини шарт қилиб куяди. L-шакл туберкулёз патогенези ва эпидемиологияси учун ахамиятлидир, чунки у организмда узок вақт сакланиши ва патоген шаклиға қайтиши мумкин, бу туберкулёз рецидиви патогенезида айниқса муҳимдир.

КИМЁВИЙ ТАРКИБИ.

Туберкулёз микобактериясининг кимёвий таркиби мураккаб.85,9% ни сув, колган кисмини оксил, углевод, липдлар ташкил қилади.

Оксиллар курук вазнининг 60% ни ташкил қилади ва физик-кимёвий хоссаларига кура 3 типда буладилар:

- 1) юкори молекуляр массали (32000-40000 Да), эрувчанлиги яхши, биологик фаол;
- 2) уртача молекуляр массали (16000 Да), эрувчанлиги сустрок, биологик фаоллиги камрок;
- 3) кичик молекуляр массали (9000 Да), эримайдиган, нуклеин кислоталар билан анча яхши богланган, нуклеопротеидлар комплекси хосил қилади.

Туберкулопротеидлар таркибида яхши маълум булган аминокислоталарнинг деярли барчаси мавжуд.

Микобактериялардан олинадиган туберкулинлар таркибида асосан протеин фракцияни саклайди. Туберкулопротеидлар тери остиға ва тери ичига юборилганда сенсibilланган организмда махаллий ва умумий жавобға сабаб буладилар. Туберкулопротеинлар туберкулёз микобактериялари антиген хоссаларининг асосий сакловчилари деб тахмин қилинади.

Курук вазнининг 10%-дан-40%-гача булган кисмини фосфатидлар, ёғ кислоталар, мумлар куринишидаги, метил спирти, хлороформ, эфирларда яхши эрувчи липидлар ташкил қилади. Булардан фосфатидлар энг фаолли хисобланиб, улар интакт организмда эпителиоид ва Пирогов-Лангханснинг гигант хужайралари хосил буладиган махсус жавоб реакцияси чакирадилар. Фосфатидларнинг биологик фаоллиги фтиоид кислота билан боглик. Мумнинг

бир неча турлари ҳам фаол. Берган маълумотларга кура организмга мум юборилиши гигант хужайралар ҳосил булиши билан кечувчи лейкоцитар реакцияга сабаб бўлади. Липид фракцияси билан микобактерияларнинг кислотага чидамлилиги белгиланади, бунда микол кислотасининг аҳамияти катта. Мум таркибига корд-омил деб номланувчи мураккаб модда ҳам киради, у туқималар энергетик метаболизмини сустлаштириши ва организм химоя кучларини кучсизлаштириши орқали микроорганизм вирулентлигини таъминлайди.

Углеводлар курук вазнининг 15.3%гача қисмини ташкил қиладилар, эркин полисахаридлар ҳамда фосфатид ва мумлар билан брикма қуришида бўладилар. Бу фракцияни токсик антигенлик, сенсibilловчи хусусиятлари йук.

Туберкулёз микобактериясининг ҳаёт фаолияти турли ферментлар фаоллиги билан узвий боглик. Биологик оксидланиш (нафас олиш) типига кура туберкулёз микобактерияси аэробларга тегишлидир.

Туберкулёз микобактерияси оддий 2 га булиниш ёки куртакланиш усулида купаяди, бу секин кечади 20-24 соат. Баъзида хужайра кичик доначаларга парчаланади, булардан дастлаб кислотага бардошсиз, сунг бардошлигга айланувчи таёкчалар вужудга келади.

Патогенлик, яъни тирик туқимада ривожлана олиш ва унда туберкулёз ривожланишига сабаб булувчи узгаришлар пайдо қила олиш хоссаси туберкулёз микобактериясининг асосий тур хусусиятидир. Туберкулёз микобактериясининг узининг патогенлиги, яъни вирулентлиги билан бир-биридан фарк қиладилар. Вирулентликни макроорганизмда алоҳида баҳолаш лозим. Бу 2 компонентли биологик системадир. Хар бир компонентнинг қандай ҳолатдалиги жараён оқибатини белгилайди. СМБ нинг дориларга турғунлиги –турларнинг яшаш муҳитига мослашиши деб аталувчи биологик қонуннинг акс этишидир. СМБ нинг дориларга турғун бўлиб қолишининг иккита назарияси мавжуд. Адаптация назарияси – СМБ нинг кимёвий препаратлар тасири остида ўзгарувчанлигининг кўринишларидан бири. Спонтан мутациялар назарияси – Микобактериялар популяциясида турғун мутациялар содир бўлиши. Бунда кимёвий препаратларга чидамли микробларни танловчи омил ёки мутаген сифатида ўрин тутаяди.

СМБнинг дориларга чидамли бўлиши механизмлари бир неча:

- 1) Препарат блоклаган алмашинув звеносини айланиб ўтувчи янги алмашинув йўлини пайдо бўлиши;
- 2) Ингибиторга антогонист метоболик продукциянинг ошиши;
- 3) Препарат блоклаган ферментнинг ишлаб чиқарилишининг кўпайиши;
- 4) Ингибицияланган метоболик тизим маҳсулотларига эҳтиёж сусайиши;
- 5) Ингибиторни парчалашни тезлаштириш;
- 6) Ингибитор кучсизроқ блоклайдиган ўзгарган фермент ишлаб чиқарилиши;
- 7) Берилган препаратга бактерия девори ўтказувчанлигининг сусайиши.

Бу жараёнларнинг барчаси хужайра мембранаси ёки хужайра ичида содир бўлади.

Дорида турғунлик бирламчи-олдин даволанмаган беморларда ёки иккиламчи-даволаш жараёнида вужудга келади. Бирламчи турғунлик 6-10%, иккиламчи 40-70%да учрайди. Тажрибаларда Изониазидга турғунлик кўрсатган микобактерияларнинг вирулентлиги камроқ бўлиб чиқди. Бироқ одам учун дорида турғун СМБ анчагина патогендир. Бунда зарарланган одамда бирламчи дорида турғунлик аниқланади.

СМБнинг клиник амалиётда аҳамиятга эга бўлган биологик хусусиятлари қуйдагилар: ўзгарувчанлик, ташқи муҳит ва кимёвий омилларга юқори турғунлик. Ўзгарувчанлик тинкториал, культурал, морфологик бўлиши мумкин.

Микобактерияларнинг ташқи муҳит таъсиротларига чидамлилиги қуйдагича: кўча чангида 10 кунгача, китоб варақларида 3 ойгача, сувда 150 кунгача, тарқоқ ёруғликда 1-1.5 ой, СМБ культураларида 1 йилгача, қуритилган ҳолда 1-1.5 йил, вакуумда музлатилган ҳолда лиофлизация қилинган ҳолда 30 йилгача, ультрабинафша нурлар остида 2-3 мин., бироқ қуёш нури билан нурлантирилганда 1-1.5 соат, қайнатилганда 5мин., курук иссиқда 45 мин., 3-5% ли хлорли оҳак эритмасида 5 соат, 1-2% хлорамин эритмаси, фаолланган аммоний-сульфатда 3 соат, 10-20%ли хлорли оҳакда 2.5 соатда ўлади.

ТУБЕРКУЛЕЗНИНГ ИММУНИТЕТ ФЕНОМЕНЛАРИ

Организмнинг силга қарши курашишида асосан сўнг пайдо бўлган хужайралар иммунитетига аҳамият берилади. Унинг асосида макрофаглар фаоллигини ошириш ва уларнинг Т-лимфоцитларга таъсирини кучайтириш ётади. Туберкулёз таёкчаларининг ўзига қабул қилиб олган фагоцитлар парчаланиши натижасида фагоцит хужайрасидан ташқарига туберкулёз таёкчаларининг бўлакчалари чиқиб, α_1 -оксил ва ферментлар билан биргадир, натижада медиатор (интерлейкин 1) пайдо бўлади. Пайдо бўлган интерлейкин таъсирида Т-лимфоцитларининг фаоллиги кучаяди.

Т-лимфоцитлари эса ўз навбатида лимфокин – медиаторларини (интерлейкин 2) ишлаб чиқаради, бу эса макрофагларнинг ҳаракатини ва туберкулёз таёкчаларига нисбатан бўлган ферментатив фаоллигини оширади. Макрофаглар томонидан ишлаб чиқариладиган медиаторлар иммуноглобулинлар сентизига жавобгар ҳисобланган В-лимфоцитларнинг фаоллигини кучайтиради.

Т-лимфоцитлар орасида макрофагларнинг иммунитет жавобгарлигига нисбатан турли вазифаларни бажарувчи хиллари мавжуд. Т-хелперлар макрофагни фаоллаштиради, Т-супрессорлар аксинча макрофаг фаоллигини сусайтиради. Т-лимфоцитларнинг бир қисми Т-келлерлар макрофаглар билан бирга иммунитетнинг асосий феноменларидан бири бўлган хужайраларнинг силга қарши иммунитетини ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик ривожланишини таъминлайди. Секин ривожланиши ўта сезгирликка хужайраларнинг, туберкулёз таёкчаларининг, антигени билан бўлган ўзаро таъсир реакциялари киради. Силдан муҳофаза қилишда организм турғинлигини кучайтирувчи гуморол омиллар (комплемент, лизоцим, пропердин, интерферон) муҳим аҳамиятга эга, булар айниқса иммунитет системасининг физиологик камчилиги бўлган янги туғилган чақалоқларда катта аҳамиятга эга. Катталарни туберкулёз касалидан сақлашда гуморол омилларнинг аҳамияти аниқ эмас, яъни ўрганилмаган.

Секин ривожланувчи ўта сезгирлик реакцияси вакцинациядан ёки туберкулёз инфекцияси организмга юққандан сўнг 2-3 ҳафта ичида етарли даражадаги иммунитет эса 8 ҳафтадан сўнг пайдо бўлади.

Иммунитет реакциясининг ривожланиши туберкулёз таёкчаларининг таркибий қисмларининг таъсири тўхташи жараёнида кечади. Туберкулёз таёкчаларининг вирулентлигини аниқловчи корд-фактори, фаголизомом ташкил топишини ва туберкулёз таёкчаларининг парчаланиш жараёнини секинлаштиради. Агар туберкулёз таёкчалари кўп хил популяцияда бўлса ва жуда тез кўпайса, Т-супрессорлар кўпаяди, Т-хелперларнинг иммунологик фаоллиги ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик сусаяди, бу силнинг тез ривожланишига ва ириган туберкулёз бўртмаларининг шаклланишига олиб келади. Макрофаглар ичидаги туберкулёз таёкчаларининг фосфатоидлари таъсирида макрофаглар эпителиясини ва кўп ўзакли катта Пирогов ва Лангхас хужайраларига айланади. Иккиламчи силга силнинг бирламчи даврида пайдо бўлган иммунитетнинг мавжудлиги ҳосилдир. Иккиламчи силнинг иммунитетига ҳам макрофаглар билан Т-лимфоцитлар асосий аҳамиятга эга бўлиб, улар туберкулёз инфекциясининг тарқалишига ва туберкулёз яллиғланишининг кенгайишига қаршилик кўрсатади. Иккиламчи силдаги инфекция жараёнига яллиғланиш ва тўқималарда эриш жараёни ҳосил бўлиб бу макрофагларнинг парчаланиши натижасида келиб чиқади. Эриш жараёни қон томирларни бузади, лимфоцитлар ва макрофагларнинг туберкулёз таёкчалари томон интилишига қаршилик кўрсатади, натижада эришнинг (казеоз) сўрилиши қийинлашади ва туберкулёз таёкчалари фагоцитлар томонидан яхши қамраб олинмайди.

Лимфа безлари касалланганда, хомла даврида айрим сабабларга кўра оч қолганда иммунитетни сусайтирувчи дорилар (иммунадеприв) қабул қилинган даврда, ичкиликбозликка, гиёҳвандликка берилган кишиларда рақ, қандли диабет касалларда табиий иммунитет сусайиб кетади.

Силнинг морфологик ўзгаришлари кўп қиррали бўлиб ўткир ириш (казеоз) ўчоқларидан тортиб жуда кичик ўзгаришларгача ва ҳатто тўқималарнинг силга ҳос бўлмаган ўзгаришларигача рўй беради.

Туберкулёз ўзига ҳос бўлмаган яллиғланиш реакциясидан бошланади. Тажрибада ҳайвонлар ўпкасига вирулентлиги кучли бўлган туберкулёз таёкчалари юктирилганда бир

кеча кундуз ўтиши биланоқ гистиоцид хужайраларнинг кўпайиши рўй беради; ўпка пуфакчаларининг девори яллиғланади ва етарли миқдорда лимфоцитлар, сегмент ядроли нейтирофил лейкоцитлари тўпланади, кейинчалик қонга тўлишган, яллиғланган қон томирлари атрофида ҳам лейкоцитлар тўпланади, ўпка пуфакчалари ичига эса макрофаглар йиғилади. Туберкулёз ўчоғининг битиши, эксудатнинг сўрилиши, казеознинг қуюқлашиб қотиши ва туберкулёз ўчоғининг атрофида қўшувчи тўқималардан иборат қобикнинг пайдо бўлиши билан бирга кечади. Эксудатнинг, хужайра элементларининг сўрилиши, яллиғланиш ва ковакчаларнинг битишига ва натижада чандиқ (фиброз-цирроз) пайдо бўлишига олиб келади. Туберкулёз яллиғланишининг ривожланиш тезлиги, унинг яққоллиги ва тўқималар яллиғланиш реакциясининг алмашиб туриши – (альтератив, экссудатив ва пролифератив жараёнларнинг) организмга кирган туберкулёз таёқчаларининг сонига ва вирулентлик сифатига кўп жихатдан боғлиқ. Итларда ўтказилган тажрибалар натижасида шу нарса аниқланганки; агар ит ўпкасига 10 туберкулёз таёқчаси юборилса туберкулёз бўртмачаси, 10^6 – йирик туберкулёз ўчоғи, 10^8 – кавокли туберкулёз пайдо бўлади.

Силни бирламчи ва иккиламчи, кетма-кет келадиган 2 даврга бўлиниши унинг патоморфологик кўриниш хусусиятларида ҳам акс этади.

Силнинг бирламчи даврида асосан лимфа безлари зарарлангани учсун доим тарқалган холда ёки лимфа безларининг – казоез ўзгаришлари топилади. Силнинг бу даврига бактиремия (туберкулёз таёқчаларининг қон орқали тарқалиши) хос бўлиб ўпка ва бошқа аъзоларда қон билан тарқалиш натижасида пайдо бўлган туберкулёз ўчоқларининг мавжудлиги аниқланади.

Асосий туберкулёз ўчоғи атрофида кенг кўламда тарқалган яллиғланиш, ўпка ва бошқа аъзоларда силга хос бўлмаган лимфоид ва лимфогистоцитар тугунчалар яллиғланишнинг пайдо бўлиши ва макрофаглар кўпайиши (пролифрацияси) бирламчи силнинг асосий морфологик хоссасидир.

Бирламчи силдан кейин силнинг қон ёки лимфа йўллари билан тарқалган кўриниши пайдо бўлиши мумкин. Бунда туберкулёз ўчоқлари билан бир қаторда ўпка қон томирларининг яллиғланиши (васкулит), касаллик сурункасига келадиган бўлса ўпка тўқималари оралиғида тур шаклидаги дағаллашган (склеротик) ўзгаришлар пайдо бўлади. Тарқалган туберкулёз авж олиб кетадиган бўлса у иккиламчи силнинг бошланиши бўлиб ҳисобланади.

L-шаклидаги вирулентлилиги кам бўлган туберкулёз таёқчаларининг юкуши натижасида ретикулоцит, лимфоид ва макрофаг хужайралар иштирок этувчи ретикулогистиоцитар пролифератив кўринишдаги яллиғланиш ўпка ва лимфа безларида ривожланиши мумкин. Туберкулёз ўчоқлари атрофидаги силга хос бўлмаган перифокал реакция кўринишидаги яллиғланиш, яллиғланишнинг экссудатив даври бўлиб, морфологик жихатдан қон томирларнинг тўлишиб, шиши ва лимфоцитар яллиғланишидан ибортадир.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПАТОГЕНЕЗИ

Одамга туберкулёз асосан (90-95%) нафас йўллари орқали юқади (аэроген йўл). Ошқозон-ичак йўллари орқали юқиш камроқ учрайди (алиментар йўл). Баъзида терининг ёки шиллиқ қаватларнинг жароҳатланган қисми орқали ҳам юқиши мумкин (контакт йўл). Туберкулёз билан касалланган хомиладорлар аёллардан туберкулёз инфекцияси хомиллага юқиши ҳам мумкин, бунда инфекция хомиллага йўлдош ва киндик қон томирлари орқали ўтади.

Касаллик кўпинча оилада кўп миқдорда туберкулёз таёқчаларини ажратувчи, узок вақитгача алоҳида ажратиб қўйилмаган бемор билан алоқада бўлган тақдирда, баъзида эса балғами билан туберкулёз таёқчаларини ажратувчи беморлар билан бирга бўлганда юкиб ривожланади.

Балғам, туپик, шилимшиқ моддалар томчиси ёки чанг билан бирга нафас йўлларига кирган туберкулёз таёқчалари, нафас йўллари мукоциляр клиренс системаси – яъни доимо ҳаракатда бўлувчи эпителийлар (мерцательные эпителии), нафас йўллари шиллиқ қаватидан ишлаб чиқариладиган секрет ҳаракати ёрдамида ташқарига чиқариб ташланиши мумкин, бу ҳолат туберкулёз таёқчаларининг ўпка пуфакчаларидаги макрофаглар билан тўқнашишга ҳалал беради.

Илгари туберкулёз таёқчалари билан зарарланмаган ёки БЦЖ вакцинасини қабул қилмаган кишиларга туберкулёз биринчи марта юққанида, туберкулёз таёқчалари фагоцит ва полинуклиарлар билан тўқнашади ва улар томонидан худди ёд нарсаси қабул қилиниб ютуб юборилади (фагоцитоз). Макрофаглар туберкулёз таёқчаларини аввал ўз хужайра пардасига (мембранасига) қабул қилади, сўнг эса ўз ичига ўраб олади ва фагоцома пайдо бўлади, фагоцома лизацома билан қўшилиб фаголизацома пайдо бўлади (3-расм), бунинг ичида туберкулёз таёқчалари емирилади ва хазм бўлади, бунда фаголизацома ичидаги ферментлар таъсир кўрсатади. Макрофагларнинг хазм қилиш фаоллиги макроорганизмнинг ахволига, ёшига, жинсига, ирсий хусусиятларига ва организмга юққан туберкулёз таёқчаларининг верулентлигига боғлиқ. Макрофаг ичига кирган туберкулёз таёқчаларининг верулентлиги кучли бўлса ўзининг яшаш қобилитини, қўпайиш хусусиятини сақлаб қолиши мумкин. Бундай ҳолда макрофаг парчаланиб туберкулёз таёқчалари макрофаг хужайрасидан чиқади. Туберкулёз таёқчаларининг сўнгги тақдири организмнинг макрофаглар фаоллигининг ошириш фаолиятига боғлиқ бўлади.

Туберкулин диагностикаси

Туберкулин юборишга бўлган реакцияни одам организмини туберкулёз микобактерияларига бўлган специфик сенсibiliзациясини диагностик тест сифатида аниқлашда ишлатилади. Уни туберкулинодиагностика дейилади ва кенг қамровли туберкулёзга текширувларда ва клиника амалиётида индивидуал диагностика мақсадида қўлланилади.

Оммавий туберкулинодиагностика деб аҳолининг катта гуруҳларини кўпинча болалар ва ўсмирларни эпидемиологик, клиник ва диагностик маълумотлар олиш учун қўлланилади.

Индивидуал туберкулинодиагностика туберкулёзнинг конкрет клиник кўрсаткичларига кўра алоҳида шахсларга қилинади.

Туберкулин препаратлари. Туберкулин 1890 йил Берлинда Кох томонидан олинган. У махсус туберкулёз таёқчалари культурасидан ажратиб олинган сув-глицеринли тортилма бўлиб, кейинчалик кўҳна ёки альттуберкулин (нем. *Alt tuberculin Koch*). Кох кўҳна туберкулини таркибига микобактериялар экилган озик муҳитини кўп балласт моддалари киради. Шу моддалар туфайли улар асосан оксил бўлганлиги учун кўҳна туберкулин юборилганда кўпинча турли носпецифик реакциялар кузатилад эди.

1934 йили Ф. Зольберт ва С. Гленн Филадельфияда анча тозаланган препарат- Purified protein derivative (PPD-S) яратишди.

Бизнинг давлатимизда қуруқ тозаланган туберкулин 1939 йили Ленинград зардоблар ва вакциналар ИТИ да М.А. Линников таҳрири остида ажратиб олиниб ППД-Л номини олди.

Биохимик таркибига кўра туберкулопротеинлар, полисахаридларнинг, липид фракцияларининг, нуклеин кислоталарнинг мураккаб бирикмаси ҳисобланади. У ўз таркибида микроб таналари қолдиқлари ёки туберкулёз қўзғатувчисининг ҳаёт фаолиятларини маҳсулотларини сақлайди. Иммунологик нуқтаи назаридан туберкулин ўзида туберкулёз микобактериясининг антиген компонентларини нотўлиқ антиген ва специфик аллерген ҳисобланади.

Препарат шартли туберкулин бирликларида дозаланлади-ТБ. Халқаро стандартга асосан 1 ТБ инфицирланган одамлар 80-90% мусбат реакция берадиган туберкулин миқдори ҳисобланади. 1 ТБ да 0,00006 мг қуруқ ППД-Л қуруқ препарати ёки 0,00002 туберкулин ППД-Л чиқарилади.

Россияда 2 турдаги туберкулин ППД-Л чиқарилади.

-Тозаланган туберкулин стандарт эритмасида – 2 мл эритмадан 1 ампула, унда 0,1 мл 2 ТБ ППД-Л бор.

- Қуруқ тозаланган туберкулин ампулаларда 50 000 ТБ дан, карболизацияланган натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади. Тозаланган туберкулин стандарт эритмада 2 ТБ ППД-Л 0,1 мл эритмада оммавий ва индивидуал туберкулин диагностикаси манту синамасида қўлланилади.

Куруқ тозаланган туберкулин фақатгина махсус туберкулёзга қарши қароргоҳларда турли хилдаги туберкулин синамаларини амалга оширишда қўлланилади.

Туберкулин синамалари методикаси.

Туберкулинни юборишнинг 3 та усули мавжуд: тери усти, тери ичи ва тери ости . Уларни тери ости Кох синамасини (1890), тери усти Пирке синамаси (1907), тери ичи Манту синамаси, қўйишда ишлатида.

Тери остига туберкулинни жўнатиб Кох синамасини ўтказиш махсус фтизиатрия стационарларида туберкулёзнинг қиёсий ташхиси ва туберкулёзнинг активлик даражасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.. Туберкулин дозировкасини аниқлаш учун олдиндан унга смежирлик бўсағасини дозани титрлаш орқали секин ошириш йўли билан аниқланади.

Туберкулинни тери остига елканнинг юқори 1/3 соҳасига ва баъзан курак бурчагига тери остига юборилади. Болалар учун туберкулин дозаси 10-20 ТБ, катталар учун 20-50 ТБ. Кох синамасини эҳтиёткорлик билан амалга ошириш керак. Чунки у туберкулёз жараёнининг зўрайишига сабаб бўлиши мумкин.

Пирке синамаси ҳозирда жудаям чегараланган қўлланилишга эга. Кўпинча уни тери усти градуирланган туберкулин синамаси билан биргаликда қўлланиди.

Ушбу синамани фтизиатрия стационарларида туберкулёз билан касалланган беморлар ва ўсмирларда туберкулинга индивидуал сезгирликни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Тери усти градуирланган синамаси ўтказишда туберкулиннинг турли концентрацияли эритмаларидан фойдаланилади: 100,25,5 ва 1%. Синамани билак соҳаси терисида амалга оширилади. Туберкулинни тери устига томизиб, томчи устида терини скарификатор билан кирилади.

Энг кенг тарқалган синама – бу Манту синамасидир. Уни врач буйруғига биноан махсус ўргатилган ҳамшира ёки фельдшер туберкулин диагностикаси ўтказишда махсус рухсат берилган ҳужжати бўлган ҳамшира ёки фельдшер шифокор буйруғи билан ўтказиши мумкин. Манту синамаси кўпинча амбулатор шароитда ўтказилади.

Манту синамаси учун махсус бир марталик 1 мл ҳажмдаги ингичка, қисқа, қийшиқ кесимли игнали шприцлардан фойдаланилади. Шприцга 0,2 мл туберкулин эритмаси тортилади ва ундан 0,1 мл чиқариб ташланади. Шунда юборилаётган эритманинг ҳажми 0,1 мл (2 ТБ) бўлади. Билак тирсак ички юзасининг ўрта учлигида терини 70% этанол билан артилади ва қуритилади.

Игнанинг кесими юқорига қаратилиб секин- асталик билан тортилган терининг юза қаватига (тери ичига) юзасига параллел равишда киритилади. Терининг ичига игна киритилгандан сўнг шприцдаги 0,1 мл туберкулин эритмаси юборилади. Тўғри бажарилган техникада терида оқиш лимон пўстлоғи кўринишида диаметри 7-9 ммдан катта бўлмаган папула ҳосил бўлади.

Оммавий текширишларда стандарт эритмадаги 2 бирликдаги тозаланган туберкулин (2 ТБ ППД-Л) билан тери ичи Манту синамаси учун қўлланилади.

Туберкулёз таёқчаси билан инфицирланганларда ва туберкулёз билан касалланишни ўтказилганларнинг ҳаммасида БЦЖ вакцинация қилинганда СТЮС (секинлашган типдаги юқори сезувчан) туфайли туберкулинга жавобан аллергия реакция кузатиши мумкин. Ушбу реакция юқори спецификлиги билан ажралиб туради ва фақатгина айнан ўша антигенларни организмга тушганида ривожланиши мумкин. СТЮС реакцияси туберкулин юборилгандан кейин 6-9 соат ичида шакллана бошлайди максимал чўққисига 72 соатдан кейин чиқади.

Маҳаллий, ўчоқли ва умумий туберкулинга бўлган реакциялар кўриниши туберкулин дозасидан ва ва препаратни юбориш усулидан, организмнинг сенсibilизация даражасидан ва унинг умумий реактивлигидан келиб чиқади.

Туберкулинни юборишга бўлган маҳаллий реакция туберкулёз таёқчаларига сенсibilизациялашган организмда туберулинни тери усти, тери ости ва тери ичига юборилганда юзага чиқади. У кўпинча туберкулин юборилган жойда гиперемия ва инфильтрат шаклланиши – папулалар кўринишида пайдо бўлади.

Баъзида везикулалар, яралар, лимфангитни ва регионар лимфаденитнинг маҳаллий белгилари кузатилади. Туберкулинни терм остига юборилганда туберкулёз билан касалланган беморларда перифокал яллиғланишнинг кучайишида ўчоқли реакция

кузатилади. Умумий ёки системали реакция умумий аҳволнинг ёмонлашуви, иситмалаш, гемограмманинг ўзгариши ва туберкулёз интоксикациясининг бошқа белгилари кўринишида юзага чиқади. Умумий реакция туберкулёз билан касалланган беморларда туберкулинни тери остига жўнатилганда ёки баъзи ҳолатларда тери орасига юборилганда кузатилади.

НАТИЖАЛАРНИ БАҲОЛАШ.

Кох синамасининг натижаси 48-72 соатдан кейин баҳоланади ва унда организмнинг умумий ва маҳаллий жавоб реакциялари пайдо бўлганда мусбат ҳисобланади. умумий реакция ҳолсизланиш, ўзини ёмон ҳис қилиш, ҳароратнинг кўтарилиши, гемограмма кўрсаткичларининг ўзгариши ва қондаги оксил таркибининг ўзгаришлари билан характерланади. Ўпка туберкулёзидаги ўчоқли реакция хириллашларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши, ўчоқлар атрофидаги инфильтрациянинг катталаниши ва балғамда туберкулёз таёқчаларининг пайдо бўлиши шаклида кўринади.

Буйрак туберкулёзида пешобда лейкоцитурия, кўз туберкулёзида яллиғланиш зонаси катталашганлиги кузатилади. Кох синамасида туберкулёз билан касалланган беморларда ўчоқли реакция одатда 10-20 мм диаметрли инфильтрат кўринишида юзага чиқади. Умумий ва ўчоқли реакциялар билан солиштирганда у анча кам диагностик аҳамиятга эга.

Пирке синамасини 48 соатдан кейин инфильтрат диаметри 3 мм ва ундан катта бўлганда 100% ли туберкулинга нисбатан мусбат ҳисобланади. Туберкулинни барча турдаги концентрацияларга мусбат реакция одатда фаол бирламчи туберкулёздан далолат беради.

Манту синамаси натижалари синама ўтказган ҳамшира ёки фельдшер, шифокор томонидан 72 соатдан сўнг баҳоланади.

Бунинг учун шаффоф мм ларга бўлинган чизғич ёрдамида билан тирсакнинг ўқиға кўндаланг қўйилиб, инфильтрат ўлчами қайд қилинади. Инфильтрат бўлмаганда гиперемияни ўлчаб қайд қилинади.

Манту синамасидаги туберкулинга бўлган реакцияни қуйидаги критерияларга қараб баҳоланади:

- ✚ манфий- инфильтрат ва гиперемия йўқ
- ✚ шубҳали- инфильтрат диаметри 2-4 мм, ёки турли ўлчамдаги гиперемия
- ✚ мусбат- диаметри 5 мм ва ундан катта бўлган инфильтрат

5-9 мм ли инфильтратда реакция мусбат, 10-14 мм ли бўлса ўртача интенсивликдаги, 15-16 мм юқори интенсивликдаги реакция деб –ҳисобланади.

Болалар ва ўсмирларда 17 мм даги инфильтратда, катталарда 21 мм ва ундан катта инфильтрат кузатилганда гиперергик реакция деб аталади. Гиперергик реакциянинг бошқа белгилари инфильтратнинг ўлчамига боғлиқ бўлмаган ҳолда везикулалар, яраланишлар, лимфангит ва регионар лимфаденитнинг ҳосил бўлиши билан кечишидир.

Болалар ва ўсмирлар учун тери орасига БЦЖ вакцинаси ва ревакцинасидан сўнг 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси мусбат чиқиши инфекцион ҳамда поствакцинал аллергиядан далолат бериши мумкин. Буни ажратиб олиш учун охириги БЦЖ инъекциясидан сўнг ўтган вақт туберкулин реакциясининг интенсивлиги, поствакцинал чандикнинг борлиги, ва ўлчамлари, касалликнинг клиник белгилари, туберкулёз касали билан контакт ҳисобга олинади.

Поствакцинал аллергия учун характерли бўлган белгиларга шубҳали ва яққол бўлмаган реакцияларни 2-11 мм диаметрдаги инфильтрат билан бирга бўлганда кечиши характерлидир.

Туберкулинга бўлган яққолроқ реакциялар 12-16 мм диаметрли инфильтрат билан биргаликда келса, кўпинча улар йирик поствакцинал чандиклари (6-9 мм ва ундан каттароқ) бор бўлган қайта вакцинация қилинган болалар ва ўсмирларда кузатилади. Поствакцинал аллергия қайта синамада 3 ойдан кейин сусайишга мойил бўлади.

Носпецифик аллергиянинг белгилари тез-тез пайдо бўлувчи болаларда Манту синамасини ўтказиш десенсибилизация терапиядан сўнг ўтказиш тавсия қилинади. Туберкулинга бўлган сезгирликнинг олдинги ҳолатда сақланиши ёки даволаш даврида кучайиши аллергиянинг инфекцион характердалигини тасдиқлайди. Манфий Манту синамаси мусбат ёки манфийлиги анергиядан далолат беради.

Мусбат анергия туберкулёз таёқчаси билан инфицирланган соғлом одамларда кузатилади, манфий анергия силнинг зўрайиб боровчи кечишида, ВИЧ инфекция фонидаги туберкулёз билан касалланганларда ёки оғир ёндош касалликлари бўлган касалларда кузатилади.

Манту синамасининг натижаси бўйича туберкулинга бўлган сезгирликни динамикада баҳоланиши туберкулёз микобактериялари билан бирламчи инфицирланганлигини нисбатан бўлса ҳам ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Бунинг учун Россияда болалар ва ўсмирларнинг туберкулинга бўлган сезгирлигини бир йилда бир марта текширилади, натижалар амбулатор кузатув индивидуал картасининг мос келувчи бўлимига белгилаб қўйилади.

Бир йил давомида Манту синамасини 2 ТБ ППД-Л бўйича туберкулинга бўлган реакциянинг биринчи мусбат чиққанлиги вакцинация қилинмаган чақалоқ ёки ўсмирларда туберкулинга бўлган сезгирликнинг виражи деб аталади.

Янги туғилган чақалоқларда туберкулёзга қарши вакцинация, болалар ва ўсмирларда ревакцинациянинг белгиланган вақтларда кенг шароитларда ўтказилиши туберкулинга бўлган сезгирлик виражининг белгисини кейинги Манту синамасининг туберкулинга бўлган жавоб реакциясининг кучайиши бўлиб ҳисобланади.

Бу кучайиш инфильтрат диаметри 2 ТБ ППД-Л қилинган жойда бир йил олдинги билан солиштирилганда 6 мм ва ундан юқори катталиқда, шу жумладан туберкулинга бўлган гиперергик реакциянинг намоён бўлиши билан намоён бўлади. Виразнинг туберкулинга бўлган сезгирлиги туберкулёз микобактерияси билан бирламчи инфицирланиши борлигини тасдиқлайди ва комплекс даво-профилактик чора-тадбирлар ўтказишга асос бўлади.

Булар бирламчи инфицирланишни клиник яққол туберкулёз ривожланиши билан авжланишини огоҳлантиришга ва инфекциянинг манбаини аниқлашга йўналтирилган.

Манту синамаси бўйича натижаларнинг болалар ва ўсмирлардаги туберкулёз микобактериялари (МБТ) билан инфицирланишининг белгилари:

- ҳар й или кузатилганда БЦЖ вакцинацияси билан боғлиқ бўлмаган мусбат реакция (папула диаметри 5 мм ва ундан катта) биринчи бор кузатилади.

- 4-5 йил давомида мусбат реакция (инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори) бўлиб турғун сақланмоқда.

- бир йил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик бирдан кучайди- инфильтрат диаметри 6 мм ва ундан катталашди.

- бир неча йил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик кучайди- инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори.

Туберкулинга бўлган вираз реакцияси, узоқ сақланувчи мусбат реакцияда инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори, гиперергик реакция ва реакциянинг кучайиши соғлом болалар, ўсмирлар ва катталарни туберкулёз касаллигининг юқори хавф гуруҳига киритишга асос бўла олади.

Манту синамасининг натижасини баҳолашда ёндош инфекцион касалликлар (қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал) ёки соматик патологиялар (саркоидоз, бронхиал астма, ревматизм, хавфли ўсмалар) ни ҳисобга олиш лозим. Туберкулинга бўлган жавоб реакция организмнинг аллергик ёндашиш қизларда овариал циклнинг фазасига, терининг индивидуал сезгирлигига ҳам боғлиқ бўлади.

Экологик факторлардан, масалан, юқори радиацион фон, зарарли химик чиқиндиларнинг ташланиши ва ҳ.к. Яна туберкулин синамалари натижаларига синама ўтказилаётгандаги хатоликлар, туберкулинни сақлаш қоидаларига риоя қилинмаганлиги ҳам таъсир қилади.

Кўрсатма ва қарши кўрсатмалар

Оммавий туберкулинодиагностика туберкулёз микобактерияларининг бирламчи инфицирланишни ва туберкулёз касаллигини барвақт аниқлашда, ревакцинацияга кўрсатмани аниқлашда, туберкулёзни эпидемиологик назорат қилиб туришда қўлланилади.

Буни ўтказиш учун ҳамма БЦЖ билан эмланган болалар (12 ойликдан) ва ўсмирларда олдинги натижалардан қатъий назар 2 ТБ даги Манту синамаси ўтказилади. Тиббиёт

қарши кўрсатмасига биноан чақалоқлик даврида БЦЖ вакцинаси билан эмланмаган болаларда Манту синамаси 6 ойлигидан 1 й илда 2 марта қилинади(БЦЖ – М вакцинасини олгунга қадар).

Туберкулин синамасини й илнинг бир вақтида,кўпроқ кузда ўтказган маъқул. Болаларда бирламчи инфицирланишга вираж реакцияси билан туберкулинга шубҳа қилинганда, гиперергик ёки туберкулинга юқори сезгирликда фтизиатрга жўнатиш зарур.

БЦЖ ревакцинациясига кўрсатма 7 ёшдаги (1-синф) болаларда ва 14 ёшдаги ўсмирларда (7-8 синф) аниқланади. Туберкулинга (Манту синамаси 2ТБ) манфий реакция бўлган клиник соғлом шахсларда ревакцинацияга кўрсатма ҳисобланади.

Эпидемиологик нуқтаи назардан оммавий туберкулинодиагностиканинг аҳамияти катта гуруҳ аҳоли орасида инфицирланган шахсларни фоизини(%) ва ҳар йили туберкулёз микобактериялари билан инфицирланганларни ҳисоб кўрсаткичини аниқлашдир. Бу кўрсаткич биринчи марта инфицирланган шахсларни ўтган йилги фоизини акс эттиради. Булар қаторига болалар ва ўсмирларнинг туберкулинга бўлган вираж сезгирлиги ва турғун сақланиши ёки кучайиши қиради.

2 ТБ ППД-Л ли Манту синамаси соғлом болалар, ўсмирлар ва ҳар хил соматик касалликлари бор шахслар учун безарардир. Бироқ баъзи ўтказилган касалликлар ва эмланишлар болалар терисининг туберкулинга бўлган сезгирлигини кучайтириши ёки сусайтириши мумкин. Шунинг учун тери касалликлари, инфекция, инфекция-аллергик ва соматик касалликлар хуруж даврида, аллергия ҳолатларда оммавий туберкулинодиагностикада Манту синамасини ўтказиш қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Синама бир ой давомида ҳар қандай эмлашлар ва биологик диагностик синамалардан кейин, шу жумладан болалар карантини инфекциясида қилинмайди. Оммавий туберкулинодиагностика даволаш профилактика муассасаларида, умумий даво турида ўтказилади. Методологик қўлланманинг оммавий туберкулинодиагностикасини туберкулёзга қарши диспансерлар амалга оширади. Агар тўғри уюштирилса туберкулинодиагностика ҳар й или 90-95% ҳолларда болалар ва ўсмирларда ўтказилиши керак.

Уюштирилган болалар мажмуасида оммавий туберкулинодиагностикани махсус ўргатилган тиббиёт ходими бажаради, эрта ва мактабгача ёшли болаларда эса Манту синамаси болалар поликлиникасида ўтказилади. Қишлоқ жойларда туберкулинодиагностикани район ва участка поликлиникалари, айрим ҳолларда эса фельдшер-акушер пунктлари амалга оширади.

Индивидуал туберкулинодиагностика ўртача Манту синамасида

2 ТБда инфекция ва туберкулинга бўлган поствакцинал аллергияни таққослама ташхиси учун, туберкулёзнинг юқори хавф гуруҳига кирувчи шахсларининг ҳолатини назорат қилиш учун ўтказилади. Бошқа кўрсатмалар бўлиб туберкулёз билан ташхисланиши керак бўлган кўпгина касалликлар диагностик муаммоси ҳисобланади.

Туберкулёзга қарши қароргоҳларда туберкулинодиагностика туберкулёз жараёнини активлигини, даволаш эффективлигини баҳолаш мақсадида ва маҳаллий туберкулёз диагностикасида ишлатилади.Ушбу синамаларга кўрсатмалар бўлиб, олдин ўтказилган синаманинг узоқлигидан қатъий назар клиникавий маълумотлар асосида берилади. Манту синамасини фаёатгина 2 ТБ да эмас, туберкулинни бошқа дозаларида ҳам ўтказилади.

Бундан ташқари градуирланган Пирке ва Кох синамаси ҳам қўлланилади. Баъзан туберкулинли титр аниқланади. бунда эозинофилли ёки гем оксилли туберкулин синамаси ўтказилади. Ушбу синамаларда организмни туберкулинга бўлган жавоби қон анализидаги силжишларда баҳоланади.

Туберкулин диагностикасини ўтказишга қарши кўрсатма индивидуал кўтара олмасликдан иборат.

Хулоса: Туберкулёз кўзгатувчиси ҳозирги кунда энг кўп тарқалган касалликлардан, унинг таркиби, тарқалиши, атоли орасида кўп учраши, асосан ўпка сили ҳисобланади. Қишлоқ аҳолиси қорамол типигади туберкулёз таёқчаси билан касалланса, шафар аҳолиси одам типигади туберкулёз таёқчалари билан касалланади. Туберкулёз касаллиги ҳозирги кунда

дунё миқёсида кўпайиб бормоқда, буни асо сан дори препарат ларга чидамли тури ортиб бормоқда, шу сабабли касалликнинг эрта аниқлаш ҳам қийинлашиб бормоқда. Касаллик эпидемиологик кўрсаткичлари ҳам юқори даражага етмоқда.

Маъруза №3 Туберкулёз билан касалланган беморларни текшириш усуллари.

<i>Маъруза машғулотининг технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Туберкулёз беморларини умумий текшириш усуллари, унинг турлари
	2.Туберкулёз билан касалланган беморларда рентгенологик текшириш усуллари.
	3. Ўпка сили беморларини функционал текшириш усуллари
	4.Туберкулёз беморларини рентгенологи текшириш усуллари
	5.Туберкулёз ташхислашнинг умумий тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	Таълимий: талабаларга сил беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Силнинг текшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар осон қилиш Тарбиявий: Талабаларга туберкулёз беморларини эрта аниқлаш, текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи: мавзунинг тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг	Маърузачини тинглаш,

5 дақиқа	дарс жараёнигатайёрлигини назорат қилиш	сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий боскич 55дақиқа	Туберкулёз қўзғатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намоиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний боскич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустакил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намоиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Туберкулёз билан касалланган беморларни текшириш усуллари

Ўпка туберкулёзининг клиник белгилари хилма-хилдир, аммо касаллик махсус бир белгиларга эга эмас. Буни айниқса ҳозирда экологик ўзгарувчанликлар билан характерланувчи замонавий шароитларда, одам организмга турли хилдаги вакциналарни кўп марталаб таъсири, зардобларни ва антибиотикларни ҳамда туберкулёз қўзғатувчисининг хусусиятларини ҳисобга олиш керак.

Бунда асосан 3 та вазиятни назарда тутиш зарурдир:

1. Туберкулёз билан хасталанган беморлар клиник белгилари бошлангандан бошлаб мутахассис – фтизиатрга эмас, балки УАШга мурожаат қилишади.
2. Туберкулёз – бу инфекцион касаллик ва беморлар атрофдагилар учун жиддий эпидемиологик хавф туғдириши мумкин.
3. Туберкулёз касаллигини даволашда махсус туберкулёзга қарши дориларни қўллаш талаб қилинади ва бу етарли билим ва малакага эга бўлган фтизиатр – мутахассис томонидан кузатиб борилиши керак.

Сўраб-суриштириш ва физикал текширув усуллари ўтказгандагина туберкулёзга шубҳа қилиш мумкин. Туберкулёзни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун, шунингдек исботланган ташхис қўйиш учун ҳам махсус текшириш усуллари зарурдир. Булар фтизиатрияда иммунологик, микробиологик, нур, эндоскопик ва морфологик усуллар ҳисобланади. Булар туберкулёз касаллигининг ташхиси ва қиёсий ташхисида, касаллик кечиши ва даволаш натижаларини баҳолашда асосий аҳамиятга эга.

Асосий белгилар.

Нафас аъзолари туберкулёзининг типик белгилари: ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳа пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, терлаш, қуруқ ёки балғамли йўтал, хансираш, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш. Бу белгилар турлича намоён бўлиши ва турли кўринишларда учраши мумкин.

Ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаҳанинг ёмонлашуви, озғинлик, сержаҳллик, меҳнат фаолиятининг сусайиши туберкулёз интоксикациясининг эрта белгилари ҳисобланади. Туберкулёз билан касалланган беморлар бу белгиларни касаллик билан боғлашмайди, чунки бу белгиларнинг пайдо бўлишини жисмоний ва психик зўриқишдан деб ўйлашади. Интоксикацион белгилар айниқса туберкулёз касалликлари бўйича хавф гуруҳига кирувчи

шахслар эътиборни жалб этади. Шундай беморлар чуқур текширувдан ўтказилганда туберкулёзнинг бошланғич шакллари аниқлаш мумкин.

Тана ҳароратининг кўтарилиши (иситма) инфекцион ва ноинфекцион касалликларнинг одатий клиник белгилари бўлиши мумкин. Туберкулёзда тана ҳарорати субфебрил, фебрил ва нормал бўлиши мумкин. Бу кўпинча йирик лабиллиги билан ажралиб туради, жисмоний ва рухий зўриқишдан кейин ошади. Туберкулёз билан оғриган беморлар тана ҳароратининг ошишини енгиллик билан ўтказишади ва деярли сезишмайди.

Туберкулёз интоксикациясида болаларда куннинг иккинчи ярмида тана ҳарорати қисқа муддатга 37.0-37.5°C га ошади ва ушбу кўтарилиш даврий равишда кузатилади, баъзан ҳафтасига 1-2 марта ва нормал тана ҳароратлари билан алмашинади. Кам ҳолатларда тана ҳарорати 37°C атрофида, эрталабки ва кечкурунги ҳароратлар оралиғи 1°C оралиғида сақланади.

Тана ҳароратининг субфебрил бўлиши яна эндокрин бузилишларда, ревматизмда, саркоидозда, лимфогранулематозда, буйрак ракида кузатилади. Гектик типдаги юқори иситмалаш ўткир кучайиб боровчи ва оғир туберкулёз билан зарарланишда кузатилади (милиар туберкулёз, казеозли зотилжам, плевра эмпиемаси).

Кам ҳолатларда ўпка туберкулёзи билан касалланганларда нотўғри иситмалаш типи кузатилади. Бунда эрталабки ҳарорат кечкисидан баланд бўлади. Ушбу иситмалаш оғир интоксикациядан далолат беради. Бундай ҳолат туберкулёз бўлмаган касалларда ҳам кузатилиши мумкин.

Йўтал жудаям кўп ҳолларда ўпка, нафас йўллари, плевра, кўкс оралиғининг яллиғланиши ва ўсма касалликларида пайдо бўлади.

Бундай силжиш экссудатив плевритли беморни плевра бўшлиғида кўп миқдорда экссудат тўпланганда кузатилади. Қуруқ хуружсимон йўтал айниқса бронхлар туберкулёзида пайдо бўлади. Туберкулёз касаллиги билан касалланганларда продуктив йўтал ўпка тўқимасининг деструкцияси бўлганида (структураси бузилганида), бронхонодуляр оқма пайдо бўлганида ҳамда плевра бўшлиғидан йиринг ёки суюқликнинг бронх дарахтига очилишида пайдо бўлади.

Балғам туберкулёзнинг бошланғич босқичида беморларда кўпинча йўқ ёки унинг ажралиши кўшилиб кечувчи сурункали бронхит туфайли бўлади. Ўпка тўқимасининг парчаланиши бошланганидан сўнг балғам миқдори оша бошлайди. Асоратланмаган ўпка туберкулёзида одатда рангсиз, гомоген ва ҳидсиздир. Носпецифик яллиғланиш кўшилиши йўталнинг кучайиши ва балғамнинг ошишига олиб келади. Бу ҳолатларда балғам йирингли бўлиши ҳам мумкин.

Ўпка туберкулёзи ва бошқа ўпка касалликлари ривожланиши сурункали ўпка юраги ва ўпка-юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келади. Бундай ҳолатларда ҳансираш яққол кучаяди.

Ҳансираш кўпинча ўпка туберкулёзининг асоратларини спонтан пневмоторакс бўлак ёки ўпкани тотал ателектази, ўпка артерияси тизимида тромбоэмболияда биринчи ва асосий симпиом бўлиб ҳисобланади. Плевра бўшлиғида тез ва кўп миқдорда экссудат тўпланганда ҳансираш кутилмаганда ва кучли ривожланган бўлади.

Кўкракдаги оғриқ трахея, ўпка, плевра, юрак, аорта, перикард, кўкрак девори, умуртқа поғонаси, қизилўнгач ва баъзан қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари белгилари ҳам бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзида кўкракдаги оғриқ яллиғланиш жараёнини париетал плеврага тарқалиб адгезив плеврит ривожланиши туфайли келиб чиқади.

Оғриқ нафас олганда, йўталганда, кескин ҳаракатларда пайдо бўлади ва кучаяди. Оғриқнинг локализацияси кўпинча ўпканинг зарарланган соҳасини кўкрак девори проекциясида бўлади, бироқ диафрагмал ва медиастинал плевра яллиғланганида оғриқ эпигастрал соҳага, бўйинга, елкага, юрак соҳасига иррадиация беради. Қуруқ туберкулёз плевритида оғриқ олдиндан ва узоқ сақланади. Оғриқ йўталганда, чуқур нафас олганда, кўкрак қафасига босилганда ва яллиғланишнинг жойлашишига қараб эпигастрал ёки бел соҳасига иррадиацияланиши мумкин.

Кўкрак қафасидаги бирдан пайдо бўлган оғриқ туберкулёз асорати спонтан пневмотораксда пайдо бўлади. Стенокардия ва миокард инфарктидан фарқли ўлароқ

пневмотораксдаги оғриқ гапирганда вақтда ва йўталганда кучаяди ва чап қўлга иррадиация бермайди.

Ковурғалараро невралгияда оғриқ ковуруғалараро нервлар жойлашган йўл бўйича чегараланган бўлади ва ковуруғалар оралиғига босган вақтда кучаяди. Туберкулёз билан хасталанган беморларнинг плевра зарарланишидаги оғриқдан фарқли ўлароқ унда тана зарарланган томонга бурилганда оғриқ кучаяди.

Ўпка раки ва бошқа ўсма касалликларида кўкрак қафасидаги оғриқ доимий ва секин-аста кучайиши мумкин.

Қон туфлаш ёки ўпкадан қон кетиши кўпинча инфилтратив, фиброз-кавернали ва ўпканинг цирротик туберкулёзида кузатилади. Одатда секинлик билан тўхтади ва янги қон ажралгандан сўнг яна бир неча кун тўқ рангли қон қуйқалари ажралиши давом этади. Қоннинг аспирация ҳолатларида ва қон туфлашдан кейинги ривожланган пневмония ҳолатларида тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Қон туфлаш яна сурункали бронхитда, кўпгина носпецифик яллиғланишда, ўсма ва кўкрак қафаси аъзоларининг бошқа касалликларида учрайди.

Туберкулёздан фарқли ўлароқ пневмония билан хасталанган беморларда одатда бошида қалтираш пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади, кейин эса қон туфлаш ва кўкрак қафасида санчувчи оғриқлар пайдо бўлади. Ўпка инфарктида кўпинча бошида кўкракда оғриқ пайдо бўлади, кейинчалик тана ҳарорати кўтарилади ва қон туфлаш бошланади. Давомли қон туфлаш ўпка раки билан хасталанганларда кузатилади.

Массив ўпкадан қон кетиш фиброз-кавернали, цирротик туберкулёз ва ўпка гангреназида кузатилади.

Умумий қилиб олиб қараганимизда нафас аъзолари туберкулёзи кўп ҳолларда умумий инфекцион касалликлар сифатида заҳарланиш белгилари билан бошланади ва кўпинча грипп ёки пневмония ниқоби остида кечади. Кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш фониди бемор аҳволи яхшиланиб кетиши мумкин.

Сўраб-суриштириш, физикал усуллар

Анамнездан касаллик қачон, қандай қилиб бошланганлигини аниқлаш зарур: шифокорга қандайдир сабаблар билан шикоят қилиши ёки доимий даврий кўриқларда аниқланиши мумкин. Бемордан белгиларни қандай пайдо бўлгандига ва динамикада қандай кечганлиги, илгари ўтказган касалликлари, травмалар, операциялар ўтказган-ўтказмаганлиги сўралади.

Туберкулёз хавфига олиб келувчи юқори касалликлар бор ёки йўқлиги: қандли диабет, силикоз, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, алкоголизм, наркомания, ОИТС аниқланади.

Беморнинг маданият даражаси баҳоланади. Касалланган болаларнинг ота-онасидан туберкулёзга қарши эмлаш ва туберкулин синамаларининг натижалари сўраб-суриштирилади. Яна оила аъзоларининг саломатлиги ҳақида, уйда туберкулёз беморлари билан контактда бўлган-бўлмаганлиги, ўқиш жойида, ишда ва давомийлиги, туберкулёз билан хасталанган беморларнинг бор-йўқлиги ҳақда маълумотлар олиш зарурдир.

КЎРИК. Авжланувчи ўпка туберкулёзи билан кечувчи беморларининг ташқи кўриниши нафақат тиббиётда, балки бадий адабиётларда ҳам тасвирланган, балким *habitus phthisicus* номи билан ҳам машҳурдирлар. Бу тана вазнининг дефицити, оқарган юзда юзнинг қизили, кўзнинг ялтираши ва кенг қорачиқ, иерининг дистрофик ўзгариши, узун ва торайган кўкрак қафаси, ковуруғалар оралиғининг кенгайганлиги, ўткир эпигастрал бурчак, куракларининг (қанотсимон) орқада қолишидир.

Қўл ва оёқ бармоқларида барабан таёқчалари кўринишидаги деформацияланган дистал фалангаларга ва тирноқлар шаклининг ўзгаришига (соат ойначаси кўринишида) эътибор берилди. Болалар, ўспирин ва ўрта ёшлиларда БЦЖ вакцинасидан кейинги чандикқа қаралади.

Пальпация терининг нам ёки қуруқлик даражасини, тургорлигини, тери ости ёғ қаватининг қалинлигини аниқлашга имкон беради. Яхшилаб бўйиндаги, қўлтиқ остидаги, чов соҳасидаги лимфа тугунлари пальпация қилинади. Агар ўпкадаги яллиғланиш

жараёнига плевра ҳам қўшилган бўлса нафас олганда кўкрак қафасининг зарарланган томонининг орқада қолиши, кўкрак мушакларининг оғриши кузатилади.

Сурункали кечувчи туберкулёз беморларида ва катта операциядан кейинги ҳолатларда кўкрак қафаси ва елка камари мушакларининг атрофияси кузатилиши мумкин. Кўкс оралиғи аъзоларининг қисман силжишини ҳам трахея ҳолатига қараб пальпация орқали аниқлаш мумкин.

Ўпка туберкулёзи беморларида овоз дириллаши одатий, кучайган ёки сусайган бўлади. Бу цирротик ва инфилтратив туберкулёзда, катта кавернали кенг дренажли бронх устида ўпка зичлашган соҳада яхши ўтказилади. Овоз дириллашининг сусайиши ёки умуман йўқолиши плевра бўшлиғига суюқлик ёки ҳаво йиғилганда, ателектазда, массив пневмониянинг бронх обтурацияси билан кечишида кузатилади.

Перкуссия нисбатан кўкрак қафасидаги ва ўпкадаги дағал ўзгаришларни яллиғланган ёки бўлакли характерга эга бўлган цирротик зарарланишда, плевра циррозида аниқлаш имконини беради.

Перкуссия шошилиш ҳолатлар, масалан: спонтан пневмоторакс, ўткир экссудатив плеврит, ўпка ателектазида асосий диагностик аҳамият касб этади. Қутичасимон товуш ёки калта шпка товушининг борлиги клиник вазиятни тез баҳолаш ва керакли текшириш имконини беради.

Аускультация.Баъзи нафас аъзолари касалликлари, айниқса туберкулёз нафас характери ўзгаришсиз ва ўпкадаги қўшимча шовқинларсиз кечиши мумкин. Бунинг эса сабабларидан бири бўлиб зарарланган зонани зич казеоз некротик массалар билан дренажловчи бронхнинг обтурацияси ҳисобланади.

Сусайган нафас плеврит, плеврал битишмалар, пневмоторакс учун характерлидир. Дағал ёки бронхиал нафас яллиғланган ўпка тўқимаси устида, кенг дренажловчи бронхли гигант каверна устида эшитилади.

Ўпкадаги хириллашлар ва плевра ишқаланиш шовқини рентгенологик ва эндоскопик текширувларда аниқлаш қийин бўлган касалликларни диагностика қилишга ёрдам беради.

Майда пуфакчали нам хириллашлар чегараланган ўчоқда яллиғланиш зонасидаги экссудатив компонентнинг устун келганлигидан, ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар парчаланиш бўшлиғи ёки кавернанинг белгиси бўлиб хизмат қилади. Нам хириллашларни эшитиш учун беморни чуқур нафас олиб чиқарганидан сўнг йўталиб қўйиш, кичкина пауза, кейин яна чуқур нафас олиш сўралади.

Бунда чуқур нафас олиш чўққисида хириллашлар пайдо бўлади, ёки уларнинг миқдори ошади. Қуруқ хириллашлар бронхитда, хуштак чалувчи бронхоспазмли бронхитда эшитилади. Қуруқ плевритда плевра ишқаланиш шовқини , перикардитда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади.

Микробиологик текширувлар

Микробиологик айнан биктериологик текширишлар муҳим.

- Эпидемиолгик жиҳатдан энг хавфли туберкулёз билан оғриган беморларни аниқлаш.

- туберкулёз диагностикасининг верификацияси
- Даволаш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида (организацион шакли, даволаш режаси).

- Даволаш эффективлигини баҳолаш ва прогнозлаш
- Силда эпидемиологик кузатиш мақсадида

Бактериологик текширувлар объектлари бўлиб нафас аъзоларини текширилаётганда олинадиган турли суюқликлар ва тўқималар ҳисобланади. Кўпинча балғам текширилади. Бошқа материаллар бўлиб нафас йўллари аэрозол ингаляциядан кейинги ювилмалари, бронхиал альвеоляр чайилмалар, плеврал суюқлик ва ошқозон чайилмаси ҳисобланади (кўпинча болаларда балғам ютиб юборилади).

Жарроҳлик операциялари ва кейин лимфа тугунлари, ўпка ва плевра резекцияларида текширишлар учун материаллар олинади.

Ўпкадан ташқари туберкулёз билан касалланганларда шубҳа пайдо бўлса турли хилдаги суюқликлар – цереброспинал суюқлик, перикардиал, синовиал, асцитик, бундан ташқари менструал қон, йиринг, суяк кўмиги пунктуати, гранулциялар, синовиал қаватлардан қирилмалар, лимфатик тугунлар ва уларнинг пунктуатлари, аъзолар резектатлари олинади.

Бактериологик текширишнинг классик усуллари бўлиб диагностик материалнинг микроскопияси ва културал текширувлар (экиш), микроорганизм турини аниқлаш билан бирга ҳисобланади. Туберкулёз таёқчалари топилганда уларнинг кимёвий препаратларга сезувчанлиги албатта аниқланади.

Диагностик материал суртмасининг микроскопияси умумий даволаш профилактика қароргоҳларини бўлиши шарт бўлган текширувдир. Текширишдан мақсад кислотага чидамли микобактерияларини топиш. Услуб Циль- Нилсен орқали бўялган суртмаларни оптик микроскопияси ёки флюорохром бўёқлар билан бўялган суртмани люминисцент микроскопда кўриш.

Силга қарши курашишни бактериологик лабораторияларида балғамдаги манфий натижани бир марта эмас, 3 кун ва ундан кўпроқ кунда текширилади. Текшириш учун балғамни эрталабки порцияси олинади. Бундан олдин бемор тишларини тозалаб оғзини чайиши керак.

Герметик флаконга 3-5 мл балғам тўплаш зарур, аммо ундан камроқ бўлса ҳам бўлаверади. Балғам бўлмаган ҳолатларда қўзғатувчи 5-15% натрий хлор эритмасини 1% натрий бикарбонат эритмасидан фойдаланилган аэрозолдан фойдаланиш мумкин. Бундай ҳолатларда текшириш учун материал бўлиб бронх ёки ошқозоннинг ювилган сувлари ҳам бўлиши мумкин.

Балғам йиғилиши инфекцияни ҳаво-томчи йўли орқали тарқалишини олдини олиш учун алоҳида ажратилган муассасада олинади.

Циль-Нилсен усули бўйича бўялганда кислотага чидамли микобактерияларни қизил рангга, ўраб турувчи фон қизил рангга ва кислотага чидамсиз микроорганизмлар кўк рангга бўялади. Микроскопик усулнинг аниқлиги кислототага чидамли микобактерияларни ажратишда флюорохром препаратлари- аурамин ёки родоминли аурамин билан бўялганда кучаяди. Ультрафиолет билан ёритилганда микобактериялар қора- яшил фонда яққол сарик рангга кўринади (6.3. расм).

Бироқ микроскопик усулнинг ҳам ўз чегараси мавжуд. Оддий (тўғридан-тўғри) микроскопия Циль-Нилсен усули бўйича бўяб кўрилганда 1 мл материалда 50000-100000 микроб таналари бўлса аниқлаш имконини беради. Бу микдордаги микобактериялар зўрайиб боровчи туберкулёз билан касалланганларининг балғамида бўлади.

Люминисцент микроскопияда 1 мл материалда туберкулёз таёқчаолари 1000 та атрофида бўлганда аниқласа бўлади.

Касалликнинг эрта босқичларида микобактериялар микдори кам бўлади. Шунинг учун микроскопик текширувда топилиши қийин. Бундан ташқари микроскопия *Mycobacterium tuberculosis* ни бошқа микобактериялардан (микобактериоз қўзғатувчиларидан) ажрата олмайди ва айни касаллик этиологияси ҳақида етарлича маълумот бера олмайди.

Микроскопия усулининг камчилиги културал усулнинг ёки материални озик муҳитига экиш усулини тўлдирди. Туберкулёз микобактериялари културасини олишда 1 мл суюқ материалда 20 тадан 100 тагача микроб ҳужайраларининг бўлиши етарлидир. Туберкулёз микобактерияларини ажратиш олиш учун стандарт озик муҳити бўлиб қаттиқ тухумли Левенштейн-Йенсен муҳити ҳисобланади, бунда 1-чи колонияларнинг ўсиши 4-8 ҳафтадан кейин кузатилади (6.4. расм).

Яна суюқ ва ярим суюқ озик муҳитлари бор. Баъзи усуллар юқори селективли муҳитларни ишлатиш йўли билан микобактерия културасини қисқа вақт ичида ўстириш имконини беради, аммо микроорганизмни ажратиш (идентификация) олиш учун қўшимча вақт керак бўлади.

Микобактериянинг тоза културасининг олиниши биохимик усул ёрдамида *M. tuberculosis* ни бошқа нотуберкулёзли микобактериядан ажратиш, ҳаёт қобилиятини аниқлаш, дори препаратларига вирулентлигини аниқлаш имконини беради. Шуниндек яна

бактерия ажралишини ҳажми бўйича аниқлаш мумкин: кам-муҳитда - 10 гача колония; сусл – 10 дан 50 гача ва кўп 50 ва ундан юқори.

Културал текширувнинг камчилиги бу унинг 2 ойгача ўзилиб кетишидир. Аммо бу усулни туберкулезга шубҳа бўлган ҳамма беморларда, айниқса қайта микроскопик текширувининг манфий чиққан натижаларида қўллаш керак.

Културал текширувни тезлаштириш мақсадида микобактерия ўсувчанлигини радиометрик йўли билан аниқлаш учун аппаратлар ишлаб чиқарилган эди. Бу типдаги аппаратлардаги суяқ озиқ муҳити таркибида нишонланган ^{14}C пальмитинли кислотаси бўлади. Махсус сенсор микобактериянинг ўсиш белгиларни 12 кун ичида ёки ундан ҳам эртароқ ^{14}C ажалиши орқали илғаб олади.

Микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади, қачонки препаратнинг пост, яъни танкидий концентрацияси қўшилганда туберкулёз микобактериялари ўсиш ва кўпайишдан тўхтаган бўлса, ўшандагина микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади. Бу концентрацияда препарат турғун микобактерияларга таъсир қилмайди.

Туберкулёз микобактерияларини (МБТ) дори препаратларига турғунлигини тез аниқлашда биологик микрочипларни қўллаш деб ҳам ҳисоблаш мумкин. Буларни ДНК нинг генетик полиморфизминини баҳолаш учун қўлланилади. Биологик микротипларнинг миниатюрлиги, махсуслиги ва юқори сезувчанлиги бир вақтнинг ўзида қўзғатувчини аниқлаш қва дори препаратларига сезгирлигини аниқлаш имкониин беради. Бундай текширув натижалари ҳозирча одатий анъанавий културал усул билан назорат қилинапти.

Лабораторияда микобактерияларнинг туберкулёзга қарши дориларга турғунлик даражаси ва спектрини аниқлаш химиотерапияни танлашда, даво эффективлигини назорат қилиш ва эпидемиологик мониторинг ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Бактериологик натижалари маълумоти етарли бўлмаганда биологик усул билан тўлдирилиши мумкин. Бу усул тахминан туберкулёз микобактерияларини тутган беморлардан олинган биологик материални ҳайвонларга юктиришдан иборат. Одатда денгиз чўчкалоари ишлатилади.

Бу ҳайвонлар туберкулёз микобактерияларига ю қори сезувчан ҳисобланади, тахминан 1 ойдан кейин зарарланган ҳайвонлаврда туберкулёз ривожланади. Биологик усул жуда юқори сезувчан усул ҳисобланади, чунки 1 мл да 5 та микроб таначасидан кам бўлмаган материал денгиз чўчкасига юборилаётган вақтдан бошлаб туберкулёз ривожланади. Бироқ бу ташкиллаштирилган режа бўйича қийин ва етарлича катта маблағ талаб қилади.

Булар ДНК-гибридизация, изотермал аплификация системасининг кетма-кетлик мўлжали, лигаз занжирли реакция, полимер занжирли реакция (ПЦР) бўлиб ҳисобланади. Кўпроқ кенг қўламда ПЦР туберкулёз микобактериялари учун махсус бўлган праймери билан қўлланилади Реакция *m. tuberculosis* ДНК нинг махсус қисмини амплификациясига асосланган.

ПЦР туберкулёз диагностикаси лабораториясининг тез ва юқори сезгирли усули ҳисобланади. Намунадаги 1-10 хужайра тутувчи ташхисловчи материалда туберкулёз микобактерияларини аниқлаш 5-6 соатда ўтказилиши мумкин. ПЦР ни ўтказиш учун махсус тест- синамалар ва лаборатория зарурдир.

Қон ва сийдикни текшириш

Ўпка туберкулёзи билан касалланган беморлар умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар патогномоник белги ҳисобланмайди. Касалликнинг ўткир даврида бироз лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, лейкоформуланнинг чапга силжиши (таёқча ядроли нейтрофиллар фойзининг сезиларли ошиши), ЭЧТ ошиши кузатилади.

Организмидаги кўпчилик аъзолари туберкулёз билан шикастланган ва яққол интоксикация мавжуд беморларда баъзан гипохром анемия вужудга келади. Туберкулёзли яллиғланиш инволюцияга учраганида лейкоцитлар сони нормаллашуви қайд этилади, лимфоцитлар сони нормагача кўтарилади ва ҳатто ошади.

Қоннинг биокимёвий таҳлилини туберкулёзли яллиғланиш кечиши фазаси ва хусусиятларини баҳолаш, жигарнинг функционал ҳолатини аниқлаш ва ҳамроҳ касаллик сифатида кечувчи қандли диабетни истисно қилиш учун ўтказилади.

Ўткир туберкулёзли яллиғланишда альбумин-глобулин коэффиенти камаяди, плазмада фибриноген ва сиал кислоталари миқдори ортади, С-реактив оксил пайдо бўлади. Кўп миқдорда балғам ажратадиган, йирингли плеврал экссудатлари ва буйрак амилоидози мавжуд беморларда гипопроteinемия кузатилиши мумкин.

Қонда аланин ва аспарагин аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза, билирубин, қолдик азот, мочевино, креатинин аниқланиши, шунингдек коагуляцион синамалар(тимол, сулема) жигар фаолияти ва беморнинг дориларни кўтара олиши ҳақида маълумот беради. Кўпинча туберкулёз билан бирга кечувчи қандли диабетни истисно қилиш мақсадида қонда глюкоза ва гликозилиланган гемоглобин миқдори аниқланади.

Қонни иммунологик текшируви баъзан касалликнинг туберкулёзли этиологиясини тасдиқлаш, унинг фаоллигини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун қўлланилади. Бунинг учун антиген- антитана реакциясига асосланган **иммунофермент таҳлил** қўлланилади. МБТ га нисбатан антитаналар туберкулиннинг махсус препарати ёрдамида аниқланади- бу куруқ антигенли эритроцитлар диагностикадир. Туберкулёзда иммунофермент таҳлилнинг сезгирлиги 60-70% ни ташкил этади, махсуслиги эса – тахминан 90% атрофида бўлади.

Специфик яллиғланиш ав ж олганида Т-лимфоцитлар сони ошади ва G ҳамда А-иммуноглобулинлар миқдори камайиши билан бир қаторда розетка ҳосил қилувчи В-лимфоцитлар ошади. ППД туберкулин иштирокида лимфоцитлар яққол бласттрансформация реакцияси туберкулёз жараёнининг инволюцияси учун хос.

Иммунологик тестлар туберкулёзнинг қиёсий ташхислаш учун ҳам иш латилади. Рак ва саркоидозда туберкулёздан фарқ қилиб фитогемаглютининли бласттрансформация реакциясида Т-лимфоцитлар фаоллигининг сусайиши қайд этилади.

Туберкулёз билан касадланган беморлар **умумий пешоб (сийдик) таҳли**лида баъзан асосий касалликнинг жиддий ўзгаришлари аниқланади. Масалан, яққол и фодаланган туберкулёз интоксикациясида сийдикда оксил ва гиалинли илиндрлар пайдо бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзининг амилоидоз билан асоратланиши турғун протеинурия ва микрогематурияга олиб келади. буйрак туберкулёзида сий д ик да оксил, лейкоцитлар, кўпинча эритроцитлар, баъзи беморларда МБТ ҳам топилади.

Нафас олиш ва қон айланиш тизимини баҳолаш

Асосан сурункали ва тарқалган ўпка туберкулёзи одатда нафас олиш фаолиятининг бузилишлари ва юрак, қон-томир тизимининг ўзгаришлари билан кузатилади. Улар интоксикация, ўпка, плевра, юронхлар шикастланиши туфайли бўлиши мумкин.

Нафас фаолиятини ва қон айланиш текшириш нозологик ташхисни тасдиқлаш учун одатда унчалик аҳамиятга эга эмас, аммо беморнинг умумий аҳволини баҳолашда, даволаш тактикасини аниқлашда ва айниқса жарроҳлик муолажалари ҳақидаги масалаларни ҳал қилишда ҳамда уларнинг натижаларини баҳолашда муҳим роль ўйнайди. текширишнинг мақсади мумкин қадар нафас олиш, юрак, қон-томир етишмовчилигини ва бу тизимларнинг қўшимча заҳираларини аниқлашдан иборат.

Спирография маълум вақт ичида ўпка ҳажмининг ўзгаришларини график(чизиклар) тарзида қайд қилишдан иборат. Спирография жараёнида трахеобронхиал ўтказувчанликни баҳолаш мақсадида Вотчал-Тиффно синамаси ўтказилади. У бемор максимал нафас олгандан сўнг форсирланган нафас чиқаришнинг биринчи секундида чиқариладиган нафас ҳажмини аниқлашдан иборат (нормада 70% дан кам эмас).

Ҳозирги даврда спирография текширувни тез, осон амалга ошириш, бемор учун қийинчилик туғдирмайдиган, тезлик билан кўрсаткичларни олишга имкон берувчи компьютерлаштирилган аппаратларда ташки нафас фаолиятининг (ТФН(ФВД)) кўпчилик кўрсаткичларини баҳолаш орқали ўтказилади.

Умумий плетизмография барометрик принциплардан фойдаланишга асосланган. Уни одам танаси учун мўлжалланган плетизмографда - доимий ҳажмли катта герметик камерада амалга оширилади. Беморни плетизмографга жойлаштирилади ва нафас олиш вақтида кўкрак қафаси ҳажми ўзгаришлари қайд қилинади. Плетизмография одатдаги (тинч) нафас

олиш жараёнида ўпкаларнинг чўзилувчанлигини (кенгайишини), нафас йўлларида ҳаво оқимида қаршилигини баҳолашга, нафас ҳаракатларини ҳисоблашга имкон беради.

Ташқи нафас фаолиятининг кўшгимча кўрсаткичларига қоннинг газ таркиби ва кислота-асосли ҳолатини аниқлаш киради. Нафас етишмовчилигида қоннинг нормал газ таркиби таъминланмайди ёки нафас жараёнларининг кучайишит ҳисобига меъёрига етказилади. Ўз навбатида тинчлик даврида ва кучайтирилган жисмоний юкларда қоннинг газ таркибини ва нафас ҳаракатларини аниқлаш нафас етишмовчилигининг мавжуд ёки мавжуд эмаслиги ҳақидаги масалани ҳал этишда етарлидир.

Нур ташхиси усуллари

Фтизиатрияда рентгенологик ва ультратовуш усуллари, радионуклидди сканирлаш, магнит-резонанс томография (КТ) қўлланилади.

Рентгенологик усуллар

Аҳолини оммавий текширишда, бирламчи ўпка ва кўкс оралиғи касалликлари диагностикасида флюорография кенг қўлланилади. Бу усулнинг башқача номи-фоторентгенография, чунки бунда экрандаги рентген тасвири плёнкага расмга олинади (плёнкали флюорография).

Замонавий кадрнинг стандарт формати 100 x 100 мм. Оддий рентгенография билан солиштирилганда флюорография рентген аппаратининг ўтказувчанлик хусусиятини қисман катталаштириш, плёнкага бўлган харажатни ва ишловини камайтириш архивда сақлашни енгиллаштириш имконини беради. Ўпка флюорограммасининг юқори сифатли қобилияти худди рентген суратиникига яқин, шунинг учун 100x100 формат кадрли флюорограмма умумий ўпка рентгенограммасининг ўрнининг боса олади. Флюорографиянинг энг асосий камчиликларидан бири бу бемор ва персоналнинг юқори нурланувчанлигидир.

Ҳозирда плёнкалар ўрнини анча юқори афзалликларга эга бўлган цифровой (дигитал) рентгенофлюорография босмоқда.

Булардан энг асосийси- бу юқори сифат, информативлиги ва тасвирни компьютерда ишлов берилишидир. Текширилувчининг цифровой флюорографияда нурланиши плёнкалига қараганда 10-15 марта паст (тўғри проекцияда шунга ҳос 0.05 ва 0.7 мЗВ). шунингдек катта тезлик да тасвирни тез олиниши, бараварига тасвирни кўриш ва бир неча тасвирда қоғозга расм босилиб чиқилиш имкониятини, унинг масофадан кузатилиши, сақлашнинг қулайлиги ва кейинги ҳамма маълумотларнинг олиниши, текширишнинг арзонлигини айтиб ўтиш жоиздир.

Ҳозирги пайтда цифровой рентгенография аҳолини катта контингентларини назоратли текшируви туберкулёз, ўсма ва бошқа кўкрак қафаси органларини ўз вақтида аниқлашда кенг тарқалмоқда. У ҳозирда ўпканинг умумий рентгенографиясининг ўрнини диагностик усул сифатида босмоқда. Россияда саноати ҳар хил цифровой модели сканирлар ва импульсли аппаратлар ишлаб чиқарилмоқда.

Ўпка рентгенографияси сурати умумий олдинги тўғри проекцияда олинишдан бошланади (плёнкали кассета олдинги кўкрак деворида). Агар патологик ўзгаришлар ўпканинг орқа қисмида бўлса умумий сурат яхлит орқа тўғри проекцияда ўтказилади (плёнкали кассета орқа кўкрак деворида).

Кейин умумий сурат ён проекциялар – ўнг ва чапда ўтказилади. Ўнг томонлама ён суратда плёнкали кассетага кўкрак қафасининг ўнг ён сатҳи тегиб туради, чапда- чап томони. Ён проекциядаги рентгенограммалар ўпканинг бўлак ва сегментларидаги патологик жараённинг жойлашишини, бўлаклараро тирқишлардаги, ўпка ва юрак сояси ортидаги ўзгаришларни аниқлаш учун зарурдир. Икки томонлама ўпка патологияларини яхшироқ аниқлашда ўнг ва чап ўпканинг алоҳида тасвирини олишда суратларни қийшиқ проекция (сатҳ) да олиш яхшироқдир.

Рентген сурати одатда нафас олган ҳолатда олинади. Ўпканинг коллабирланган қирғоқларини ва пневмотораксдаги плевра тирқишларини, шунингдек ўпка ва плевра патологиясидаги кўкс оралиғи аъзолари силжишидаги рентген суратларни яхши чиқиши нафас чиқарган шароитда ўтказилади.

Рентгеннинг ёритилганлигини ошириш рентген нурларининг қаттиқлигини ёки экспозициясини ўзгартириш орқали амалга ошириш мумкин. Бундай суратлар қаттиқ ва суперэкспонирли деб аталади. Булар экссудатив плевритли беморлар ва ўпкада бажарилган хирургик операциядан кейинги оммавий плеврал бойламли қўйилмаларда, трахея ва бронх деворларини яхши аниқлашда ўйказилади.

Рентгеноскопия рентген тасвири ва рентген телевиденияли электрон оптик кучайишни ишлатилиши билан қўлланилади. Бу усулда рентгенографиядан кейин аниқ кўрсатмалар бўйича қўлланилади. Фистулография, ангиография, рентгенобронхологик текширувлар, ташхисловсчи пункция ва назорат остидаги нишонли суратлар шундайусул бўлиб ҳисобланади.

Рентгеноскопия плевра бўшлиғидаги бемалол ҳаракатланувчи суюқликни, плевра синусларини ҳолатини ва диафрагма ҳолатини кўришни аниқлаш учун зарурдир. Кўп ҳолларда кўкрак ичи хирургик операцияларидан кейинги 1-чи кунларида рентгеноскопик назорат рентгенографияга қараганда яхшироқдир.

Шундай қилиб рентгеноскопиядан кўкрак ичи босими ошганда ёки паст бўлганда ўтказиладиган синамалар ва диафрагма ҳаракатини баҳолашда ишлатилади (Валсальва-Мюллер синамасы, Голькнехт-Якобсон синамасы). Бу синамалар натижасининг документацияси рентгенкино сурат ва видео лавҳа орқали амалга оширилиши мумкин.

Компьютер томография (КТ)да - рентгенологик текшириш усули бўлиб, уни бутун дунё тан олган ва ҳамма клиник тиббиётларда қўлланилади. КТ одам танисини кўндаланг қаватларини суратларини олишни таъминлайди (аксиал проекция). Рентген трубкаси бемор танасининг бўйлама ўқи атрофида айланади.

Ингичка нур текшириляётган қават орқали турли бурчаклардан ўтади ва най бимлан бирга ҳаракатланаётган кўп сонли сцинтилляцион детектори орқали тугилади. Рентген нурлари ўтаётган тўқималарнинг зичлиги ҳар хил бўлганлиги учун уни тутами турли хил интенсивликда бўлади.

У детекторлар орқали юқори аниқлик да қайд қилиниб, компьютерда қайта ишланади ва телевизион экранда кўндаланг кесимининг кўринишига айланади. Шундай қилиб КТ сурат эмас, балки компьютер томонидан турли зичликдаги тўқималарни рентген ютиш хусусиятини математик анализи ҳисобланади (ҳисобланилган томография).

Оддий сканирловчи технологияли КТ лар бемор битлан бирга столни қадамли ҳаракатини келтиради ва ҳар айланиш циклидан кейин рентген найи тўхтайди. Улар 2-10 мм гача бўлган қалинликдаги кўндаланг кесимдаги тўқималарни текшира олади. Бир қаватни сканирлаш бир неча секунд давом этади. Контрастликни кучайтириш вена ичига рентген контраст модда юборилган\да олинади. Аксиал (кўндаланг) тасвирларни компьютер ёрдамида тўғри, ён ва қийшиқ томограммаларга қайта тикласа бўлади. Тасвирнинг ёрқинлиги ва контрастлигини ҳар хил қилиб ўзгартириш мумкин.

Бронхоскопик (компьютерли бронхоскопия), бронхографик (компьютерли бронхография), вена ичи контрастлаштириш- ангиография (компьютерли ангиография) ўхшаш суратларни олиш имкониятини бери.

Нурланиш хавфи камаяди, сабаби қайтадан кесимларни диагностик саволларни аниқлаштириш учун олиш эҳтиёжи камаяди. Мультипланар томографияда аниқашлириш детекторларини сони кўпайтирилганлиги ҳисобига сканирлаш вақтит камаяди, артефакт миқдори камаяди ва тасвирни қайта ишлаш имкониятлари кенгаяди.

Умуман олганда такомиллаштирилган радиацион усуллар турли хилдаги кўкрак ичи патологиясини визуализациясидла ҳажмли тасвирлар олиш имконини беради ва патологик жараёнларнинг тарқалганлиги, локализациясиниборлигини динамикада ўрганиш имкониятини беради. КТ бундан ташқари, трансторакал биопсияда ва мураккаб плеврал пункцияларда юқори аниқликни таъминлайди. КТ ёрдамида махсус ишланган виртуал бронхоскопик манзарани кўриш мумкин.

Магнит резнансли томография (МРТ).

МРТнинг кўпгина ютуқлари бош ва орқа мия, суяк ва бўғим, кўкрак бўшлиғининг йирик томирларини, юракни ва бошқа ички аъзоларни текшириш имконини беради.

Бу усулнинг энг асосий ютуқларидан бири бемор ва тиббиёт ходими учун нурланишнинг йўқлигидир. Бемор томограф столига ётқизилади. Тананинг текширилувчи қисми кучли магнит майдонига жойлаштирилади. У йўналиши бўйича протонларни айлантириш орқали ташқи магнит майдонига параллел равишда тўқимада магнит майдон ҳосил қилинади.

У махсус анализатор орқали қайта ҳосил бўлади ва оқ-қора мониторли экранга узатилади. МРТ нинг тасвири асосан протонлар зичлигига ва текширувчмининг топшириғига, релаксация деб аталувчи вақтга қараб аниқланади. Бунда T_1 остидаги релаксация вақт деб ткушунилади ва бу вақт ичида ташқи магнит майдонига мос келувчи 1-чи бошланғич мўлжалли протонларни тикланиши кузатилади.

МРТ даги тасвирни интерпретацияси (ёритилиши) кўп врачлар учун одатий бўлиб қолган рентген суратнинг ёритилишига қараганда қийинроқдир. Масалан, ҳаво, суяк, фиброз тўқима узок T_1 вақтини талаб қилади, қисқа T_2 эса тасвирда қора кўринишда намоён бўлади.

МРТ кардиостимулятор ёки бошқа металл имплантатлари бор беморларда қарши кўрсатма ҳисобланади. Текшириш кераклигича узок давом этиши мумкин, шунинг учун болалар ва оғир касалларда бажариш қийинроқдир. Ангиопульмонография ўпка артериялари ва унинг шохларини контрастлаш ва рентген текширишдан иборат. Ангиография 2 та асосий усули умумий ва селективга бўлинади.

Умумий ангиопульмонографияда контраст эритмани катетр орқали кўл венасидан юқори ковак венасига ёки юракнинг ўнг бўлмалари бўшлиқларига юборилади. Рентген тасвирларни махсус флюорографик аппаратда стереавий олинади. Ушбу усул кўп миқдорда контраст модда сарфи билан бўлади (50-60) ва у кўпинча айниқса патологик ўзгарган ўпка томирларини аниқ тасвирини бермайди. Томирлар ампутацияси ҳар доим ҳам аниқ маълумот бермайди.

Селектив ангиопульмонография техникавий мураккаброқ, лекин кўпишлатилади. Уни ўпка артериясининг керакли тармоғи катетеризация қилинганидан сўнг амалга оширилади. сериявий суратлар 10-12 мл контраст эритма юборилганидан сўнг олинади. Одатда селектив ангиопульмонографияни кичик қон айланиш доирасидаги босимини қайд қилиш қондаги газларни текшириш билан бирга олиб борилади.

Ангиопульмонографияга кўрсатмалар чегараланган. Уни ўпка артериясининг тромбози ёки эмболияси ҳамда узок муддат коллабирланган ўпкани ёйилишга бўлган хусусиятини аниқлаш учун, томирлар ҳолатига қараб пневмофиброз даражасини аниқлашда ишлатилади.

Техникавий имкониятлар умумий ангиопульмонографияни рақамли (цифровой) ва риоптатда венага кўп бўлмаган контраст эритма юбориб бажариш имкониятини беради. Бундай ҳолларда видеосигнални компьютер билан қайта ишланиши юқори сифатли суратлар олиш имкониятини беради.

Бронхиал артериография– бронхиал артерияларни катетеризациялаш, контрастлаш ва рентген текширувлардан иборатдир. Текширувни маҳаллий анестезия ёрдамида рентгентелевидение кузатуви остида олиб борилади. Махсус мандренли игна билан чов бурмасидан пастда жойлашган сон артерияси тешилади.

Мандренни металл ўтказма билан алмаштирилиб у орқали артерия бўшлиғига букилган учли рентген контраст катетри киритилади. Кейин ўтказма олинади, катетр бўлса аортагача олиб борилади. Катетрни учи билан бронхиал артериялари тешиклари тартиб билан қидирилиб катетр киритилади ва у орқали контраст модда типак, урографин, уротраст ёки унинг аналоглари. 35 мл/с тезлик да 5-12 мл миқдорда юборилади, сериявий рентгенография ўтказилади.

Бронхиал артериографияга асосий кўрсатма бўлиб ўпкадан номаълум этиологияли ва локализацияли қон кетиш ҳисобланади. Бунақа ҳолатларда артериограммаларда бронхиал артерияларнинг кенгайганлиги, патологик буралмаларнинг бўлиши, контраст модданинг уларнинг чегарасидан чиқиши (экстравазация), ўчоқли ва диффуз гиперваскуляризация, бронхиал артериялар аневризмалари, уларни тромбозлари, артерио-артериал анастомозлар орқали ўпка артериясининг периферик тармоқларини ретроград тўлиши аниқланади.

Текширишга қарши кўрсатмалар: якқол атеросклероз, беморнинг семизлиги, ўпка-юрак етишмовчилиги. Бронхиал ангиографиянинг асорати бўлиб сон артериялари пункцияси соҳасида гематома бўлиши мумкин. Жудаям кам ҳоллардаги оғир асорати бўлиб орқа мия томирларининг зарарланишини, оёқларнинг ва чанок аъзоларининг функцияси билан бирга келишидир. Асоратларини профилактикаси услубий ва техник принципларига ва текшириш қисмларига аниқ эътибор қилинганда бўлади.

Бронхография. Бронхларни контраст рентгенологик текшируви бўлиб, маҳаллий анестезия орқали позицион (йўналтирилмаган) ёки селектив (йўналтирилган) бронхография кўринишида бўлади. Позицион бронхографияда катетри трахеяга бурун орқали киритилади, контраст модда юборилаётган вақтда бемор танасига оптимал ҳолат берилади.

Плеврография. Плевра эмпиемаси билан касалланганларда йиринг бўшлиғи чегараларини аниқлаш ва контрастлаш имконини беради. Дастлаб плеврал пункция қилинади, плеврал суюқлик аспирация қилинади, кейинчалик рентгенотелевидение назорати остида плевра бўшлиғига 40-50 мл илиқ контраст эритма юборилади (пропилюдон, урографин).

Фистулография. Турли хил торакал ва торако-бронхиал окмалар бор касалларда ишлатилади. фистулографиядан олдин оқма йўлини аниқлаш мақсадида зондлаш мақсадга мувофиқ. Контраст модда шприц орқали катетрдан оқма йўлига рентгенотелевидение назоратида юборилади. Ёғли ёки сувда рийдиган контраст моддалар ишлатилади. Кейинчалик беморнинг ҳолати ўзгартирилиб турли проекциядаги рентгенография ёки КТ қилинади.

Текширувлар жараёни давомида суратларни анализидан сўнг окманинг анатомик хусусиятлари, унинг плевра бўшлиғи ёки бронхиал дарахти билан туташган-туташмаганлиги аниқланади. Контраст моддани бронх дарахтига кириб кетиш ҳолатида ретроград фистулобронхография ҳосил бўлади. Текширув тугугандан сўнг катетр орқали препарат сўриб олинади, бемордан эса яхшигина йўталиш талаб қилинади.

Ультратовуш текшируви. Хусусан ультратовушли сканирлаш хавфсизлиги, кўп маротаба ўтказиш мумкинлиги, юқори аниқлик хусусияти билан ажралиб туради.

Фтизиатрик амалиётда ультратовуш усуллари периферик лимфа тугунларини (бўйин, қўлтиқ ости, чов) ўлчамларини аниқ назорат қилиш учун керак. Ультратовуш ёрдамида плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқласа бўлади. У борлигида париетал плевра ва ўпка орасидаги гипоехоген зона пайдо бўлади.

Хулоса: Туберкулёз беморларини эрта ва аниқ ташхислаш учун зў вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологик текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Чунки рентгенологик текшириш усуллари ташхислашда якуний қулай усуллар ҳисобланади. Шунинг учун барча туберкулёз беморларини рентген текширувлардан ўтказиш шарт ҳисобланади.

Маъруза №4 Туберкулёзнинг клиник таснифи. Туберкулёзнинг клиник шакллари. Бирламчи туберкулёзнинг клиник шакллари, клиник симптоматология ва ташхислаш усуллари, кечиши, асорати ва оқибати.

<i>Маъруза машғулотини технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Силнинг клиник классификацияси, унинг турлари
	2.МКБ -10 бўйича туберкулёз таснифи, талабалар билимларини мустаҳкамлаш
	3. Бирламчи туберкулёз.

	4.Бирламчи туберкулёз тур лари. Кечиши, ташхис, тек шириш усуллари
	5.Бирламчи туберкулёз ташхислашнинг умумий тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	Таълимий:талабаларгабирламчи туберкулёз беморларини текшириш усуллари, тек шириш тур лари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Бирламчи силнингтекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга бирламчи туберкулёз беморларини текшириш усуллари, эрта аниқлаш, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуги	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Туберкулёз кўзгатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намоиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намоиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

ТУБЕРКУЛЕЗНИНГ КЛИНИК ТАСНИФИ

А. Асосий клиник кўринишлари

I Гурух Болалар ва ўсмирларнинг туберкулездан захарланиши

II Гурух Нафас аъзолари туберкулези

010.0 Бирламчи туберкулёз комплекси

010.8 Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили

018.0 Милиар туберкулёз

018.0 Тарқалган туберкулёз

011.1 Ўчоқли туберкулёз

011.0 Яллиғланган туберкулёз

011.5 Казеоз зотилжам (Ириган зотилжам)

011.8 Туберкулома

011.8 Кавернали туберкулёз (Кавакли туберкулёз)

011.8 Фиброз-кавернали туберкулёз (Чандиқли-кавакли туберкулёз)

011.4 Цирротик туберкулёз

012.0 Туберкулёз плеврити (эмпиема ҳам)

012.3 Бронх, трахия, юқори нафас йўллари сили

011 (502) Нафас аъзолари силининг ўпканинг чангли касб касалликлари билан бирга келиши

III Гурух Бошқа аъзолар ва системалар туберкулези

013 Бош мия пардаси ва МНСнинг сили

014 Ичак, қорин пардаси ва ичак тутқичи лимфа тугунларининг сили

015 Суяк ва бўғим сили

016 Сийдик ва жинсий аъзолар сили

017.0 Тери ва тери ости ёғ қаватининг сили

017.2 Периферик лимфа тугунларининг сили

017.3 Кўз сили

017.4 Бошқа аъзолар сили

Б. Туберкулези жараёнининг характеристикаси

Жойлашиши ва давомийлиги: ўпка бўлагида, сегментида, бошқа аъзоларда шикастланишнинг жойлашиши

Даври

А. Яллиғланиш, парчаланиш, тарқалиш

Б. Сўрилиш, зичлашиш, чандикланиш, қотиши

Бактерия ажратиши

А. БК+; Б. БК-

В. Асорати

Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши, спонтан пневмоторакс, ўпка юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, оқмалар

Г. Туберкулезни даволагандан кейинги қолдиқ ўзгаришлар

А. Нафас олиш аъзосидаги – фиброзли, фиброз-ўчоқли, буллёз-дистофик, кальцинатли; ўпка ва лимфа тугунлари, плевропневмосклероз, цирроз, амалиётдан кейинги ҳолат.

Б. Бошқа аъзолар

1994 йилда Саратов шаҳрида бўлиб ўтган Россия фтизиатрларининг II (XII) съездида қабул қилинган.

Соглиқ билан боғлиқ касаллик ва муаммоларнинг ҳалқаро статистик таснифи

МКБ 10

Туберкулёз (А 15-А 19)

А 15 Нафас аъзолари туберкулезининг бактериологик ва гистологик исботига кўра

А 15.0 Экмани ҳам ўсган, ҳам ўсмаган ҳолда, бактериологик исботланган ўпка сили

А 15.1 Фақат экмани ўсган ҳолидагина исботланган ўпка сили

А 15.2 Гистологик исботланган ўпка сили

А 15.3 Ноаниқ усулида исботланган ўпка сили

А 15.4 Бактериологик ва гистологик исботланган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили

А 15.5 Бактериологик ва гистологик исботланган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили

А 15.6 Бактериологик ва гистологик исботланган туберкулёз плеврити

А 15.7 Бактериологик ва гистологик исботланган нафас аъзоларининг бирламчи сили

А 15.8 Бактериологик ва гистологик исботланган нафас аъзолари сили

А 15.9 Бактериологик ва гистологик исботланган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили

А 16 Нафас аъзолари туберкулезининг бактериологик ва гистологик исботланмаганлигига кўра

А 16.0 Бактериологик ва гистологик текшириш натижалари манфий бўлган ўпка сили

А 16.1 Бактериологик ва гистологик текшириш ўтказилмаган ўпка сили

А 16.2 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ўпка сили

А 16.3 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган кўкрак ичи лимфа тугунлари сили

- А 16.4 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ҳиқилдоқ, трахея ва бронхлар сили
- А 16.5 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган туберкулёз плеврити
- А 16.7 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган нафас аъзоларининг бирламчи сили
- А 16.8 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган нафас аъзолари сили
- А 16.9 Бактериологик ва гистологик исботи кўрсатилмаган ноаниқ жойлашган нафас аъзолари сили

А 17+ Асаб тизими туберкулези

- А 17.0+ Туберкулёз менингити
- А 17.1+ Мия пардалари туберкуломаси
- А 17.8+ Асаб тизимининг бошқа жойларида жойлашган сили
- А 17.9+ Ноаниқ жойлашган асаб тизими сили

А 18 Бошқа аъзолар туберкулези

- А 18.0+ Суяк-бўғим сили
- А 18.1+ Сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар сили
- А 18.2 Периферик лимфоаденопатик туберкулёз
- А 18.3 Ичак, қорин парда ва чарви лимфа тугунлари сили
- А 18.4 Тери ва тери ости ёғ қавати сили
- А 18.5+ Кўз сили
- А 18.6+ Қулоқ сили
- А 18.7+ Буйрак усти бези сили
- А 18.8+ Бошқа аъзоларда аниқланган туберкулёз

А 19 Милиар туберкулез

- А 19.0 Бир жойда жойлашган ўткир милиар туберкулёз
- А 19.1 Кўп жойда жойлашган ўткир милиар туберкулёз
- А 19.2 Ноаниқ жойлашган ўткир милиар туберкулёз
- А 19.8 Милиар силнинг бошқа шакллари
- А 19.9 Ноаниқ жойлашган милиар туберкулёз

Силнинг классификацияси бўйича бирламчи силга асосан болалар ва ўсмирларда кўпроқ учровчи силдан захарланиш, кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили ва силнинг бирламчи комплекси киради. Бирламчи туберкулёз организмга туберкулёз таёқчаларининг биринчи марта кириши натижасида ривожланиб, лимфа тугунларининг зарарланиши туберкулёз инфекциясининг лимфа ва қон томирлари орқали тарқалиши ва организмнинг туберкулёз таёқчаларига нисбатан ўта сезувчанлиги билан тавсифланади. Бирламчи туберкулёз асосан болалар, ўсмирлар орасида, ёшлар ва катталар орасида энг камдан-кам учрайди.

Силнинг эпидемиологик хавфи камайиб бораётган ҳозирги вақтда туберкулёз таёқчалари кам миқдорда ёки унинг L шакли юқмоқда. Макрофаглар томонидан камраб олинган туберкулёз таёқчаларида анчагина ўзгариш бўлиб улар лимфа тугунларида ушланиб қолади ва лимфа тугунларида носпецифик ёки спецификга яқин яллиғланишлар реакцияси бўлиб беради (силнинг “кичик” ўзгаришлари).

Носпецифик ва специфик реакция (лимфоид ва лимфогистеоцитар тугунчалар ва яллиғланишлар, бунда макрофаг хужайраларининг иштироки) ўпка, қора талок, жигар, юрак, буйрак, тери, суяк илиги ва бошқа аъзолар.

Аммо баъзи олимларни таъкидлашича бу давр қисқа 7-9 кун, баъзан эса узоқ 4-6 ҳафта ва ундан ҳам куп бўлиши мумкин. Бу кўп жихатдан юққан туберкулёз таёқчаларининг вирулентлилигига, миқдорига, макроорганизмнинг инфекция қарши курашиш қобилиятига ва сезгирлилигига боғлиқдир.

Тўқимасида ривожланиши мумкин ва бунинг натижасида бирламчи силнинг ҳар хил клиник синдромлари аниқлаши мумкин.

БИРЛАМЧИ ТУБЕРКУЛЁЗ

Бирламчи туберкулёз инфекциясининг ривожланиши шу даврда тугалланиши ва инфекция яширин холга ўтиб (латент микробиоз), бу хол белгиларсиз узок муддат давом этиши мумкин.

Агар организмга етарли микдорда туберкулёз таёқчаларининг бактериал шакли юкса силга хос специфик ўзгаришлар рўй беради ва организмда секин ривожланиувчи ўта сезгирлик хусусияти пайдо бўлади, буни туберкулин синамаси кўйиш йўли билан аниқлаш мумкин. Одатта организмга туберкулёз таёқчалари юққандан сўнг 2-3 hafta ўтгач туберкулин синамаси биринчи марта мусбат реакция (ўзгариш) беради. Туберкулёз таёқчалари юққан вақтдан туберкулин синамаси биринчи марта мусбат реакция бергунча бўлган даврни предаллергик ёки биалогик инкубацион давр деб аталади. Туберкулинга сезгирликни пайдо бўлиши организмда иммунитет хужайраларининг ва гуморол мудофаа реакциясининг шакилланаётганини тасдиқлайди.

Организмга туберкулёз таёқчаларининг биринчи марта юқиши кўпчилик болаларда ва ўсмирларда зарарланиш белгиларисиз кечади. Бундай холларда туберкулинга биринчи марта мусбат реакция аниқлангандан бошлаб бир йил давомида бирламчи туберкулёз инфекциясининг бир вақт даври деб аталар экан. Бирламчи силнинг бу даврини фақат туберкулин синамаси ёрдамида аниқлаш мумкин. Бирламчи туберкулёз инфекциясининг бир вақт даври аниқланган шахсларни хаммаси албатта силга қарши диспансерга юборилишлари ва хисобга олиниб, кузатилишлари ва даволанишлари зарур. Акс холда, туберкулёз инфекцияси юққан бундай кишиларда (болалар, ўсмирлар, баъзан катталар хам) туберкулёз ривожланиб захарланиш белгилари пайдо бўлишлари мумкин.

Силдан захарланиш (интоксикация).

Хар-хил аъзолар ва организм системаларининг иш қобилияти (функцияси) бузилиши билан тавсифланади. Бу кўпинча туберкулёз инфекцияси юққандан кейин “вираж” даврида ёки у аниқланмасданоқ рўй бериши мумкин. Силдан захарланиш клиник кечиши жихатдан икки кўринишда бўлади.

1. Силдан захарланиш барвақт даври.
2. Сурункали силдан захарланиш.

Силдан захарланишнинг барвақт даври.

Бунда асосан хар-хил аъзоларнинг иш қобилитини бузилиши кузатилиб бунда биринчи навбатта нерв сиситемаси функцияси бузилади ва асабийлик, инжиқлик, йиғлоқилик, уйқунинг бузулиши, бош оғриши белгилари билан намаён бўлади. бундан ташқари тез чарчаб қолиш, тана хароратининг кўтарилиши ва иштаханнинг камайиши кузатилиши мумкин. Баъзи болаларда бирламчи силдан захарланиш ревматизмга ўхшаб, бўғимларда, юрак атрофида оғриқ билан, бошқаларда эса бронхит белгилари – йўталиш, хириллашнинг пайбо бўлиши билан ва яна баъзиларда эса парааллергик ва параспецифик ўзгаришлар яъни кўз конъюктивасининг яллиғланиши, оёқ ва бўғимлар атрофида тугунчали тошмалар тошиши, бўшлиқларга зардоб йиғилиши билан кечади. Қон таркибининг текшириб кўрганда кўпинча эозинофелларнинг кўплиги, лейкоцитар формуланинг ўнга силжиши (нейтрофиллар кўпайиши, лимфоцитлар камайиши) ва ЭЧТнинг ошиши аниқланади. Қон зардобдага оксил фракциялари томонидан альбуминларнинг камайиб, α - β -глобулинларининг кўпайиши кузатилади. Сийдикда турғин холда бўлмаса хам альбумин аниқланади, баъзан эритроцит ва лейкоцитлар кўрув майдонида 15-20 тагача етади. Баъзан кунт билан текширилган бронх ёки меъда йувиндисидан, айниқса экиш усули билан туберкулёз таёқчаларини топиш мумкин.

Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенологик текшириш одатта специфик ўзгаришга хос хеч нарса кўрсатмайди, аммо баъзан ўпка илдизига якин жойларда ўпка расми соясининг кучйганлиги аниқланади, бизнинг фикримизча бундай хол касаллик бронхит холида кечганда ёки лимфа тугунларидаги яллиғланиш натижасида лимфа оқимининг секинлашуви натижасида рўй берса керак.

Катталашган периферик лимфа тугунлари пункция ёрдамида олинган пунктант цитологияси лимфоид, эпителийсимон ва Прогов-Лангханс хужайралари хамда макрофаглар мавжудлигини кўрсатади, бу хол силнинг бошланғич жараёни эканлигини тасдиқлайди.

Кўрсатилган ҳамма клиник ва лаборатория текшириш натижаси бўлиб, бундай ўзгаришлар кўпчилик юқумли каслликлар натижасида ҳам юз бериши мумкин, шунинг учун силда захарланишнинг аниқлашда туберкулин диагностикаси асосий аҳамиятга эга.

Агар силдан захарланишни барвақт даври ўз вақтида аниқланмай ёки беморда даволаш ишлари олиб борилмаса, тахминан 25% беморларда силдан захарланишнинг сурункали кўринишига ўтиб кетиши мумкин.

Силдан захарланишнинг сурункали кечиши.

Силдан захарланишнинг сурункали кечиши профессор А.А.Кисель томонидан батафсил ўрганилган.

Беморнинг ташқи кўриниши ўзгариб кўкрак қафаси яссилашади, жигар бироз катталашади, жигар қираллари ўткирлашади. Ўпканинг физик усуллар билан текширилганда силга хос ўзгаришлар аниқланмайди.

Силдан сурункали захарланиш белгилари ҳам юқорида айtilган белгиларнинг ўзи, аммо бундай белгилар узоқ вақтгача сақланиб қолади, натижада бола организмга ва ахволига ўз тахсирини кўрсатади. Бола хаёли паришон, бўшашган, тез чарчаб қоладиган бўлади. тез-тез бош оғриб, тана харорати 37.2-37.4 °C гача кўтарилиб туради. Қон томир ва юрка сиситемасига шикоятлар пайдо бўлади. кўпчилик бундай болалар юрак атрофида оғриқ сезаётганликларига шикоят қиладилар. Текшириб кўрилганда юракнинг тез уриш товушининг бўғиқлиги аниқланади. Ошқозон-ичак фаолияти ҳам бузилиб бола иштахаси йўқолади.

Ўпканинг рентгенологик текширилганда бундай беморларнинг деярли ярмида турли ўзгаришлар: ўпка илдизи атрофида пневмосклероз, майда кальцинатлар ва баъзан ўпка бўлаклари орасида плевранинг қаттиқлашганини аниқлаш мумкин.

Ташхисни аниқлаш мураккаб бўлса Кохнинг тери ости туберкулин синамасидан фойдаланиш мумкин, бунда 10-20-50 ТБ дан фойдаланиш мумкин. Туберкулин тери остига юборилганда умумий, ўчоқдаги ва маҳаллий реакциялар мусбат бўлса бу беморда силдан захарланишнинг фаоллигини тасдиқлайди.

Силдан захарланишнинг клиник ва бошқа белигиларига ўхшаш белгилар бир қанча бошқа касалликларда ҳам рўй беради (сурункали тонзилит, гайморит, гипатохолистит, гелиментоз).

Сурункали гайморитда бўладиган захарланиш ҳам силдан захарланишга ўхшаб кечади. Гайморитда бош оғриғи носметрик бўлади. Беморда бурун битиши, вақти-вақти билан бурундан сув оқиши, чертиб кўрилганда гаймор бўшлиғи устида оғриқ сезиши, рентгенограммада гаймор бўшлиғида доғ пайдо бўлиши аниқланади. Туберкулинга манфий реакция ташхисни тўғри қўйишга ёрдам беради, албатта ЛОР мутахассис билан маслахатлашиши катта аҳамиятга эга.

Сурункали гепатохолиститга ўнг қовурғалар остида оғриқ, жиғилдон қайнаши, кекириш, вақти-вақти билан ичнинг бузилиши, жигарнинг хаддан ташқари катталашиши, вақти-вақти билан метиоризм бўлиши хос. Туберкулёз касаллари билан контактда бўлмаган, туберкулин синамасининг манфий натижаси беморда силга хос захарланиш эмаслиги ташхисни тасдиқлайди.

Организмда гижжалар бўлганда ҳам силдан захарланишга ўхшаш белгилар билан кечади. Бунда ошқозон ва ичак йўллари фаолияти бузилиши билан бир қаторда аллергологик ўзгаришларнинг мавжудлиги, тромбоцитларнинг камайиб кетиши, петиhiялар, эозинофилларнинг кўпайиши, организмда гижжалар борлигидан далолат беради, аммо ахлатда гижжаларни тухумини топилиши хал қилувчи аҳамиятга эгадир.

Силдан захарланишни даволашда асосан Изониазид ва Этамбутолдан фойдаланиб, даволаш 4-6 ой ичида десенсбелизацияловчи дорилар билан давом эттирилади. Бундай даволаш фақатгина захарланиш белгиларини йўқотибгина қолмай, балки бирламчи силнинг локал кўринишларининг олдини олишга имкон беради.

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг туберкулези (туберкулез бронхоаденити)

Бирламчи силнинг локал кўринишлари структурасида кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили 75-80%ни ташкил этиб биринчи ўринда туради.

Кўпинча силдан суринкали захарланиш даврида лимфа тугуларида туберкулёз ўчоқлари пайдо бўлиб, улар катталашиб, структураси ўзгариб, рентген ва томограмма ёрдамида текширилганда аниқлаш имконияти туғилади. Туберкулёз инфекцияси асосан бронхларнинг шиллиқ қавати орқали лимфа томирларига ўтиб, сўнг лимфа тугунларида тўхтади ва ўзига хос ўзгаришлар чақиради.

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силининг клиник ва рентгенологик белгилари лимфа тугунларидаги морфологик ўзгаришларнинг яққоллигига ва асосан зарарланган лимфа тугунларининг топографиясига боғлиқ.

Топографик анатомия курсидан маълумки, кўкрак ичи лимфа тугунлари бир қанча гуруҳларга бўлинади. В.И. Сукенников кўкрак ичи лимфа тугунларини 4 га бўлади: паратрахиал, бифуркацион, трахеобронхиал ва бронхопулмонал. Хозирги вақтда бронхоаденитлар икки турда учрайди.

1. Кичик (майда) кўринишдаги бронхоаденит (кўпроқ учрайди).

2. Яққол кўринишдаги бронхоаденит:

а) яллиғланган;

б) ўсма (тумароз);

бронхоаденитнинг яллиғланган турида яллиғланиш жараёни лимфа тугунлари қобиғидан ташқарига тарқалиб, унинг атрофидаги тўқималарга етиб боради. Ўсма кўринишидаги бронхоаденит яллиғланиш лимфа тугунлари ичида бўлади. бронхоаденитларнинг яллиғланган турини даволаш давомида, баъзан даволанганда ҳам ўсма кўринишидаги турига ўтиши мумкин.

Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силида лимфа тугунлари 1-5 см.гача катталашиши, лимфа тугунлари тўқималари казеоз кўринишида ириб, янги грануляцион тўқималар билан алмашилиши мумкин. Янги пайдо бўлган грануляцион тўқималар зарарланган лимфа тугунлари атрофида ҳам пайдо бўлиб, ириб бронх деворида яра пайдо бўлиб, у бронх ичи томонига тешилиши мумкин (бронх билан лимфа тугунлари оралиғида тешик пайдо бўлади – бронхонодуляр оқма). Қон томирлари, нерв толаси ва кўкс оралиғи тўқималари атрофида грануляцион тўқиманинг хаддан ташқари кўпайиб кетиши ўпкалар илдизининг кўкс оралиғи плевраси ҳамда ўпка бўлаклари орасидаги плевранинг дағаллашишига олиб келади.

Касаллик ўткир ҳолда, тана хароратининг кўтарилиши билан бошланади. Каттароқ ёшдаги оилаларда, ўсмирлар ва катталарда касаллик кўпинча секин аста бошланиши мумкин.

Бронхоаденитнинг субъектив белгилари бўлиб жарангли (икки хил тондаги) йўталиш, баъзан эса йўтал товуши кўк йўтал касаллигидаги йўтал товушини эслатади.

Баъзан бронхлар астмасидаги сингари нафас сиқилиши, яъни нафас чиқиши қийинлашиши (эксператор нафас сиқиши) мумкин. Бу белгилар туберкулёз бронхоаденитининг катта кўринишларига тааллуқлидир. Кичик кўринишдаги туберкулёз бронхоаденитида бу белгиларнинг бўлиши шарт эмас.

Бемор кўздан кечирилганда силдан захарланиш белгилардан ташқари, кўкрак қафасининг юқори қисмидаги вена томирларининг кенгайганлигини аниқлаш мумкин (агар кўкрак қафасининг орқа томонида-кураклар оралиғининг юқори қисмида бўлса Франк белгиси, олди томонида 1-2 қовурғалар оралиғида бўлса Видергофер белгиси). Баъзи беморлар нафас олган пайтда тўш суяги ариқчаси тортилади (югуляр белги), шу югуляр чуқурчанинг уриб туриши Игнатовский белгисидир. Баъзан беморнинг пастки қовоқлари остида кўкаришни аниқлаш мумкин. Тўш суяги дастаси атрофининг тортилиб чуқурлашиб туриши ҳам мумкин (Равич-Шербо белгиси). Бўйиннинг 7 умртқасини босилганда бемор оғриқ сезиши (Перушка белгиси) мумкин.

Беморни туккуллатиб кўриш ҳам катта аҳамиятга эга. Одатда 2 ёшгача бўлган болаларда 7 бўйин ва биринчи кўкрак умуртқасигача бўғиқ товуш аниқланади, 10 ёшгача бўлган болаларда эса 2 кўкрак умуртқасигача, 10 ёшдан кейин 3 кўкрак умуртқасигача бўғиқ товуш аниқланади.

Трахея атрофидаги лимфа тугунлари бронхоаденитининг яққол кўринишидаги турида туккулатиб текширилганда 1-2-3 баъзан 4- кўкрак умуртқасигача бўғиқ товуш аниқланиши

мумкин (Кораньи белгиси). Де Ле Камп туккуллатиб текширилганда 5-6 умуртқасигача бўғиқ товуш аниқлаган (Де Ле Камп белгиси). Филатов белгиси – орқа томонидан 1-2-3 кўкрак умуртқасигача, олдиндан тўш суяги дастаси атрофида бўғиқ товушни аниқланиши. Филосов ёки “товоқча” белгиси – тўш суяги ён томонларида бўғиқ товуш аниқланади, пастки қисми торайиб боради.

Фонендоскоп ёрдамида эшитиш натижасида ҳам бир қанча белгиларни аниқлаш мумкин: Д.Эспин белгиси – 7 бўйин умуртқаси устида бронхиал нафаснинг эшитилиши, бу “Р” харфга бойроқ сўзларни айтиб турган вақтда яхши эшитилади. Гейбнер белгиси – 1-2-3 кўкрак умуртчалари устида трахеал нафасни эшитилиши. Смитт белгиси (“бўрича шовкини”) – бемор бошини орқага эгиб турганда тўш суягини юқори қисми атрофида ўзига ҳос шувиллаш эшитилади, катталашган лимфа тугунларининг йирик қон томирлари деворини эзиши натижасида келиб чиқади. Баъзан тўш суягининг ён атрофлароида ҳазон шитирлашишига ўхшаш товуш эшитилиши мумкин, бу товуш плевра варақларининг яллиғланганлигидан дарак беради (Сирнев белгиси). Санаб ўтилган белгилар доимий эмас, булар кўпинча кўкрак ичи лимфа тугунларининг оғир, яққол кечадиган турларига дучор бўлаган беморларда аниқланади. Ҳозирги вақтда кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили жуда кам белгилар билан, ҳатто белгиларсиз ҳам кечади.

Қон текшириб кўрилганда кўпинча камқонлик, лейкоцитоз, таёқча ядроли нейтрофилларнинг кўпайганлигини, лимфоцитлар ва эозинофилларнинг камайганлигини, ЭЧТнинг ошганлигини аниқлаш мумкин.

Беморнинг балғамида ёки бронхлар йувиндисиде туберкулёз таёқчалари камдан кам топилади.

Туберкулин синамаси қўйилганда беморда кўпинча гиперергик мусбат натижа аниқланади.

Беморда кўкрак ўқтин-ўқтин оғриқ, йўталганда, хирриллаш эшитилганда, балғамида туберкулёз таёқчалари топилганда бронхоскоп ёрдамида текшириш мақсадга мувофиқ. Бунда бронхлар шиллиқ қаватида қизариш, яллиғланиш, яраланиш, брон деворида тешик, чандиқ каби ўзгаришлар мавжудлигини аниқлаш беморда лимфа тугунлари сили борлигини тасдиқлайди.

Баъзан бронхоскопия вақтида кальций тузлари йиғилиб, қотиб қолган лимфа тугунларидан узилиб бронх бўшлиғига чиққан бронхолитларни топиш мумкин. Бронхоскопияда бронх шиллиқ қаватида яллиғланиш аниқланса биопсия қилиб текшириш мақсадга мувофиқ.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари ичкарида, ўпка илдизларида жойлашганни, уларнинг кўпчилиги юрак ва юрак қон томирлари орқали жойлашгани учун рентгенологик текширилганда доим кўринавермайди, айниқса лимфа тугунлари силининг кичик кўринишидаги хили бўлса. Шунинг учун рентгенологик текшириш ҳар-хил усулларини қўллаш зарур. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силининг рентгенологик кўриниши патологик жараённинг яққоллигига боғлиқ.

Туберкулёз бронхоаденитининг кичик кўринишига ўпка расмининг “бузулиши”, ўпка илдизи сояси шаклининг бузулиши ва структурасининг пасайиши характерлидир. Бунда кўкис оралиғи аъзолар сояси катталашади, унинг юқори қисмининг сояси аниқ кўринади (штрих белгиси), юрак ўнг бўлакчасининг сояли шакли бузилиб ўтмас бурчак шаклида кўринади, трахеянинг бронхга ўтиш бурчаги тоқ вена атрофида тўлишган бўлиб кўринади. Чап томонда эса юрак чап қоринчаси ёйи ёки ўпка артерияси ёйи шакли ўзгаради. Юрак биқини яссилашиб унинг чегараси равонлашиб боради. Рентгенологик текширишнинг бошқа усулларида – томографияни қўллаш касалликни аниқлашга кўп жихатдан ёрдам беради. Томограммани ўпка илдизи орқали қилиш керак.

Бронхоаденитнинг яллиғланган турида сўрилиш даврида ўпка илдизининг чегаралари аниқлашиб, бронхоаденитнинг ўсма шаклига ўхшаб қолади. Шунинг учун кўкрак ичи лимфа тугунларининг силини яққол кўринишидаги турлари яллиғланган ва ўсма турларига ажратиш маълум даражада шартли бўлиб, бу туберкулёз жараёнининг ҳар хил даврига ҳосдир. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг силининг қаттиқлашиш ва кальцинацияланиш даврида ўпка илдизининг чандиқлашиши, кўкс оралиғи ва ўпка бўлаклари оралиғидаги плевра

варқларининг қаттиқлашиши аниқланади. Чандиқлашиш жуда кўп бўлганда кўкс оралиғи аъзоларининг касали томонга сурилиши кузатилади. Казеоз лимфа тугунларига кальций тузлари тўпланади, бу лимфа тугунининг ҳар жойида бир хил бўлмайди, йириклашган лимфа кальций тузлари чекка қисмларига, майда лимфа тугунлари эса кальций тузларига тўлиб чиқади.

Баъзида болалар ва ўсмирларда рентгенограммада кальций тузлари йиғилган лимфа тугунларининг сили сурункали ҳолда, узоқ вақт ичида давом этаётганлигининг гувоҳи ҳисобланади.

Хуллас кўкрак ичи лимфа тугунларининг силини аниқлаш учун ҳамма текширишларнинг натижалари ҳисобга олиниш керак.

Асоратлари. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили баъзан ҳар хил асорат бериши мумкин. Катталашган лимфа тугунларида нафас йўллари (бронхни) эзиб қўйиши натижасида ателектаз кузатилиши мумкин. Бунда рентгенограммада ўпканинг ателектаз қисми бир хил кўринишдаги қоронғу соя кўринишида бўлиб, атроф чегаралари аниқ бўлади. рентгеноскопияда нафас олиш актида диафрагманинг парадоксал ҳаракати юрак ва йирик томирларнинг касал томонга сурилиши (Якобсон-Гольцкнитх белгиси) аниқланади. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг сили асорати медиостенал плевра яллиғланиши кўринишида бўлиши ҳам мумкин. Бунда плевра варақлари қалинлашгани аниқланади.

Асоратланган бронхоаденитнинг клиник кўриниши анча оғир ва давомли ўтади. Беморнинг ахволи оғирлашади, тана ҳарорати кўтарилади, қонда ўзгаришлар аниқланади, йўталиши кўпаяди, туккиллашиб эшитиб кўрилганда белгилар яққоллашади.

Ёш болаларда кўкрак ичи лимфа тугунларининг силини кўк йўтал, қизамиқ касаллардан фарқлашга тўғри келади.

Оқибати: сўрилиш, қаттиқлашиш, петрификация, милар туберкулёз.

Бирламчи туберкулёз комплекси

Бирламчи туберкулёз комплекси силнинг бошланғич даври эмас, чунки бирламчи туберкулёз комплекси туберкулёз инфекцияси юққанидан кейин маълум бир давр ичида силдан захарланиш жараёнидан кейин кузатилади. Туберкулёз касаллиги камайиб бораётган ҳозирги вақтда бирламчи туберкулёз комплекси кам учрамоқда (13%).

“Бирламчи комплекс” деган атамани биринчи марта Ранке таклиф қилган бўлиб, у ўпкадаги бирламчи ўчоқ, ўчоқдан ўпка илдизи томон йўналган лимфа томирларининг яллиғланиши (лимфонгит) ва ўпка илдизидаги лимфа тугунларининг зарарланишини назарда тутган.

Бирламчи туберкулёз комплекси инфекцияни организмга тушган йўлига қараб ҳар хил аъзоларда жойлашиши мумкин. Аммо бирламчи комплекси кўпинча, 90-93% ўпкада ва бошқа аъзоларда жойлашади. Демак ўпкада ривожланувчи бирламчи комплекси туберкулёз инфекциясининг нафас йўллари орқали юқиши натижасида ривожланади. Буни қуйдаги фактлар тасдиқлайди: бирламчи ўчоқ кўпинча ўпканинг нафас олишда фаол иштирок этувчи 3-4-5-8 бўғинларида жойлашади; бирламчи ўчоқда деярли 100% туберкулёз таёқчаларининг одамларга мансуб тури аниқланади; кўпинча (90-92%) бирламчи ўчоқ (аффект) яқка ҳолда ривожланади, баъзан (8-10%) икки ёки ундан ҳам кўп бўлиши мумкин.

Бирламчи ўчоқ одатта ўпканинг энг кичик бўлаги – ацинусда ривожланади. Бунда биринчи навбатда бронхнинг энг охирги тармоғида яллиғланиш бошланиб, тўпланган туберкулёз таёқчаларидан ажралувчи экзо- ва эндотоксин таъсирида ўпка хужайраларида дегенерация ва ириш жараёни рўй бериб аморф (қовушмаган) масса пайдо бўлади. шу ириган жой атрофида перифокал яллиғланиш жараёни рўй беради. Бу яллиғланиш икки қаватдан: ички силга ҳос ва ташқи силга ҳос бўлмаган яллиғланиш қаватларидан иборат бўлади. силга ҳос қаватида овал, ўзакли эпителийсимон ва кўп ўзакли катта Пирогов Лангханс хужайралари кўп бўлади. силга ҳос бўлмаган яллиғланиш қаватида эса кўп микдорда лейкоцитлар, лимфоцитлар, моноцитлар ва маҳаллий гистиоген хужайралар (гистиоцитлар), қон томирлар эпителийлари, макрофаглар, фибробластлар каби хужайралар бўлади. яллиғланиш жараёнида бу бириктирувчи тўқимага тегишли хужайраларни иштирок этиши экссудатли яллиғланиш билан бир қаторда пролефератив жараённинг мавжудлигини

тасдиқлайди. Бирламчи ўчоқнинг катталиги ҳар хил бўлиши мумкин, 2 мм.дан лоядек, нўхотдек ва ундан ҳам катта бўлиши мумкин. Оддатда силнинг бирламчи ўчоғи вицерал плевра остида жойлашган бўлади. яллиғланиш жараёни бирламчи ўчоқдан лимфа томирлари, бронхлар, вена ва артерия қон томирлари йўналишида ўпка илидизи томон тарқалади (лимфонгаит).

Бу яллиғланиш орасида ҳам туберкулёз ўчоқлари пайдо бўлиши ҳам мумкин. Яллиғланган жараён лимфа тунунигача етиб боради ва лимфа тугунида гиперплазия жараёни рўй бериб унинг ҳажми катталашади, сўнг лимфа тугунида туберкулёз бўртмалари пайдо бўлиб, ундан кейин лимфоид тўқималарида ириш (некроз) жараёни юз беради. Шундай қилиб силнинг бирламчи туберкулёз комплекси ташкил топади.

Бирламчи туберкулёз комплексини кейинги кечиши бир қанча омилларга боғлиқ, аввало макроорганизмнинг реактивлигига, беморнинг ёшига, организмдаги моддалар ламашиниш жараёнига, туберкулёз таёқчалари сони ва вирулентлигига ва ҳаказо. Бирламчи туберкулёз комплекси тўлиқ ташкил этгандан кейин унинг кечиши икки хил йўлда бўлиши мумкин:

- 1- туберкулёз жараёнинг равон кечиши
- 2- туберкулёз жараёнинг асоратлар билан кечиши

Бирламчи туберкулёз комплекси равон кечадиган бўлса комплекс ташкил топиб бўлиши биланоқ бирламчи ўчоқ атрофидаги перифокал яллиғланиш ва лимфонгаит бирин – кетин сўрила бошлайди. Регионал лимфа тугунлари ва унинг атриофидаги яллиғланиш жараёнинг сўрилиши нисбатан секинроқ кечади. Яллиғланиш жараёнинг сўрилиши билан бир қаторда бирламчи ўчоқ (аффект) ва лимфа тугунлари атрофида бириктирувчи тўқималардан иборат бўлган қобиқ пайдо бўлади. бирламчи ўчоқ ва лимфа тугунлари ичидаги сузмасимон масса секин аста қуюқлашиб катталашади ва оҳақ йиғилади. Вақт ўтгандан сўнг оҳаклашган ўчоқ суякка айланиб кетиши мумкин. Бундай ўчоқни биринчи марта 1912 йилда Чех олими Гон томонидан батафсил ўрганиб чиқилгани учун Гон ўчоғи дейилади.

Ўпка ва лимфа тугунларидаги патоморфологик ўзгаришлар ва организмнинг иммунобиологик ҳолатига қараб бирламчи туберкулёз комплекси бошланиши ва клиник кечиши ҳар хил бўлиши мумкин. Белгиларсиз (яширин) кечувчи, бундай беморлар асосан Манту синамаси қўйилганида, флюорографияда ёки бошқа касаллик туфайли врачга учрашганда аниқланадилар, секин аста бошланувчи бирламчи туберкулёз комплексида касаллик белгилари жуда яққол бўлмаган ҳолда бошланади ва бемор ҳолсизланиш, иш қобилиятининг пасайиши, биров йўталиш, кўкракда оғриқ сезиши, тана ҳароратининг биров кўтарилиши каби белгилар билан кечади. Ўткир ҳолда бошланувчи бирламчи туберкулёз комплекси – зотилжамнинг яққол белгиларигиша ўхшаб, тана ҳароратининг бирдан кўтарилиши, нафас етишмовчилиги, қаттиқ йўталиш ва кўкракда оғриқ сезиш билан бошланади. Бундай ҳолат бир икки ҳафтагача давом этади, сўнг беморнинг аҳоли аста секин яхшиланиб, тана ҳарорати туша бошлайди.

Касалликнинг қандай бошланишидан қаттиқ назар беморни кўздан кечирганда силдан захарланиш белгилари ва бир қанча гуруҳ лимфа тугунларининг катталашгани аниқланади. Бунда лимфа тунуларини пайпаслаганда бемор биров оғриқ сезиши мумкин. Лимфа тугунлари биров катталашган, аммо атрофдаги тўқималарга ёпишиб кетмаган бўлади. лимфа тугунларидаги ўзгариш кўпинча бирламчи комплексига дучор бўлган томонда яққолроқ аниқланади. Кўкрак қафасини туккуллатиб кўрганда ўпканинг зарарланган қисми устида бўғиқ товуш аниқланади, эшитилганда нафаснинг дағаллашгани майда нам хириллашларни аниқлаш мумкин, бу беморни йўталтириб сўнг эшитганда яққолроқ аниқланади.

Агар силнинг бирламчи комплекси чегараланган ёки яллиғланиш жараёни сурункали бошланган бўлса стетоакустик белгилар аниқланмаслиги ҳам мумкин.

Қон томири ва юрак сиситемаси томонидан юракнинг қаттиқ уриши, юрак чегараларининг кенгайиши, систолик шовқин, юракнинг биринчи тонида ўзгариш, қон босимнинг камайиши каби ўзгаришлар аниқланди. Буларнинг ҳаммаси силдан захарланиш ҳисобига юрак миокардидаги диффуз ўзгаришлар ҳисобига содир бўлади.

Беморнинг жигари катталашиб, қирралари ўткирлашади, аммо эластиклиги сақланиб қолади.

Каслликнинг бошланғич даврида қонда лейкоцитларнинг умумий сони 12-14 гача кўпайганлиги, лейкоцитар формуланинг чапга силжишини эозинофилларнинг ва моноцитларнинг кўпайганлигини ва лимфоцитларнинг камайганлигини ва ЭЧТ 25-35 мм/с. тезлашганини аниқлаш мумкин. Қон зардобидаги альбумин биров камаяди, глобулинлар эса кўпаяди.

2 ТБ қўлланилиб қўйилган туберкулин синамаси болалар ва ўсмирларда яққол мусбат натижа, катталарда эса номергик мусбат натижа беради.

Бирламчи туберкулёз комплексига дучор бўлган беморларни рентгенологик усулда текширилганда бу каслликда босқичма-босқич кечувчи 3 давр кузатилади.

1. Яллиғланиш даври – бу даврда ўпканинг бирор қисмида (кўпинча ўпканинг нафас олишда фаол қатнашувчи қисмида) кўриниши хар хил бўлган уч бурчак ёки аниқ шакилга эга бўлмаган, ўпка илдизи билан бирлашиб кетган, интенсив ёки интенсивлиги кам бўлган соя аниқланади. Бунда преиферик лимфа тугунларининг катталашгани ҳам аниқ кўриниб туради. Бирламчи туберкулёз комплексларининг ўпкада жойлашган қисмининг чегаралари ноаниқ бўлади.

2. Яллиғланишнинг сўрилиш ва қаттиқлашиш даври – бу даврда бирламчи туберкулёз комплекси соянинг чегаралари аниқ бўлиб хажми кичираяди, интенсивлиги ошади. Бирламчи ўчоқ билан ўпка илдизидида жойлашган оралиғини бирлаштириб турувчи “йўлча” пайдо бўлади. Бу бирламчи туберкулёз комплексига хос бўлиб, буни “биполияр” ёки Редекер белгиси деб аталади. Бирламчи ўчоқ вецирал плевра остида жойлашган бўлгани учун кўпинча плевра варақларининг дағаллашганини, баъзан ўпка бўлаклари оралиғидаги плевранинг қалинлашганини аниқлаш мумкин. Болаларда ўпка ва лимфа тугунлари компоненти яққол аниқланади, катталарда эса лимфа тугунлари яққол кўринмайди, хатто томография усулини қўллаб текширганда ҳам лимфа тугунларини аниқлаш қийин.

3. Бирламчи туберкулёз комплекси қаттиқлашиш – петрификация даври – одатда касалликнинг бошланишидан 10-12 ой ўтгач бошланиб, 2-3 йилгача давом этиши мумкин. Бунда Гон ўчоғи ёки ўчоғлари ташкил топади. Лимфа тугунларининг қотиши бирламчи ўчоғнинг қотишидан анча кейин рўй беради.

Шундай қилиб ўпкадаги бирламчи ўчоқ ва лимфа тугунлари кальцинатларининг мавжудлиги ўтказилган бирламчи силнинг асосий рентгенологик белгиларидан хисобланади.

Бирламчи туберкулёз комплекси ўз вақтида ниякланиб даволанмаса, организмнинг иммунологик қобилияти паст бўлса, туберкулёз инфекциясининг вирулентлиги юкори ва инфекция кўп миқдорда бўлса касалликнинг бошланғич вақтидаёқ асоратлар билан кечиши мумкин. Кўпинча қуйдаги асоратларни кузатиш мумкин: плеврит, қон туфлаш, қон кетиши, казеоз яллиғланишга ўтиши.

Плевра варақларининг яллиғланиши. Бирламчи ўчоғни вицерал плевра остида жойлашиши, организмнинг инфекцияга нисбатан ўта сезувчанлик холи бундай асоратнинг келиб чиқишига асосий сабабдир. Бундай асоратда бирламчи туберкулёз комплекси белгиларига куруқ ёки экссудатив плеврит белгилари қўшилиб, бу белгилар устунлик қилади. Шунинг учун бундай холларда олдин плеврит деб диагноз қўйилади.

Бирламчи туберкулёз комплексини ривожланиш ва зўрайиш даврида бирламчи ўчоқдаги ириш жараёни кучайиб, бирламчи кавак пайдо бўлиши мумкин. Бунда силдан захарланиш белгилари жуда яққоллашиб беморда узоқ ватқгача тана хароратининг баланд бўлишини, холсизлик ва терлашнинг зўрайишини, балғам кўпайишини кузатиш мумкин ва уни лабораторияда текширганда ўпка тўқимасини чиришини кўрсатувчи элиментларни ва туберкулёз таёқчаларини топиш мумкин. Баъзан қон туфлаш ва қон кетиш холлари кузатилиши мумкин. Беморнинг рентгенологик текширилганда ўпканинг яллиғланган қисми устида кавак-халқасимон соя аниқланади.

Ташқи нафас олиш функцияси бузилиши кўпинча бирламчи туберкулёз комплекси асоратлар билан кечганда рўй беради. Бунда беморда энтикиш билан бир қаторда ўпка вентилизациясининг обструктив ва реструктив кўринишидаги ўпка танқислиги аниқланади. Бирламчи туберкулёз комплексига тўқималарнинг ўта сезувчанлиги тромбоваскулит,

тромбоэмболия, юрак миокардида ўчоқли ва диффузли ўзгаришларга олиб келади, шунинг учун бундай беморларда юрак уришининг тезлашиши аниқланади, ЭКГида R ва T тишчаларининг пасайганлигини, хатто T тишчанинг манфийлигини, оралигини сурилганини аниқланади.

Бирламчи туберкулёз комплексини кўпинча ўпканинг носпецифик яллиғланишлардан фарқлашга тўғри келади.

Ўпканинг катта бўлакларини ёки айрим бўлакларининг носпецифик яллиғланиши клиник ва рентгенологик белгилари жихатидан бирламчи туберкулёз комплексига ўхшаб кетади. Лекин бирламчи туберкулёз комплекси жуда ўткир бошланмайди ва организмнинг захарланиш белгилари ҳам яққол бўлмайди. Бу ўпканинг яллиғланиш жараёнига мос тушмайди. Бирламчи туберкулёз комплексига ўпакни эшитиб кўрганда хириллашлар жуда кам, баъзан умуман эшитилмайди. Рентгенограммада патологик жараён сояси бир хил бўлмаганидан кам интенсивлигидан характерланади, яллиғланишнинг ён атрофида эса айрим ўчоқлар аниқланади. Ўткир бошланувчи носпецифик яллиғланишда тез ўзгарувчанлик кузатилиб, ўпкадаги яллиғланиш жараёнининг сўрилиши билан захарланиш белгиларининг камайишида мутаносиблик борлиги аниқланади. Агар илгари туберкулёз инфекцияси юққан болада ўткир носпецифик яллиғланиш бошланса, туберкулинга бўлган сезгирлик сусаяди, хатто анергия ҳолати ҳам рўй бериши мумкин, бирламчи туберкулёз комплексига эса бемордаги туберкулин сезгирлиги ошиб боради (гиперергик реакция).

Ўпканинг ўткир яллиғланишида нафас етишмовчилигининг ва гипоксемиянинг яққоллиги характерли бўлиб, бундай ҳол бирламчи туберкулёз комплексига бўлмайди. Бирламчи туберкулёз комплексининг сўнги босқичларида ўпкадаги ўчоқда ва лимфа тугунларида кальций тузларининг тўпланиши беморда носпецифик яллиғланиш йўқлигини тасдиқлайди.

Бирламчи туберкулёз комплекси ўткир бошланганда кўпинча вирусли гриппдан фарқлашга тўғри келади, маълумки грипп ўткир бошланади аммо қисқа вақт ичида ҳолсизланиш, бутун тана мускулларида, бўғимларида оғрик, бош оғриши, кўз ёшланиши ҳос. Агар вирусли грипп ўпка асоратисиз кечса бирламчи туберкулёз комплексига ўпкада мавжуд бўлувчи фзиқал ва рентгенологик ўзгаришлар бўлмайди. Вирусли гриппга касал ахволини тезда яхшиланиши, касллик белгиларини камайиб бориши характерлдир. Ташхисни аниқлашда албатта текширишни ҳамма усулларида фойдаланиш керак.

Бирламчи силнинг катталарда кечиши.

Ҳозирги вақтда катталар орасида ҳам бирламчи силнинг турли кўриниши намаён бўлмоқда.

И.А.Логиена ўтказган текширишларига кўра 16-18 ёшдагилар орасида силдан захарланиш 36% 19-24 ёшда эса 40-70%ни ташкил қилади. Демак, 30-50% ўспирин ва ёшлар туберкулёз таёқчаси билан зарарланмаган ва бу шахслар зарарланиши ёки 20-25 ёшлилар орасида бирламчи туберкулёз клиник турлари ривожланиши мумкин.

Катталарда бирламчи туберкулёз клиник белгилари турли ўпка хасталикларига ўхшаш бўлганлиги учун фарқлаш зарурияти туғилади. Шунинг учун УАШга катталарда бирламчи силни кечги ҳос белгиларини уларни барвақт аниқлашни тўлиқ ёритиш зарур.

Болалар ва ўсмирларда яққолкечувчи бирламчи туберкулёз комплекси, кўкрак ичи лимфа тугунлари сили катталарда ҳам учрайди ва катталарда клиник белгилари ўзгача турда кузатилиши мумкин: 1) бирламчи ўпка сили, 2) экссудатив плеврит.

Катталарда бирламчи туберкулёз комплексининг бошланғиқ даври асосан белгиларсиз кечади. Беморни эшитиб кўрганда бронхит аниқланади. Агар бирламчи ўчоқ катталашса фзиқал усуллар билан ҳеч нарсани аниқлаб бўлмайди. Бирламчи ўчоқ ривлжланиб зшрайиб борганда казеоз яллиғланиш шаклидаги фокус пайдо бўлади ва ириш жараёни рўй берганида туккиллашиб кўрилганда бўғиқ товуш, эшитилганда эса визикобронхиал нафас фонида нам хириллашлар аниқланади.

Катталарда кечувчи ўпкадаги бирламчи ўчоқ бошланғиқ даврда рентгенологик усулда жуда катта бўлмаган фокус сояси кўринади. Сўнг яллиғланиш периферик лимфа тугунларигача тарқалиб, яллиғланиб умуман катталашади. Бунда ўпкада чегаралари ноаниқ

соя аниқланади. Вақт ўтгандан сўнг яллиғланиш жараёни сўрилиб ўпкада ва ўпка илдизида бир бирига боғлиқ соя аниқланади.

Бемор клиник жихатдан тузалганидан кейин бирламчи туберкулёз комплекси ўрнида болалардаги каби Гон ўчоғи ва каттлашаг лимфа тугунлари қолади.

Катталарда бирламчи ўпка сили кўпроқ кузатилиб ўпканинг иккиламчи генизига эга бўлган турлари: ўчоқли, яллиғланган, тарқоқ силдан фарқ қилади. Бирламчи ўпка силининг фарқи доимий равишда кўкрак ичи лимфа тугунларини ҳам яллиғланиши кузатилади.

Хозирги даврда 20-25 ёшли бирни бор зарарланганлар орасида кўкрак чичи лимфа тугунлари яллиғланиши ёки ўпка тўқимаси ичида чекланган яллиғланиш хисобига 80% асоратнинг кечиш хисобига экссудатив плеврит аниқланади.

Кўкрак ичи лимфа тугунлари сили билан хасталанган катталарда кўпинча бронхларда махсус яллиғланиш кузатилади.

Демак, катталарда бирламчи туберкулёз кўпроқ асоратли кечиши аниқланади. Иккинчидан, бирламчи туберкулёз катталарда сурункали кечувчи бирламчи туберкулёз хусусиятларига эга. Учунчидан, катталарда бирламчи ўпка силнинг иккиламчи силдан фарқи: иккиламчи туберкулёз кўпинча ўпканинг биринчи, иккинчи сегментларида, бирламчи туберкулёз эса ўрта ва пастки бўлакларида жойлашади. Шунинг учун УАШ кўпинча нотўғри ўпка носпецифик касалликлари ташхисини қўйиб носпецифик даво самарасизлиги аниқлангандан сўнг фтизиатр кўригига юоради. Бирламчи туберкулёз клиник белгиларини катталарда ўпка носпецифик касалликларидан ташқари лимфогрануломатоз, лимфосаркома, марказий ва периферик рак, саркаидоз касаллигининг биринчи босқичи билан фарқлаш зарур.

Хулоса: Силнинг клиник таснифи ҳозирги кунда касалликга эрта ва аниқ ташхис қўйиш учун классификацияда фойдаланилади. Классификация касалликнинг жойлашган ўрни, микроб ажратиш ва ажратмаслиги, унинг асоратлари билан бирга даволагандан кейинги ўзгаришларни аниқ кўрсатиб беради. Бирламчи туберкулёз жараёни асо сан болаларда учраши, унинг клиник белгилари яширин кечиши, ўзидан асоратлар берили билан болаларда учрайди. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

Маъруза №5 Ўпканинг диссеминацияли сили. Ўпканинг ўткир, ним ўткир, сурункали диссеминацияли сили. Патогениз, патанатомия, рентгенологик хусусиятлари. Диссеминацияли силни ташхиси, клиникаси ва даволаш йўллари.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези
	2. Диссеминацияли ўпка сили, унинг клиник турлари
	3. Диссеминацияли ўпка сили клиник кечиши.
	4. Диссеминацияли ўпка сили, ташхис, текшириш усуллари
	5. Диссеминацияли ўпка сили, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	Таълимий: талабаларгадиссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези унинг тур лари, беморларини текшириш усуллари, текшириш тур лари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Диссеминацияли ўпка силитекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга диссеминацияли ўпка сили, ташхис,

	текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касаллиқнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёргилигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралган саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Туберкулёз қўзғатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздиратиш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, қўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Қўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бериш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос текшириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Диссеминацияли ўпка сили.

Тарқоқ туберкулёз - туберкулёз касаллигининг кўплаб туберкулёз ўчоғлари пайдо бўлиши билан характерланувчи клиник шаклидир.

Тарқоқ туберкулёз одатда, катта ёшдагиларда ривожланади ва иккиламчи туберкулёз клиник шакли ҳисобланади.

Бироқ бирламчи туберкулёз массив бактеримияси даврида ва бирламчи туберкулёз маҳаллий шаклларида асоратланган ҳолда кечганида туберкулёз МБТнинг лимфогематоген тарқалиши болаларда бирламчи сигнинг генераллашган шакллари келтириб чиқариши мумкин.

Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашиш даврида биринчи марта аниқланган беморлар орасида тарқоқ туберкулёз 1998 йилда 7,8%ни ташкил этди. Касаллик учун оғир кечиши ва ўлим кўрсаткичининг ўсиши характерли бўлиб, бу кеч аниқлаш билан боғлиқдир. Патогенезининг хусусиятлари ва патологоморфологик ўзгаришларнинг турли-туманлиги бу касалликка УАШ томонидан ташхис қўйилишини қийинлаштиради.

УАШ амалиётида силнинг бу шакли инфекцион касалликлар, нафас тизимининг носпецифик касалликлари, ўпканинг ўткир ва сурункали тарқоқ жараёни ниқоби остида учраши мумкин.

Тарқоқ туберкулёз патогенези ва патанатомияси.

Тарқоқ туберкулёз инфекциянинг ўпкага гематоген, лимфоген, лимфогематоген, камдан кам ҳолларда лимфобронхоген йўл орқали тарқалиши сабабли юзага келади.

Бактеримия манбааси бўлиб фаол бирламчи силдаги казеоз ўзгарган лимфа тугунлари, лимфа тугунларидаги кичик фаол туберкулёз ўчоғлари бўлиши мумкин. Микобактериялар лимфа тугунидан қонга туберкулёз яллиғланишининг бевосита қон томир деворига ўтиши оқибатида ёки кўкрак лимфа йўли, ўмров ости венаси ва юракнинг ўнг бўлимлари, ўпка веналари ва шу кабилар орқали ўпкага ўтиши мумкин.

Бактеримия манбаси бўлиб ўпкадаги ва экстраторакал туберкулёз ўчоғлари хизмат қилиши мумкин, айниқса суяк ва сийдик-таносил тизимидаги. В.Г.Штефконинг (1937) изланишлари шуни кўрсатдики, бу каби ўчоғлар фаоллашганда дастлаб атрофдаги оралик тўқимада лимфангит, лимфоид инфильтрация ва лимфостаз вужудга келади. Бунда ёндош қон томир адвентицияси шикастланади, бу одатда ўпка венаси ёки артерияси тармоқлари бўлади. Жараён чуқурлашган сари эндоваскулит вужудга келади. Бу усулда ҳосил бўлган бактеримия одатда вақтинчалик бўлиб, бир неча кун ёки ҳатто соат давом этади. Шу туфайли сенсбилизациялашган организм мавжудлиги катта аҳамиятга эга, бу эса ўз навбатида кўп миқдорда бактерия ажратувчи билан ўзоқ вақт мулоқотда бўлиш туфайли содир бўлган экзогенсуперинфекция сабаблидир. Тарқоқ туберкулёз ривожланишида организм иммунобиологик резистентлигининг сусайиши, томирлар ва ўпка тўқимасининг сенсбилизация бўлиши лозимдир.

СМБлари гематоген тарқалганда ўпка капиллярлари ва майда веналари зарарланади, бунда уларда туберкулёз инфекцияси стази оқибатида коллаген дезорганизацияси ва томир деворининг фибриноид некрози содир бўлади ва томир девори ўтказувчанлигини оширади. Натижада СМБлари оралик тўқимага ва альвеолаларга чиқади, у ерда продуктив ва экссудатив-казеоз бўртмачалар пайдо бўлади. Типик ҳолларда уларнинг ўлчами 1-2 мм, яъни ясиқ дони катталигида бўлиб, шу сабаби бу туберкулёз шаклини миллиар туберкулёз деб аташади. Одатда бўртмачалар иккала ўпкада симметрик жойлашиб, чўққидан диафрагмагача шикастлайди. Гематоген тарқалишда туберкулёз жараёни уткир кечади.

Лимфогематоген ва асосий лимфоген тарқалишда бўлакчалараро веналар, камроқ ўпка артерияси тармоқлари шикастланиши мумкин. Бунда томирлар девори некрози ва оралик тўқиманинг, баъзан ўпка паренхимасининг қон билан имбибияси содир бўлади. Бу ерга туберкулёз таёкчалари тушганда эса турли даражадаги экссудатив ва прдуктив яллиғланиш билан бирга анча йирикроқ бўлган туберкулёз ўчоғлари ҳосил бўлади.

Одатда ўчоғлар симметрик жойлашади, улар асосан ўпканинг орқа ва кортикал бўлимларида бўлиб, бир типли, диаметри 5-6 мм дир. Ўчоғларнинг кортикал жойлашиши жараёнга плеврани ҳам қўшилишига сабаб бўлади.

Тарқоқ силнинг сурункали шакллари лимфогематоген тарқалиш оқибати ҳисобланади. Бу шакллар одатда ўпка тўқимаси шикастланиши билан чегараланади, баъзан бошқа аъзолар шикастланиши ҳам кузатилиши мумкин. Одатда ўчоғлар продуктив характерда, асосан юқори сегментда жойлашиб, патки томон камайиб боради. Диссеминация ўчоқлари кўпинча полиморф, баъзилари яхши ривожланган капсулалар, баъзилари хужайра элементлари билан инфильтрацияланган капсулалар, бошқалари эса умуман капсуласиздир. Ўчоғлар ўпканинг қалинлашган бириктирувчи тўқимали стромаси бўйлаб периваскуляр ва перибронхиял жойлашади. Баъзилари қон томирлар деворида жойлашган. Одатда ўчоғлар атрофида эмфизема ривожланади, жараёнинг кечки фазаларида собиқ туберкулёз ўчоғлари ўрнида массив фиброз чандиқлар ҳосил бўлади. Буларнинг барчаси силнинг шу шаклига ҳос тўлқинсимон кечишини кўрсатади. Ўпкадаги фибриноз ва ўчоқли ўзгаришлар сабаби қон томирлар ўзани ўзгаришига сабаб бўлади, бу кичик қон айланиш доирасида гипертензияга олиб келади. Сурункали тарқоқ силда юпқа деворли “штампланган” каверналар ҳосил бўлади, бу жараёнга бронхлар ҳам тортилишига сабаб бўлади.

Сурункали тарқоқ силда бронхлар шикастланиши ва бронхоген тарқалиш ўчоқларнинг носимметрик жойлашиши шартдир. Бронхлар туберкулёз лимфоген тарқалганда бошланғич фазада ҳам ўзгариши мумкин. Бу ҳолларда фиброзланиш ва битиш ривожланганида бронх девори некрози, лимфа йўллари облитерацияси, қон томирлар қайта қурилиши ва бронхоэктазлар ҳосил бўлиши кузатилади. Кўп йиллар давомида кечувчи сурункали тарқоқ силда тўлқинсимон даврий равишда такрорланувчи бактеримия билан кечиши мумкин. Бу беморларда қон томирлар яллиғланиши ва облитерацияланиши кичик

қон айланиш доирасида гипертонзияга олиб келади ва ўпка юрак етишмовчилигига сабаб бўлади.

Ўпканинг диссеминацияли сили клиникаси

Патогениз хусусиятлари ва патоморфологик ўзгаришларининг турли туманлиги бу шакл клиник манзарасининг ҳам турлича бўлишига сабаб бўлади. Клиник кечишига кўра ўткир (милиар), ўткир ости, сурункали шакллари фаркланади.

Ўткир ўпка тарқоқ сили формаси устунлик қилувчи клиник симптомокомплекси ва морфологик ўзгаришларнинг тарқалиш даражасига боғлиқ холда тифоид, ўпка, менингиал шакллари ва Ландузи-тифобациллёзи кўринишида кечиши мумкин. Охирги кўриниши милиар силнинг энг оғир кечувчи шакли бўлиб, жуда ўткир туберкулёз сепсиси номи билан ҳам маълумдир, септицемиянинг жуда ўткир кечиши ва икки ҳафта ичида летал Билан тугаши ҳосилдир. Унинг клиникаси: ўткир интоксикация, ҳушдан кетиш ва умумий симптоматикаси. Кўкрак қафаси рентгенограммасида фақат ўпка расмининг кучйганлиги кўринади, ликворда 1 млда 5-9 хужайра, оксил кўпайган, одатда ташхис ўлимданг сўнг аниқ қўйилади. Морфологик кўпчилик органларда некротик яллиғланиш ўчоқлари топилади ва уларда спецификлик аниқланмайди, фақат кўплаб туберкулёз таёчалари топилиши туберкулёз ташхисини тасдиқлайди, табиийки, силнинг бундай кечишига массив инфекцияланиши ва гиперсенсибилизацияланган организм иммунобиологик резистентлигининг пасайиши сабабдир. Афсуслар бўлсинки, Ўзбекистонда эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашганлиги силнинг шу шакллари ривожланиши учун муҳит яратади. Бизда аутопсия мажбурий бўлмаганлиги сабабли бу шаклдаги силнинг учраши ҳақидаги маълумотлар аниқ эмас.

Тифоид шаклида 90% беморларда касаллик бошланишидан 3-5 ой аввал ҳарорат юқори бўлиши, интоксикация кузатилиши мумкин. Клиник манзарасига интоксикация симптомокомплекси ҳос бўлиб, бу касалликни қорин тифи ва бошқа инфекциял касалликлар билан чалқаштиришга сабаб бўлади. Бу шакли учун юқори ҳарорат, умумий ҳолсизлик, адинамия, бош оғриғи ҳос. Эпидемиологик анамнез хусусиятлари, продромал давр йўқлиги, ҳарорат чизигининг нотўғри турдалиги, тилнинг оқ қараш билан қопланганлиги, ҳуши йўқолмаган, лекин чалқашлиги, тахикардия, полиаденит, нафас етишмовчилиги симптомларининг динамикада ошиши, милиар силнинг тифоид шаклини қорин тифидан касалликнинг биринчи ҳафтасидаёқ ажратиш имкониятини беради.

Клиник текширишда ва ультра товуш аппаратида аниқланадиган жигар ва талокни катталашishi ҳам диф.диагностикада қийинчиликлар туғдиради. Қорин бўшлиғи билан боғлиқ симптомларни устун келиши ва ривожланиб бориши кўпроқ қорин тифи учун ҳосилдир. Клиник манзара асосида бу икки касалликни фарқлаш қийин бўлгани учун ўз вақтида қонни гемокультурага экиш, Видал реакциясини қўллаш керакки, бу ташхис мумаммосини биринчи ҳафта охири ва иккинчи ҳафта бошигача ҳал қилишга имкон беради.

Милиар силнинг ўпка шакли жароҳатининг яққол интоксикация фонидаги нафас етишмовчилиги симптомлари устунлиги билан характерланади: ҳансираш, умумий интоксикация фонида кучайиб боровчи цианоз. Ўпканинг ўткир яллиғланиш жараёнлари учун ҳос бўлган аускультатив симптоматиканинг йўқлиги милиар туберкулёз ташхисини қўйиш учун асос бўлиши мумкин. Ўткир тарқоқ ўпка силнинг милиар шакли клиникасида ёрқин вегито-томир бузилишлар ва мия томирлари спазмига мойил тарқоқ менингоэнцефалит симптоматикаси устунлик қилади.

Милиар туберкулёз кўринишининг бундай турфа хиллиги диагностикада қийинчиликлар туғдиради. Беморнинг оғир ҳолатида ва интоксикация анча кучли бўлганида туберкулин синамалари манфий натижа бериши мумкинлиги ташхис қўйишни қийинлаштиради. Манфий туберкулин синамалари фақат 1,5-2 ой даволангандан сўнг пайдо бўлади. СМБ балғамни бир неча мартаба текширгандан сўнг атиги 10% беморларда аниқланади, демак бу силни милиар силни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун қўллаб бўлмайди.

Милиар силни аниқлашнинг асосий усулларида бири ўз вақтида қўлланиладиган рентгенологик текширишдир. Касалликнинг эрта даврида бироз ўпка майдонлари

хираллашуви ўпка расми кучайиши аниқланади. Бу эса ташхис мумаммосини хал қила олмайди. Кассаликнинг 10-14 кунларида рентгенологик текшириш маълумотларга бой бўлади: интенсивлиги паст, контурлари ноаниқ, 2-3мл, юқори бўлақлар ва периферияда зич жойлашган ўчоқлардан ташкил топган дессеменация жараёнлари рентгенограммада яхши кўринади, рентгеноскопияда улар аниқланмаслиги мумкин. Ташхисни шунингдек, ўпка интерстицисийси реакциясининг акс этиши бўлмиш тўрсимон катаклар, шкастланишнинг икала ўпкадагилиги, симметириклиги тасдиқланган. Ўткир миляр силда рентгенограммада "қор бўрони" ни эслатувчи лобуляр казеоз пневмония типигаги йирик ўчоқлар онда-сонда учраб туради.

Ўткир ости тарқоқ туберкулёз секин аста ривожланади ва пневмонияни эслатувчи яққол ифодаланган интоксикация билан характерланади. Бироқ силнинг бу шаклининг ифодаланганлиги ва характери кўп холларда жараён хажми ва муддатига боғлиқ. Ўпкадаги морфологик ўзгаришлар секин ривожланганда ва улар чегараланганда интоксикация симптомлари кучсиз ифодаланади, бу касаллик симптомсиз кечаётганидек тассавур пайда қилади. Бундай холатлар "рентгенологик топилма" тарзида учрайди. Бундай холатлар ўткирости туберкулёз экстроракал ўзгаришлар билан кечаётганга ўхшайди, яъни эпидедемит, мезоденит кабилар билан. Бунда экстраторакал ўзгаришлар касаллик клиникасидан устунлик қилади, ўпкадаги ўзгаришлар эса кейинги текширишлар жараёнида аниқланади.

Беморлар холсизлик, терлаш, иштаха пасайиши, озиш, балғамли йўталга шикоят қилади. Ўпкадаги ўчоқларнинг парчаланиши сабабли қон туфлаш содир бўлиши ёки жароёнга плевра қўшилганда жойлашуви хар доим хам аниқ бўлмаган оғриқлар вужудга келиши мумкин. Перкуссияда юқори бўлақлар устида тўмтоқ ўпка товуши, аускультасияда нафас сустлиги ва баъзан ўпкада парчаланиш сохалари устида майда пуфакчали нам хириллашлар аниқланиши мумкин.

Ўткир ости туберкулёз диагностикасида рентгенологик текшириш муҳим аҳамиятга эга. Бунда рентгенограммада ўлчами турлича, интенсивлиги паст, контурлари ноаниқ ўчоқлар аниқланади. Ўчоқлар атирофидаги яллиғланиш сохалари яқин жойлашган бўлганларида бирлашиб кетадилар ва инфильтарция сохаларини вужудга келтирадилар. Ўчоқлар казеоз марказларини бирлашиши ва жароёнининг жадаллашиши сабабли ўпка парчаланиши оқибатида каверна хосил бўлади.

Ўткир ости тарқоқ силида аниқланадиган рентгенологик ўзгаришлар баъзан бир томонлама хам бўлиши мумкин, унда ўчоқлар одатда ўпка илдизига яқин жойлашган бўлади. Кўкрак ичи лимфа тугунларининг фаол туберкулёз жараёнлари билан боғлиқ лифоген диссеменация устунлиги ўпка илдизи кенгайиши ва расмининг чапланганлиги, чегараларининг ноаниқлиги билан намоён бўлиши мумкин.

Одатда ташхисни гиперергияга моил мусбат туберкулин синамаси ва балғамда СМБ топилиши тасдиқлайди. Бактерия ажратувчилик бактериоскопия усули билан тасдиқланиши мумкин.

Мураккаб диагностик холатларда бронхоскопия ёрдамида бронхлар силининг турли кўринишини, жумладан бронхонодуляр оқмаларни аниқлаш мумкин. Суяклар, бўғимлар, сийдик-таносил тизими, кўзларда патология аниқланиши, туберкулёз бор йўқлигини шу аъзолар учун тасдиқлашни талаб қилади.

Сурункали тарқоқ силнинг клиник манзараси аввалги шаклларига қараганда бойроқдир. Сурункали жараённинг дастлабки босқичларида ўпка чўққиларида пайдо бўлган кам сонли ўчоқлар клиник жихатдан юзага чиқмаслиги мумкин. Жараён ривожланиши ва ўчоқлар билан кўпроқ сохаларни қамраб олиниши сабабли кийинроқ ўткирости туберкулёз клиникаси юзага чиқади. Диагностика ёки даволашдаги хатолар жараённинг сурункали шаклига ўтишига сабаб бўлади. Касаллик авжланиши ва сўниш давлари алмашилиб турувчи тўлқинсимон кечувчи шаклига ўтади. Авжланиш даврида иситма, тез чарчаш, холсизлик, вегетатив реакциялар кузатилади. Интоксикация даври нисбатан қисқа бўлади, яъни 2-3 хафта ва хатто камроқ. Шу сабабли биров йўтал ва кураклар аро сохада оз микдорда хириллашларнинг аниқланиши кўпинча шифакорлар томонидан ўпканинг носпецифик касаллиги деб қабул қилинади, ҳақиқий касаллик эса ривожланиши давом этади. Ўпка

патологияси клиникасига секин-аста экстраторакол туберкулёз симптомлари кўшилади, кўпинча хикилдоқнинг специфик шикастланиши кузатилади. Ютунганда оғриқ овоз хириллаши пайдо бўлади, йўтал кучаяди ва доимий бўлади. Айрим ҳолларда экстраторакол туберкулёз клиникаси касаллик манзарасида устунлик қилади. Бўғимларда оғриқ пайдо бўлади, бу иш бажарганда ва тез ҳаракатланганда сезилади, гематурия кузатилади.

Объектив текширишда акроцианоз ёки цианоз озғинлик, тери қуриқлиги, кўкрак қафасининг юқори қисми нисбатан тор, пастки қисми кенг бўлиши, кўкрак қафасининг нафас актида суст иштирок этиши, юқори қисмларида перкутор товушнинг калталашиши тарқоқ силга шубҳа туғдириши мумкин. Аускультацияда эмфизема сабабли суст нафас товуши ва специфик ўзгаришлар туфайли турли нам ва қуруқ хириллашлар аниқланади. Ташхис асосан рентгенологик ва балғамда СМБ топилиши асосида топилади.

Рентгенологик текширувда кўкрак қафаси деформацияси, қовурғалар аро ораликнинг юқори қисмини торайиши ва пастки қисмини кенгайиши, плевра қалинлашиши иккала ўпкада турли характерда носметрик ўчоқлар, парчаланиш туфайли вужудга келган ёриғланиш соҳалари аниқланади. Каверналарнинг аниқлашга эмфизема туфайли вужудга келган ёриғланиш, пневмосклероз, перибронхиал ва периваскуляр склероз ҳалақит беради. Уларнинг мавжудлигини тасдиқлаш учун томогарфия текширувини ўтказиш керак. Ўпкада склеротик ўзгаришлар вужудга келиши бронхиал дренажнинг бузулиши, ўпка ҳажмининг камайиши ўпка илизлари соясининг деформацияланишига, юқорига тортилишига ва интенсивлиги ошишига сабаб бўлади. Ташхис бактериологик тасдиқланганда ва склериотик ўзгаришларнинг ўчоқли ўзгаришлардан устунлиги аниқланадиган рентгенологик манзара кузатилганда ташхисни тасдиқлаш учун бронхоскопияга мурожаат қилишга тўғри келади. Текшириш имкони бўлган бронхларда деформация, бронхлар фаол сили белгилари, чандикли ўзгаришлар аниқланади. Силнинг бу шаклида туберкулин синамасининг ахамияти кам.

Тарқоқ туберкулёз асоратлари тез-тез учраб туради ва жараёнинг кечиш хусусиятлари билан боғлиқ. Милиар туберкулёз учун жараёнга плевранинг қўшилиши, интоксикация ва микроциркуляцияси бузилиши сабабли бўладиган нафас етишмовчилиги хос. Плевра остида жойлашган ўчоқнинг парчаланиши туфайли содир бўладиган спонтан пневмоторакс тез-тез учравчи милиар туберкулёз асоратидан ҳисобланади. Милиар туберкулёз асоратларида нафас етишмовчилиги симптомларини кучайиб бориши бемор ҳаёти учун хавфли. Ўткирости тарқоқ туберкулёз казеоз ўчоқлар парчаланиши оқибатида қон туфлаш ёки ўпкadan қон кетиш ва плеврит билан асоратланиши мумкин. Асоратлар бемор ахволини ёмонлаштиради.

Сурункали силнинг табиий ва энг кўп учрайдиган асорати кейинчалик ўпка юрак етишмовчилигига айланиб ўлимга олиб келувчи нафас етишмовчилигидир. Такрорланувчи анемияга сабаб бўлувчи қон тупириш, ўпкadan қон кетиши ҳам тез-тез учраб туради. Ички аъзолар амилоидози ҳам кўп учрайди. Камроқ учрайдиган сурункали тарқоқ туберкулёз асоратларига плевра эмпиемасига сабаб бўлувчи спонтан пневмоторакс ва плеврит кради. Тарқоқ туберкулёз оқибатлари бир неча омилларга боғлиқ. Ўз вақтида аниқланган ва даволанган милиар туберкулёз одатда соғайиш билан тугайди. Милиар ўчоқларнинг сўрилишига 2-3 ойда эришиш мумкин, бироқ бу ҳали соғайиш дегани эмас, чунки бу даврда СМБ мавжуддир, организмда фаол экстраторакол туберкулёз ўчоқлари қолган бўлиши мумкин ва нафас олиш фукнцияси тўлиқ тикланмаган бўлади. Ўчоқлар ҳар доим ҳам тўлиқ сўрилавермайди ва милиар силни салбий оқибати сифатида инкапсуляцияланган ўчоқлар қолади. Диагноз кеч қўйилганда, даволаш ноадекват бўлганда ва милиар туберкулёз асоратлари билан кечса бемор ўлиши мумкин. Ўткир ости туберкулёз оқибати одатда ижобий бўлади, бу шаклда ўчоқлар тўлиқ сўрилиб, фақат оралик тўқиманинг чегараланган склерози қолиши мумкин. УАШ диссеминациялашган ўпка касаллигига диагноз қўяолмаса тўғри йуналтирилган стационар теширув лозим: СҚД да, онкодиспансерда ва пульмонология бўлимида.

Хулоса: Диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези унинг турлари. Диссеминацияли ўпка сили, этиопетогенези унинг турлари, аниқ ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда

текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Чунки рентгенологик текшириш усуллари ташхислашда якуний қулай усуллар ҳисобланади. Шунинг учун барча туберкулёз беморларини рентген текширувлардан ўтказиш шарт ҳисобланади.

Маъруза № 6 Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, туберкулёмалар. Ўпкадаги ўчоқ ва яллиғланиш, туберкулёманинг морфологияси. Ташхислаш, таққослама ташхислаш, клиникаси ва даволаш.

<i>Маъруза машғулотининг технологик модели</i>	
Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси этиопетогенези
	2. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, унинг клиник турлари
	3. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили клиник кечиши.
	4. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, ташхис, текшириш усуллари
	5. Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулот мақсади	Таълимий:талабаларгаўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш.Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси ўпка силитекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга . Ўчоқли ва яллиғланган ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, даволаш тамойиллари, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Туберкулёз кўзгатувчи ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич:	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб	Кўриш, эшитиш, ослаб

а) 5дақиқа б) 5дақиқа	бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	колиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустакил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Ўчоқли туберкулез

Ўчоқли ва яллиғланган туберкулез иккиламчи силнинг эрта шакли ҳисобланади. Улар УАШ учун катта аҳамиятга эга, чунки УАШ амалиётида кўп учровчи ўпка, нафас йўллари ва бошқа касалликлар нифоби остида кечади. УАШ га силнинг бу шакли диагностикаси ва дифференциал диагностикаси масаларини ҳал қилишга тўғри келади. Ўз вақтида аниқланмаганда силнинг бу шакллари эпидемиологик хавфли бўлган сурункали деструктив шаклларига ўтиб кетади.

Биобарин, УАШ нинг етарсиз фтизиатрик оғоҳлиги, силнинг диагностикаси ва дифференциал диагностикасини билмаслиги маълум даражада Ўзбекистонда эпидемиологик вазиятни белгилайди.

Ўчоқли туберкулез - иккиламчи силнинг кичик шакли бўлиб, ўпкада чегараланган, аксарият продуктив ўчоқлар ҳосил бўлиши, клиникасини суст кечиши билан характерланади.

Туберкулез инфекцияси стабиллашган ва флюорографик оммавий қўлланилган даврида ўчоғли туберкулез биринчи марта аниқланган силнинг 50-60 %, баъзи жойларда 70%, туберкулез билан касаллар контингентининг 60-70%ини ташкил қилар эди. Туберкулез бўйича эпидемиологик аҳволнинг ёмонлашуви биринчи бор аниқланган беморлар орасида ўчоғли туберкулез улушининг инфильтратив ва деструктив туберкулез улуши шакллари кучайиши ҳисобига камайишига сабаб бўлди (18% 1998й.).

Ўчоғли туберкулез патогенези ва патологик анатомияси.

Туберкулез патогенези ва морфологияси ҳақидаги тушунчалар ривожланишида В.И.Абрикосов, А.Н.Пубель, Б.И.Хмельницкий, М.Т.Иванова ларнинг ишлари аҳамият касб этди. Ўчоғли туберкулез ривожланишида эндоген реинфекция ва экзоген суперинфекция аҳамиятга эга, эпидемиологик вазият ёмонлашуви даврида охиргисининг аҳамияти ошади.

Нисбатан организм иммунобиологик қаршилиги сақланган ҳолда вирулент, бироқ кам миқдордаги туберкулез инфекцияси билан зарарланиш ўчоғли туберкулез билан касаланишнинг асосий шартидир.

Ўчоғли туберкулез ривожланиш механизми турличадир:

1.Экзоген суперинфекцияда СМБ бронхларнинг охириги тармоқларида ўтириб қолади ва у ерда казеоз ўзгаришли эндо- ва панбронхитга сабаб бўлади, казеоз массалар алвеола тўқимасига ёриб чиқади ва майда бронхлар атрофида перифокал яллиғланишли казеоз пневмония ўчоғлари пайдо бўлади. Бу усулда пайдо бўлган ўчоғлар одатда ўпкачўққиларида ва сал пастроқда жойлашади ва Абрикосов ўчоғлари деб аталади, чунки биринчи марта Абрикосов томонидан тасвирланган, у бу билан иккиламчи силнинг экзоген назариясини асослаб берган.

2.Бирламчи туберкулез инфекцияси даврида ўпка чўққиларида тарқалиш ўчоғлари пайдо бўлади, улар аста-секин фиброз қобикқа ўралади, тўлиқ петрификацияланади, бу Симон ўчоғлари дейилади. Юқоридаги ўчоғларда СМБ сақланиб туради. Маълум шароит туғилганда бу шакллар СМБнинг бактериал шаклига қайта айланади ҳамда эски ўчоғларнинг авжланишига ва ўчоғли туберкулез ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

3.Аниқланмаган ёки нотўлиқ даволанган кўкрак ичи лимфа тугунлари силида лимфа тугунларда фаол туберкулез жараёни сақланиб турган бўлса, СМБ гемотоген ёки лимфоген йўл билан ўпкага тушади. Бунда гемотоген тарқалиш ўпка чўққиларида, лимфобронхоген тарқалиш асосан ўрта ва пастки бўлақларда ўчоғлар пайдо бўлишига олиб келади. Кўкрак

ичи лимфа тугунлари йирик бронхлар сили билан асоратланган бўлса бундай ўчоғлар кўп вужудгп келади.

4.Ўз вақтида аниқланмаган, яширин кечувчи, прогрессив ўпкадан ташқари туберкулёз ўчоғларидан СМБнинг гемотоген ўпкага келиши ҳам учрайди.

Кўрсатиб ўтилган механизмлар ўчоғли силнинг эволютив шакллари пайдо бўлишига сабаб бўлади.

5.Ўчоғли туберкулёз бошқа ўпка сили шаклларининг оқибати бўлиши мумкин. Инфильтратив, кавернали, тарқоқ ўпка сили шаклларининг орқага қайтишидан капсулага уралган, нотўлиқ ёки тўлиқ зичлашган ёки охакланган ўчоғлар пайдо бўлади.

Ўчоғли туберкулёз морфологик жихатдан ўлчами 1см бўлган, 1-2 сегментларда, баъзан 4 сегментда жойлашган майда ўчоғли ва фиброз ўчоғли хосилалар билан характерланади. Юмшоқ ўчоғли жараёнлар бир, баъзан 2 сегмент соҳасида жойлашган перифокал яллиғланиш унчалик ифодаланмаган казеоз марказлар кўриниришида намоён бўлади.

Эски ўчоғлар фаолланганда бириктирувчи тўқима капсуласида фиброид ёки мукоид бўкиш, плазморрагия ва экссудация, экссудатив-инфильтратив ёки пролифератив тўқима реакцияси; казеознинг эришива ўчоғдаги охакнинг сўрила бошлаши; ўчоқ ташқарисидаги специфик ва носпецифик лимфангитлар; специфик яллиғланишнинг томирларга, бронхларга ва ўпка паренхимасига ўтиши содир бўлади.

Ўчоғли туберкулёз клиник манзарасини жараёнинг тарқалганлиги, ўчоғлардаги яллиғланиш фазаси ва характери белгилайди. Ўчоғли туберкулёз симптомсиз, аста-секин ривожланиб борадиган кам симптомли, баъзи шароитларда ўткир кечиши мумкин.

Продуктив характердаги парчаланишсиз чегараланган ўчоғли ўзгаришлар узок вақт бемор учун сезиларсиз кечиши мумкин ва флюорографик ёки рентгенологик текширувда тасодифан аниқланади, баъзан касаллик бошлангандан сўнг бир неча йиллар ўтиб кетгач аниқланади.

Бу беморларда бронх-ўпка касалликлари белгилари мавжуд эмас ёки кучсиз ифодаланган: йўтал, бир оз куруқ йўтал. Айрим холларда кам миқдорда балғам ажралиши, онда-сонда ўчоғлар парчаланиши сабали қон туфлаш содир бўлади.

Астс-секин келаётган тпшқи омиллар (совуқ қотиш, гиперинсоляция, жарохатланиш ва б.) сабабли ўчоғли туберкулёз жадал тус олади ва интоксикация белгилари кучаяди, харорат фебрил даражада анча муқим бўлади. Жараён ўткир кечаётганлиги хақида таасурот туғилади. Бундай ҳолат учун одатий бўлган парчаланиш кам балғамли йўталга, қон туфлашга сабаб бўлади, айрим холларда жараёнга плевранинг тортилиши сабабли доимий бўлмаган оғриқларни келтириб чиқаради.

Ўчоғли туберкулёз учун авжланиш ва сўниш фазалари алмашилиб турувчи тўлқинсимон кечиш хос, шунинг учун жараён қайталанувчи респиратор касаллик - бронхитни эслатади.

Объектив текширишда беморнинг ташқи кўриниши ўзгармаган, кўкрак қафаси одатий шаклда, нафас актида фаол қатнашади. Перкуссияда ўпка товуши аниқланади, аускультацияда везикуляр нафас, фақат парчаланиш ўчоғлар проекциясида нафас олиш чўққисида бир неча кун сақланиб турувчи майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилиши мумкин.

Ўчоғли силни аниқлашнинг асосий усули рентген текширувидир. Юмшоқ ўчоғли туберкулёз кам интенсив, полиморф, чегаралари ноаниқ ўчоғли соялар шаклида кўринади. Айрим холларда атрофдаги тўқима шаффофлиги яллиғланиш хисобига камайган, жараёнинг ўпка илдизи билан боғлиқлиги ҳам аниқланади. Ўчоғда парчаланиш бўлганда ёруғланиш аниқланади. Бу ҳолда ўчоғли силни рентгенологик жихатдан ўчоғли пневмониядан фарқлаш лозим. Балғамни СМБга камида 3 марта текшириш, бронхлар ювиндиси ва суртмасини текширишда бактерия ажралишини кам тасдиқлайди(3%). Ўчоғли туберкулёз диагностикасида туберкулинга сезгирликни аниқлаш катта аҳамиятга эга. Манту синамасига жавоб асосан нормергик, гиперергик жавоб камдан кам холларда аниқланади. Туберкулинга сезгирлик кучсиз бўлганда агар фаол силнинг бошқа белгилари бўлмаса, Кох

синамаси қўйилади. Периферик қон тахлилининг ахамияти кам, одатда ЭЧТ бир оз кўтарилган ёки кам ҳолларда лейкоцитар формуланинг бир оз чапга силжигани аниқланади.

Фиброз ўчоғли силда захарланиш, бронхологик ва бошқа фаол туберкулёз белгилари аниқланмайди. Ташхис рентген аниқланадиган ўпканинг юқори бўлакларида майда интенсив, контурлари аниқ, нотўғри шаклдаги ўчоғли соялар ва Кох синамаси асосида қўйилади. Буни ўчоғли пневмосклероз ва ўпка марказий ракининг дастлабки давридаги ўчоғли ателектазлардан фарқлаш керак.

Мураккаб диагностик ҳолатларда ва марказий рақдан фарқлашда бронхоскопиянинг ахамияти катта. Силда бронхоскопияда туберкулёз эндобронхити манзараси аниқланади.

Ўчоғли туберкулёз асоратлари кам учрайди. Асосан қон туфлаш ва плеврит учрайди. Ўчоғли туберкулёз оқибатлари одатда ижобий: чегараланган фиброз ҳосил қилиб сўрилиб кетиш, ўчоғлар зичлашиши ва оҳакланиши кузатилиши мумкин. Бироқ вақтида аниқланмаганда ва нотўғри даволанганда жараённинг оқибати инфильтратив туберкулёз, кавернали туберкулёз, туберкуломага айланиши мумкин. Баъзан узок вақт жадаллашиб борган ўчоғли туберкулёз фиброз-кавернали туберкулёз билан яқунланиши мумкин.

Инфильтратив туберкулёз

Инфильтратив туберкулёз - ўпкада атрофида яққол ифодаланган перифокал яллиғланиш бўлган казеоз фокуслар бўлиши ва ўткир динамик кечиши билан характерланади.

Инфильтратлар ҳақидаги таълимотнинг ривожланиши клиник амалиётга рентгенология кириб келиши билан боғлиқ.

Бу таълимот асосчиларидан бири Ассмандир (1924). Биринчилар қаторида юмалоқ инфильтратни тасвирлаб берган, бу инфильтрат унинг фикрича экзоген суперинфекция натижасидир. Кейинроқ шу каби инфильтратларни Rede Ker ҳам тасвирлаб, уларни эндоген инфекция билан боғлиқ деб айтди, бунга инфильтратлар соҳасида эски туберкулёз ўчоғлари аниқланиши бўлган.

Инфильтратив туберкулёз ривожланишининг бир неча механизмлари ажратилади:

-ўз вақтида аниқланмаган ўчоғли силнинг жадаллашуви, ўчоғлар жадаллашуви ва қўшилиб кетиши билан;

-эски туберкулёз ўчоғларидаги СМБ шакллари фаоллашуви, экзержацияси ва атрофида кенг инфильтратив соҳанинг пайдо бўлиши;

-СМБнинг кўкрак ичи лимфа тугунлари ва экстрадоракал ўчоғлардан лимфо-, гематоген тарқалиши, уларнинг интакт ўпкада жойлашиб олиши ва гиперергик яллиғланиш ривожланиши. Инфильтратив туберкулёз морфологик жихатдан казеоз фокус ва унинг атрофидаги кенг перифокал яллиғланишдан иборат. Инфильтрат ривожланган сари казеоз фокус ҳам кенгайиб боради. Жараён чуқурлашиб борса, казеоз суюлади, эрийди ва бронхларга ёриб чиқади, бу ўткир каверна ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Казеоз фокуслар жадал катталашиб бутун бўлакни эгаллаши мумкин. Специфик яллиғланиш билан бирга носпецифик яллиғланиш соҳалари ҳам бўлади.

Жараён тўхтовсиз ривожланиб борса ациноз, лобуляр ўчоғлар бирлашиб лобар ёки тотал казеоз пневмония ҳосил қилиши мумкин. Казеоз пневмония жараёни жуда катта бўлиб, тезда ўпка тўқимасининг бутунлай сузмасимон кўринишда ириб кетади.

Ўпкадаги казеоз-некротик ўчоғлар тарқалганлиги ва характериға боғлиқ ҳолда инфильтратив силнинг қуйидаги клиник-рентгенологик турлари фарқланади:

-лобуляр (бронхолобуляр) инфильтрат;

-Ассман юмалоқ инфильтрати;

-булутсимон инфильтрат;

-перициссурит;

-лобит;

-казеоз пневмония.

Бронхолобуляр кўринишдаги инфильтратив силда диаметри 1,5\2 см бир хил кўринишдаги соя ёки бир қанча туберкулёз ўчоғларининг бир\бириға қўшилиб кетиши натижасида пайдо бўлган шаклдаги соя кўринади.

Диаметри 2 см, интенсивлиги кам ёки ўртача, аммо аниқ кўриниб турадиган фокус пайдо бўладиган яллиғланишга Ассман яллиғланиши дейилади. Фокуснинг четлари ноаниқ бўлиб, унинг пастки қисмидан ўпка илдизи томон чизиксимон йўл сояси аниқланади.

Яллиғланиш ўпка бўлаклари оралиғига якин бўғинларда жойлашса, бундай яллиғланиш перициссурит дейилади. Рентгенологик соя учбурчак шаклида бўлиб, унинг асоси ўпка илдизи томонида бўлади.

Клиник кечиши характери ва хусусиятлари ҳамда жараён хажмига кўра барча турдаги инфилтратларни гурухлаш мумкин:

-чегараланган инфилтратлар: юмалоқ, лобуляр, булутсимон;

-кенг тарқалган инфилтратлар: лобит, перициссурит, казеоз пневмония;

Чегараланган инфилтратлар асосан кам симптомли ёки симптомсиз кечади, баъзан ўткир кечиши ҳам мумкин. Чегараланган инфилтратларнинг асосий симптомокомплекси кам ёки ўртача ифодаланган интоксикация бўлиб, унинг аста-секин ёки шу ривожланувчи фонида кўпинча тонгги кучсиз йўтал паёдо бўлади. Кейинчалик шиллиқ ёки шиллиқ-йирингли болғам ажралади. Қон туфлаш ва жараён плеврага тарқалганда оғриқлар (кам холларда) кузатилиши мумкин. Объектив текширувда беморнинг умумий ахволи қониқарли. Захарланиш билан боғлиқ умумий холсизлик, меҳнат қобилятини пасайиши, рангпарлик, бир оз вазн етишмовчилиги, гиподинамия, кечаси доимий бўлмаган иситма билан кузатилиши мумкин.

Ўпканинг шикастланган сохалари устида перкутор товуш қисқа (инфилтрат 4 см дан ортиқ бўлса), аускультацияда нафас суслуги аниқланади, парчаланиш содир бўлаётганда кўпинча нафас олиш чўққисида майда пуфакчали жарангсиз нам хириллашлар эшитилади.

Бу ҳолатларда касаллик клиникаси нафас йўллари ўткир вирусли инфекцияларини, ўчоғли пневмония, ноаниқ сабабли захарланиш, вегетоневроз, кардиотонзиляр синдромларни эслатади.

Чегараланган инфилтратлар юқори ёки нормергик туберкулинга сезгирлик реакциясини беради, периферик қондаги кучли ифодаланмаган ўзгаришлар билан характерланади.

Балғамда СМБ асосан экиш усули билан аниқланади, бу инфилтратдаги парчаланиш билан боғлиқ.

Рентгенологик ўмров ости соҳасида гомоген ёки марказий ёруғланишли, ноаниқ контурли, интенсивлиги паст юмалоқ инфилтрат аниқланади. Ўпка илдизи билан боғланган ногомоген, марказида ёруғланиш мавжуд соялар бронхолобуляр инфилтратга хос, улар аниқ контурга эга эмас. Булутсимон инфилтратлар учун анчагина катта хажмли, нотўғри шаклдаги, интенсивлиги кам, ноаниқ контурли соя хос, унда тезда кўплаб ёруғланишлар пайдо бўлади. Булутсимон ва бронхолобуляр инфилтратларнинг рентгенологик манзараси пневмонияга ўхшаш. Юмалоқ инфилтратлар ўпкада юмалоқ соя ҳосил қилувчи бошқа касалликлардан фарқланади: эхинококк, периферик рак, аспергилома, хавфсиз ўсмалар, кисталар ва бошқалар.

Беморлар объектив текширилганда яхшигина ифодаланган интоксикация белгилари, ориклик, рангпарлик аниқланади. Шикасланган томонда кўкрак қафаси нафас олиш актида орқада қолади. Перкуссияда шикастланган соҳа проекциясида катталашган перкутор товуш, аускультацияда кучсиз везикуляр, бронхиал ёки каттиқ нафас эшитилади. Хириллашлар чегараланган инфилтратларга қараганда кўпроқ эшитилади, улар одатда майда пуфакчали, жарангсиз бўлади.

Туберкулинга сезгирлик кўпинча нормо- ёки гиперергик, балғамда СМБни оддий усул билан ҳам аниқлаш мумкин. Периферик қонда туберкулёз яллиғланишига хос белгилар: бироз лейкоцитоз, ЭЧТ нисбатан анча юқори, лейкоформула чапга силжиши, яхши ифодалаган лимфопения. Рентгенологик кенг, ўрта интенсивликдаги, ногомоген бутун бўлакни эгалловчи ёруғланиш сохалари ёки шаклланган каверна, пастки чегарасида аниқ соя аниқланиши лобит учун хос. Ёруғланиш сохаларига эга, бир томонлама аниқ контурли чегарага эга кенг, учбурчаксимон соя перициссурит учун хос.

Силнинг бу шакллариининг чўзилиб кетган пневмониядан фарқлаш лозим. Жуда ўткир кечувчи, кучли интоксикация ва хароратнинг 39-40 °C гача бўлиши билан боровчи казеоз

пневмониянинг клиник манзараси ўзига хос. Беморларнинг эрталабки ва кечки ахволининг кескин фарқ қилиши характерли, эрталаб ҳарорат 35 °С гача пасайиши мумкин. Кўп йўталиш, баъзан хуружлар билан, 100мл ва ундан ортиқ сариқ рангли балғам ажратилиши кузатилади. Аускультацияда турли калибрдаги кўпинча жарангдор нам хириллашлар эшитилади. Бемор тезда озиб кетади, хансираш пайдо бўлади, периферик қонда ўткир яллиғланиш белгилари пайдо бўлади.

Манту синамасига манфий аллергия, бактериоскопияда СМБ аниқланиши хос. Жараён тез ривожланади, бу рентгенологик тасвир ўпкани шикастланиш соҳасининг кенгайиши, кўплаб юмалоқ деструкциялар, иккинчи ўпкада ҳам деструкциялар пайдо бўлиши билан характерланади. Казеоз пневмонияли беморлар профуз қон кетишидан ёки жараённинг тўхтовсиз ривожланиши сабабли ўпка-юрак етишмовчилигидан ҳалок бўладилар.

Инфильтратив туберкулёз қон туфлаш, қон кетиши, плеврит, спонтан пневмоторакс билан асоратланади. Жараённинг прогрессив кечиши ва асоратлар нафас етишмовчилигига олиб келади.

Инфильтратив туберкулёз кеч аниқланганда ва нотўғри даволанганда, айниқса жараён катта бўлса ва каверналар шаклланган бўлса каверноз, фиброз-каверноз, цирротик силга айланиши мумкин. Казеома типидagi туберкуломалар ҳам қисман зичлашган казеознинг кобикланиши сифатида салбий оқибат ҳисобланади. Ҳозирги замонда дастлаб аниқланган силнинг 42% ни инфильтратив туберкулёз ҳосил қилади ва турли хил касалликлар ниқоби остида кечади, бу УАШ кўпинча силнинг шу шакли билан тўқнашади деганидир. Афсуски, баъзида яққол ифодаланган инфильтратив силга дуч келганда ҳам УАШ нотўғри диагностика қилади ва даволайди. Бу эса ёмон оқибатларга олиб келади. Диагностика ҳатолари кўпинча нотўғри талқин қилиш, нотўлиқ анамнез йиғиш, балғамни СМБга синчковсиз текшириш, рентгенологик текширишларни кеч қўллаш билан боғлиқ.

Терапия амалиётида кенг спектрли рифампицин, стрептомицин ва канамицинни кенг қўлланиши касаллик манзарисини хиралаштириб юборади, бу кеч ташхис қўйишга ва даво нафининг камайишига сабаб бўлади.

Ўпка туберкулёмаси

Узоқ муддат ичида, сурункали ҳолда кечувчи диаметри 1 см дан катта бўлган шарсимон ёки овал шаклидаги атрофи қўшувчи тўқимали қобик билан ўралган казеозли некротик масса ўпка туберкуломаси деб аталади. Ўпка туберкуломаси кўпинча 20-40 ёшдаги шахсларда учрайди. Ўпка сили биринчи марта аниқланган беморлар орасида 6-10% ни туберкулёз касаллиги бўйича диспансер ҳисобида турувчи беморларнинг эса 10-12%ни ўпка туберкуломаси ташкил этади. Сўнг йилларда силнинг бу кўринишига дучор бўлган беморларнинг сони ошиб бормоқда.

Туберкулома термини 1921 йилда Якабеус ва Кей томонидан таклиф этилган. Улар ўпка ўсмаси тахмин қилинган беморни жаррохлик усули билан даволаганларида ўпкада пайдо бўлган қаттиқроқ эластик шарсимон патологик жараённи кесиб олганлар. Уни ёриб ва бошқа усуллар билан текшириб, ичида казеозли ўзгариш мавжудлигини аниқлашган ва буни силнинг бир кўриниши деган ҳулосага келиб бунга туберкулома деб ном берганлар.

Кўпинча туберкулома ўпканинг яллиғланган силидан пайдо бўлади. Бунда яллиғланиш жараёни секин-аста сўрилиб, ўпканинг яллиғланган қисми кичирайиб чегараланиб қолади ва интенсивлиги ошиб боради. Туберкулома ўчоғли ва тарқалган ўпка силидан ҳам пайдо бўлиши мумкин. Бунда туберкулёз ўчоқлари кўзгалгандан сўнг чегараланиб қолади. Туберкулома камдан-кам ҳолда қавакли силдан пайдо бўлади.

Бунда қавакка очилган бронхлар йўли яллиғланиши натижасида бекилиб қолади ва қавак ичига казеозли некротик масса тўпланиб қавак тўлиб қолади.

Туберкулома силнинг қайси кўринишидан келиб чиқамасин, бунда организмнинг силга қарши табиий курашиш қобилияти ва иммунитети кучли бўлиши ва туберкулёз яллиғланиши эпителиясимон хужайралар ҳамда қўшимча тўқималар пайдо бўлиши натижасида чекланиши керак. Туберкуломанинг ташкил топиши ўпка силининг бошқа хилларини даволаш жараёнида ёки даволанмаганида ҳам мумкин. Г.Б.Миринининг

таъкидлашича 53,8% беморларда туберкулома силнинг бошқа хилларини даволаш жараёнида ташкил топади, шундан 51,1% яллиғланган ўпка силидан, 31.1% ўчоғли, 11% тарқалган ва 3% кавакли ўпка силидан пайдо бўлган. Туберкулома силнинг бошланғич даври эмаслигини унинг клиник, рентгенологик ва паталогоанатомик курилишларидаги ўзгаришлар тасдиқлайди. У анча узоқ вақт ичида секин-аста ташкил топади.

Волфнинг кўп йиллик кузатишлари шуни тасдиқладикки туберкулома озгин, нимжон шахсларда камдан-кам учрайди, аксинча бақват, тўла кишиларда кўпроқ учрайди. Проф. Авербах туберкуломани келиб чиқишига қараб 3 турга бўлган.

1. туберкуломанинг яллиғланган-пневмотик тури – бу фокус кўрилишидаги қаватма-қават жараён бўлиб атрофи юпка қобиқ билан ўралган, қобиқ ташқарисидаги ўпка тўқимасида яллиғланиш жараёни бўлмайди.
2. казеома типдаги туберкуломалар ўз навбатида уч хил бўлади: а) бир хил кўрилишдаги солитар туберкулома йирик фокус бўлиб казеоз қисми атрофи икки қаватли ўралган бўлади. б) қаватма-қаватли солитар туберкулома казеоз қисми қаватма-қават жойлашган бўлиб коллоген тўқималари ёрдамида ажралиб туради энг устки қисми гиалиноз тўқимали қобиқ билан ўралган бўлади. в) конгломератли туберкулома жуда кўп майда қўшимча тўқималардан ташкил топган қобиқ билан ўралган казеоз ўчоқлар йиғиндисидан иборат бўлиб, атрофи умумий қобиқ билан ўралган бўлади.
3. псевдотуберкулома казеоз-некротик масса ва лейкоцитлар билан тўлиб қолган кавак. Бунда туберкуломанинг қобиғи анча қалин бу асосан фиброз қаватдан ташкил топган. Умуман туберкуломанинг казеоз қисмида қон ва лимфа томирлари бўлмайди. Қобиқ қисмида эса қон ва лимфа томирлари кам ривожланган шунинг учун туберкуломанинг казеоз қисмига дорилар етиб бормайди. Туберкулома авжланиб бораётганда казеоз қисми ирийди, одатта ириш туберкуломанинг бронх билан бирлашган жойида яъни пастки ва ички қисмида рўй беради ва ёруғланиш пайдо бўлади. фаоллиги сўнаётган туберкуломада туберкулёз таёқчаларининг L шакли аниқланади. Туберкуломанинг таркибий қисмида туберкулёз таёқчаларининг доимий мавжудлиги унинг вақти-вақти билан кўзиб туришига сабаб бўлади. Шунинг учун баъзи олимлар туберкуломани “порох тўлдирилган бочка” билан таққослайдилар, чунки организмда ноқулай вазият юз берса туберкулома кўзиб кетиши мумкин. Бунда туберкуломанинг қобиғи протеолитик ферментлар таъсирида бузилади ва инфекциянинг лимфа йўллари орқали тарқалишига шароит яратилади.

Клиник кечишига қараб туберкулома уч турга бўлинади; белгиларсиз ёки жуда кам белгилар билан кечувчи – стационар хили; авжланиб боровчи – силдан захарланиш белгилари аниқ атрофидаги ўпка тўқималарида яллиғланиш ва ўчоқлар пайдо бўлаётгани аниқ кўрилиб турувчи хили; белгилари сўниб боровчи хили.

К.В.Помельцовнинг таъкидлашича туберкулома 24% касалларда белгиларсиз кечади, Г.Б.Миринов эса бундай ҳолни 50% касалларда тасдиқлаган. Шунинг учун туберкулома билан оғриган беморларнинг деярли ярми шахсан флюорографик текширувдан ўтказилаётганда аниқланади.

Касаллик авжланиб бораётган беморларни кўкракда оғриқ билан, қуруқ ёки бир оз балғам ажратиш билан йўталиш, ҳолсизланиш, иштахани йўқолиши, тана ҳароратининг 37,5 – 37,8 °С гача кўтарилиши безовта қилиши мумкин. Тахминан 8-10% беморларда қон ташлашни ҳам кузатиш мумкин. Агар туберкулома даволаш даврида пайдо бўлса касаллик белгиларсиз кечади.

Туберкулома билан касалланган беморларнинг қони текширилиб кўрилганда кўпчилик касаллар қонида ўзгариш кузатилмайди.

Биринчи марта аниқланган, туберкуломанинг фаол кўрилиши мавжуд беморлар қонида ЭЧТ 20-25 мм/с, таёқча ядроли нейтрофилларнинг 8-10%га кўпайиши, лимфоцитларнинг бир оз камайишини аниқлаш мумкин. Қондаги глюкокортикоидларнинг кўпайиши ҳам туберкуломанинг фаол кўрилишига хос бўлиб туберкуломада продуктив яллиғланишнинг патогенитик механизми мавжудлигини тасдиқлайди.

Бемор балғамини текширилганда туберкулёз таёқчалари беморнинг 1/3 қисмида аниқланади. Туберкулёз таёқчалари асосан туберкуломаси ириш даврида бўлган касалларда аниқланади. Бемор балғамини қайта-қайта текшириш бемор балғам ажратмаган тақдирда

кўзгатувчи ингалаяция усулини қўллаш мақсадга мувофиқ. Туберкулома билан оғриган касалларда аниқланган туберкулёз таёкчалари хатто узоқ вақт ичида даволанаётган бўлсаларда одатда ўз вирулентлигини, дориларга сезгирлигини сақлаган ҳолда бўлади.

Туберкуломани аниқлаш асаосан рентген ёрдамида текшириш орқали бажарилади. Туберкуломанинг рентгенологик кўриниши хилма-хил бўлиб унинг морфогенизига (келиб чиқишига) боғлиқ. Кўпинча думалоқ, атроф чегаралари аниқ, бироз ғадур-будур фокус ёки фокуслар кўринишида бўлади. кўпчилик беморларда туберкулома плевра остида қаттиқ кальцинатлар ва ёриқлашган қисми бўлади. ёриқлашган қисми кўпинча ички ва пастки қисмда кўринади, бундай ҳолда ўпканинг илдизи томон “йўлакча” пайдо бўлади. туберкулома атрофидаги ўпка тўқимасида янги туберкулёз ўчоқлари ва ўпка тўқимасида фиброзли ўзгаришлар ҳам бўлиши мумкин.

Туберкуломаси фаол бўлмаган ёки силнинг бошқа хилларини даволаш даврида пайдо бўлган туберкуломали беморларда туберкулинга сезгирлик ўртача бўлади. баъзан туберкуломанинг фаоллигини аниқлашда Кох синамасидан ҳам фойдаланишга тўғри келади.

Туберкулома диагнозини ойдинлаштириш учун жаррохлик усули билан даволашдан илгари ва туберкулома ичида узоқ вақтгача қавак сақланиб қолаверса бронхоскопия усули қўлланилади. Бунда йирик бронхлар шиллиқ қаватида силга хос ўзгаришлар 3-4% беморларда аниқланади. Шунинг билан бирга туберкуломага яқин майда бронхларда деярли майда бронхларда деярли доимий равишда силга хос яллиғланиш бўлади, аммо буни патоморфологик текшириш ўтказиб аниқлаш мумкин. Вақтнинг ўтиши билан бронхларда продуктив ёки атрофик бронхит кўринишидаги носпецифик яллиғланиш белгилари устунлик қила бошлайди.

Ўпканинг ўсма каслиги, ўпка бўлаклари ва бўғинлари бронхида ривожланиши мумкин – марказий ўсма шунингдек майда бронхиолаларда ҳам ривожланади – периферик ўсма.

Хулоса: Ўчоқли ва инфильтратив ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, этиопетогенези унинг турлари. Ўчоқли ва инфильтратив ўпка сили, ўпка туберкулёмаси, этиопетогенези унинг турлари, аниқ ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологик текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради. Чунки рентгенологик текшириш усуллари ташхислашда якуний қулай усуллар ҳисобланади. Шунинг учун барча туберкулёз беморларини рентген текширувлардан ўтказиш шарт ҳисобланади.

Маъруза № 7 Туберкулёзнинг деструктив шакллари. Ўпканинг қавакли, фиброз-қавакли ва цирротик туберкулези.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези
	2. Деструктив туберкулёз турлари, унинг клиник турлари
	3. Деструктив туберкулёз турлари клиник кечиши.
	4. Деструктив туберкулёз турлари, ташхис, текшириш усуллари
	5. Деструктив туберкулёз турлари, даволаш тамойиллари
	6. Хулоса
Машғулоти мақсади	Таълимий: талабаларга деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш.

	Деструктив туберкулёз турларитекшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш <i>Тарбиявий:</i> Талабаларга деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат <i>Ривожлантирувчи:</i> мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компьютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини текшириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралаган саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	Деструктив туберкулёз турлари, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бериш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос текшириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Кавернали туберкулез

Кавернали ўпка сили атрофида жуда кам яллиғланиш бўлган ёки яллиғланишсиз ва кам миқдорда фиброзли ўзгариши бўлган атрофидаги ўпка тўқимасида жуда кам миқдорда туберкулёз ўчоқлари бўлган, кам клиник белгилар билан кечувчи юпқа деворли кавернанинг мавжудлиги билан тавсифланади.

Кавернали ўпка сили асосан катта ёшдаги кишилар орасида учрайди. Биринчи марта аниқланган беморлар орасида кавернали туберкулёз 5-6% диспансер ҳисобида турувчи касаллар орасида эса 8-10-15%ни ташкил этади.

Кўпчилик олимларни таъкидлашича ўпканинг кавернали сили кўпинча яъни 55% касалларда яллиғланган ўпка силидан, 25% да ўчоқли ва 12-15% да ўпканинг тарқоқ силидан келиб чиқади. Камдан-кам яъни 3-8% касалларда ўпка туберкуломаси кавернали силга ўтиши мумкин.

Сўнгги йилларда силнинг жумладан ўпка силининг клиник ва патологоанатомик кечиш жараёни анча ўзгаришларга учради. Бундай ўзгаришларни касалликнинг патоморфози деб аталади.

Кавернали ўпка силининг патоморфози икки хил бўлади. биринчиси табиий патоморфоз – бунда кавернали туберкулёз силнинг бошқа хилларини даволанмаганда, хар хил ташқи ёки организмдаги ички муҳитларнинг таъсирида пайдо бўлади. иккинчиси терапевтик патоморфоз – бунда кавернали ўпка сили организмга хар хил силга қарши дориларнинг таъсирида ўпка силининг бошқа хилларини даволаш жараёнида пайдо бўлади.

Кавернали ўпка силининг келиб чиқиши патоморфози қайси йўсинда бўлмасин бу ўпка силининг бошқа кўринишларини (яллиғланган, ўчоқли, тарқалган ва х.к.) клиник ва марфологик жihatдан ёмон кечиши натижасидир. Кавернали ўпка силининг келиб чиқишига бир қанча сабаблар бўлиши мумкин:

1.Ўпка силининг бошқа хилларини нотўғри даволаш (дориларни вақти-вақти билан бери, унинг дозасини кам бериш дориларни нотўғри комплексда бериш, фақат битта дори билан даволаш, патогенитик дориларни етарли миқдорда қўлламаслик керак).

2.Бемор организмдаги туберкулёз таёқчаларининг силга қарши дориларга сезгирлигини нисбатан йўқолиши, ёки камайиши.

3.Силга қарши дориларни беморлар томонидан кўтара олмаслик.

4.Касал организмда дорилар активлигини кўп даражада йўқолиши (организмнинг шахсий хусусияти).

5.Ўпка силига дучор бўлган касалларни кеч аниқлаб даволашни кеч бошлаш. Кўрсатилганлардан ташқари ўпканинг кавернали силининг келиб чиқишида организмнинг туберкулёз инфекциясига қарши курашиш қобилияти асаб системасининг ахволи ва унинг функционал хам компенсатор имкониятлари, ўпканинг яллиғланган қисмига бирлашган бронхнинг ахволи, унда силга хос ёки носпецификалланган мавжудлиги, чандикланиш натижасида бронх найининг торайиши, ўпка тўқимасининг эластик тортиш кучини кўплиги, туберкулёз инфекциясининг ўзига хос хусусияти, унинг дориларга бўлган бирламчи сезгирлиги маълум ахамиятга эга.

Ўпкада кавернанинг пайдо бўлиши асосан казеоз массанинг сулиб уни бронхларга ёрилиб чиқиб кетиши билан боғлиқ (пневмониоген каверна). Баъзида кавернали ўпка сили бронхоэктаз бўшлиқларга таёқчаларни криши натижасида пайдо бўлади (бронхоэктатик каверна), баъзан эса бронхлар деворидаги туберкулёз ярачаларидан пайдо бўлади (бронхоген каверна).

Беморда яллиғланган ўпка сили бўлса унинг казеоз қисмидаги микробларнинг кўпайишига қарши грануляцион тўқима ва казеоз массага лимфоцитлар ва полинуклеарлар криб тўпланади. Булар протеолитик ферментлар ажратиб, бу ферментлар казеоз масса ва ўпка тўқимасига таъсир кўрсатади ва йирингли ириш жараёни юз беради, бу бронхга ёрилиб чиқади ва нихоят бўшлиқ пайдо бўлади. бўшлиққа бронх орқали хаво киради. Бундай бўшлиқнинг девори икки қаватдан: ички казеоз некротик ва ташқи специфик грануляцион тўқимадан иборат бўлади. деструктив жараённинг бу даври яллиғланган силнинг ириш даври хисобланади. Маълум вақт ўтгандан кейин бўшлиқ (каверна) атроида энг таўқи учунчи қўшувчи тўқимадан иборат каверна (олдиниға узук-юлиқ сўнгра эса туташ холда) пайдо бўлади. ана шундагина хақиқий каверна пайдо бўлади ва туберкулёз кавернали хисобланади.

Туберкуломадан пайдо бўлган кавернали ўпка сили хос хусусиятга эга. Бунда каверна илгаридан пайдо бўлган қўшувчи тўқимадан иборат туберкулома қобиғи ичидаги казеоз массанинг бронхга чиқиб кетиши натижасида пайдо бўлади. ўпканинг тарқоқ сили авжланиб бораётганида каверна қон томирларининг тромбози ва яллиғланиши натижасида ўпка тўқимасидан дистрофик ўзгариш рўй бериб каверна пайдо бўлади. бундай кавернанинг деворлари юпка бўлади, шунинг учун бундай кавернани “штампланган” деб юритилади. Кавернанинг деворлари доимий равишда ўпка тўқимаси эластик тортиш кучининг таъсирида бўлади. шунинг учун ўпкадаги каверна доимо ундаги тешик хажмидан катта бўлади.

Ўчоқли ўпка силидан майда каверначалар пайдо бўлиб унинг девори майда туберкулёз ўчоқларидан иборат бўлади. бундай кавернани альтернатив каверна деб аталади.

Яллиғланиш жараёнинг кавернадан унга очилувчи бронхнинг шиллиқ қаватиға ўтиб тарқайди натижада унинг (бекилиб) найи қисман ёки бутунлай битиб (бекилиб) қолиши мумкин, бу холат ўпкадаги кавернаға ўз таъсирини кўрсатади. Кавернадаги казеоз ва

некротик масса бронхлар орқали чиқиб кетаолмай каверна ичида тўпланиб қолади, натижада кавернанинг хажми катталашиши ва туберкулёз жараёни авжланиб кетиши мумкин.

Кавернали ўпка силининг силнинг алохида клиник кўринишининг сифатида туберкулёз классификациясига қўшиш 1943 йилда А.И.Струков томонидан тавсия қилинган эди, ammo бу 1964 йили фтизиатрнинг УП анжуманидагина қабул қилинди. Ўпка силига дучор бўлган бемордан кавернали силнинг пайдо бўлиши касал ҳаётида алохида ўрин тутади, шунинг учун баъзи олимлар кавернали ўпка силининг пайдо бўлишини беморда касалликнинг иккинчи даврини бошланиши деб ҳисоблайдилар. Чунки ўпкада кавернанинг пайдо бўлиши беморда ҳар хил туберкулёз асоратларининг келиб чиқишилиги сабаб бўлиши мумкин, жумладан туберкулёз инфекциясининг бронхлар орқали ўпканинг бошқа қисмларига тарқалиши учун имконият туғилади. Кавернанинг шакли кўпинча думалоқ бўлсада, бошқа шакилларда бўлиши ҳам мумкин. Шунингдек кавернанинг катталиги ҳам хилма хил бўлади. агарда кавернанинг диаметри 2 см гача бўлса кичик ёки майда 2-4 см бўлса катта деб ҳисобланади. Баъзан жуда катта (8-10) см каверналар ҳам учрайди. Кавернанинг катталиги учун келиб чиққан ўпка сили формасига боғлиқ.

Кавернали ўпка силининг клиник кечиши ва белгилари ҳар хил бўлади. агарда кавернали ўпка сили ўпка силининг бошқа хилларини даволаш даврида пайдо бўлса клиник белгилар кам, ҳатто бу бўлмаслиги ҳам мумкин.

Беморнинг ташқи кўриниши кўпинча деярли ўзгармайди. Силдан захарланиш белгилари мутадил (ўртача) бўлади. беморлар одатда бироз тинка қуришига, чарчаш, иш қобилияти ва иштаҳанинг пасайишига, кечалари терлаш, кечқуринлар тана ҳароратининг бироз кўтарилишига, бироз йўталиш ва кам миқдорда балғам ажратишга шикоят қиладилар. Камдан кам қон ташлашлари мумкин. Кўкракнинг у ёки бу қисмида броз оғриқ сезишлари ҳам мумкин.

Аускультасия қилинганида нафаснинг охисталиги, бронхиал баъзан эса амфорик товуш ва 50% беморларда майда ва ўртача нам хриллашлар эшитилади. Катта каверна устида сичқон чийиллашини эслатувчи товуш эшитилади.

Бемор қонини текширилганда кўпинча ўзгариш юз бермайди, асосан ЭЧТ 20-30 мм/с гача ошиши мумкин. Қон зардоибидаги албумин оксили камайганлигининг ва α - ва β -глобулинларнинг кўпайганининг аниқлаш мумкин.

Бемор балғамида туберкулёз таёқчаларини ва алвеолляр типдаги эластик толаларни аниқланади. Шуни айтиш керакки охирги вақтларда кавернали ўпка силига дучор бўлган беморлар туберкулёз таёқчаларини кам миқдорда ажратмоқдалар, шунинг учун улардан олинган балғамни ҳар хил усулларни қўллаб қайта-қайта яхши текширмоқ зарур. Беморланинг рентгенда текширганда кўпинча ўпканинг юқори қисмида деворлари нисбатан юпқа думалоқ ёки овал шакилдаги халқасимон соя аниқланади. Унинг пастки қисмида бироз суюқлик борлиги – юза кўринишида (Прозоров белгиси) ҳам аниқланиши мумкин.

Кавернали ўпка силига дучор бўлган беморларда туберкулинга сезгирлик мутадил сақланиб қолади.

Кавернали ўпка силига дучор бўлган беморларда бронхоскопия қилинса, агар каверна силнинг илгарги формаларини даволаш пайтида пайдо бўлган бўлса бронхларда унчалик ўзгариш аниқланмайди.

Агар кавернали туберкулёз табиий йўл билан (давосиз) пайдо бўлса бемор бронхларида кўпинча яллиғланиш жараёни рўй беради. Профессор А.Г.Хоменко кавернали ўпка силига дучор бўлган ҳамма беморга бронхоскопия ўтказишни тавсия этади ва бемор бронхларида яллиғланиш аниқланса химиотерапияни ингальяция усулини қўллаб ўтказиш кераклигини уқтиради.

Кавернали ўпка силига дучор бўлган беморларнинг ташқи нафас ва қон томир ҳам юрак системасида кўпинча ўзгариш бўлмайди. Ammo каверна жойлашган ўпка тўқимасида қон айланиши ва ҳаво алмашиниши фаолиятини бузулганлигини махсус усул регионар реографияни қўллаб аниқлаш мумкин.

Агар касаллик тарихи яхши ўрганилса, бемор батафсил текширилса кавернали ўпка силини текшириш унча қийин эмас, ammo шундай касаллар борки улар ҳам ўпкада каверна

пайдо бўлиши билан ёки бемор рентгенограммасида халқасимон соя пайдо бўлиши билан кечади.

Ўпка абсцесси, ўпка ўсмасининг кавернали кўриниши, ўпка кистаси, ўпка эхинакокки, баъзан эса плевра бўшлиғига йиғилган хаво, медиастения ва дифрагмал грижалар рентгенограммада ўпканинг кавернали силига ўхшаб кўринадилар, шунинг учун шу касалликлардан кавернали ўпка силини фарқлаб билиш врачнинг асосий вазифасидир.

Ўпка абсцесси билан касалланган бемор рентгенограммасида ҳам кавернали туберкулёз каби халқасимон соя аниқланади, аммо унинг деворлари қалин, ташқи чегаралари ноаниқ, ички чегараси нотекис, каверна ичида катта суюқлик асоси аниқланади. Каверна атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар бўлмайди. Абсцесс қаваги кўпинча ўпканинг пастки ва ўрта қисмларида жойлашади. Ташхисни тўғри тахлил қилишда албатта касалликнинг анамнезини ҳисобга олиш керак. Ўпка абсцесси асосан зотилжам, кўкрак қафаси жарохатидан кейин, қовурға, умуртқа поғанасида остеомиелит бўлгандан кейин ривожланади.

Ўпканинг кавернали ўсма касали ҳам кавернали силга ўхшаб кетади. Бунда шуни эсда тутмоқ керакки қавакли ўсма касалликнинг бошланғич даври эмас, шунинг учун бунга ўсма касалининг сўнги белгилари, яъни жуда озиб кетиш, бемор ахволининг оғирлиги, кўкрак қафасида оғриқнинг кучайиб бориши, қон туфлаш ҳосдир. Балғамда ўсмага хос хужайраларнинг аниқланиши, туберкулёз таёқчаларининг топилмаслиги ташхисни аниқлашга ёрдам беради. Ўсма қаваги деворининг қалинлиги, четки чегараларининг нотекислиги, ўсманинг лимфа йўллари орқали тарқалиши натижасида “муй” белгисининг пайдо бўлиши, ўсма қавагидан ўпак илдизига тортилган йўлнинг дағаллиги ва ўпка илдизи атрофидаги лимфа тугунларининг катталашishi қавакли ўсмани кавернали силдан фарқловчи белгиларидандир. Бунда ҳам қавак атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар бўлмайди. Ташхисни аниқлашда бронхоскопия, бронхография усулларини қўллаш аниқлик критади. Бунда бронх йўлларининг ўсма билан қисман ёки бутунлай беркилиб қолиши кузатилади. Бронхоскопия вақтида биопсия усулини қўллаб биоптатни текшириш ташхисга аниқлик критади.

Ўпканинг кавернали сили ҳеч қандай белгиларсиз кечганда уни асоратланмаган ўпка кистасидан фарқлаш зарурдир. Киста қаваги бир ёки бир қанча бўлиши мумкин. Киста қаваги думалоқ ёки овал кўринишида бўлади. унинг деворлари кавернали силга нисбатан жуда юпка бўлиб, атрофидаги ўпка тўқимасида ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди, деворларининг ички ва ташқи юзаси текис, жуда нияқ кўрилади. Ўпка илдизи томон “йўлча” аниқланмайди. Рентгеноскопияда нафас олиш ва чиқариш пайтида ўз шаклини ўзгартиради ва нафас олинган пайтда аъзолар соғ томонга силжиб, нафас чиқарилганда дастлабки ўрнини эгаллайди (Прозоров белгиси). Бу белги хажми катта кисталарга тегишли.

Агар киста инфекция тушиб асоратланган бўлса, уни кавернали силдан фарқлаш анча мушкул, чунки бунда кистанинг деворлари дағаллашиб, атрофида бириктирувчи тўқимадан иборат фиброзли ўзгаришлар пайдо бўлади ва шакли ҳам ўзгаради, хатто ўпка илдизи томон “йўлча” пайдо бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда тана хароратининг кўтарилиши, балғам ажратиш, хаттоки қон туфлаши мумкин. Бунда асосан балғамда туберкулёз таёқчаларининг бор ёки йўқлиги, туберкулин синамасининг натижалари ва киста қаваги атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқларнинг бор ёки йўқлиги ҳисобга олиниб ташхисга аниқлик критилади.

Ўпка эхинакокки бронхга ёрилиб, унинг суюқлиги бронхлар орқали чиқиб кетса, ўпкада халқасимон қавак пайдо бўлиши мумкин. Буни кавернали ўпка силидан фарқлашга тўғри келади. Яхши йиғилган анамнез эхинакоккни кавернали ўпка силидан фарқлашга ёрдам беради. Эхинакокк ёрилганда беморда йўтал пайдо бўлиб, бемор йўталганда тахир, рангсиз суюқлик ажратади. Бемор оғзида тахир мазза 2-3 кунгача сақланиб қолади. Баъзан суюқликда рангсиз эхинакокк хитин пардасининг бўлакчасини ҳам кўриш мумкин. Бундай беморларни перкуссия қилганда броз тимпаник товуш, нафаснинг сустлигини аниқлаш мумкин. Рентгенограммада думалоқ ёки овал шаклидаги халқасимон соя кўрилади. Кўпинча эхинакокк қаваги ичида пастки қисмида интенсив бўлмаган сояни аниқлаш мумкин (бўшаб қолган хитин парда сояси). Атрофидаги ўпка тўқимасида силга хос ўчоқлар аниқланмайди.

Ташхисни аниқлашда Кациони синамасы, латекс агглютинация реакциясидан фойдаланиш мумкин.

Биринчи марта аниқланган кавернали ўпка сили билан беморларни даволаш стационар шароитда уч тўрт хил силга қарши химиопрепаратларни бериб бошланади (изониазид, рифампицин, стрептомицин, празинамид, этамбутол) шунингдек патогенитик дорилар буюрилади. Агар беморда бронхоскопия йўли билан бронхларнинг специфик яллиғланиши аниқланса, дориларни аэрозол ингаляцияси услубида ҳам бериш керак. Айрим беморларда плевра бўшлиғига ёки қорин бўшлиғига хаво юбориб (пневмоторакс, пневмоперитонум) ҳам даволаш мумкин.

Кавернали ўпка силининг даволаш тўғри олиб борилса даволаш бошланиши биланок атрофдаги яллиғланиш ва каверна ичидаги некротик ўзгаришлар сўрилади бошлайди. Кавернанинг битиши хар хил йўллар билан кечади, бу кавернага очилган бронхнинг ахволига, каверна деворининг эластиклигига, каверна деворининг атрофдаги лимфа ва қон айланиши ахволига ва бир қанча сабаблари бор.

Кавернанинг чандиқ хосил қилиб битиши тахминан 30% беморларда кузатилади. Бунда каверна ичидаги казеоз-некротик масса қисман сўрилиб, қисман бронхлар орқали чиқиб кетади. Силга хос бўлган специфик грануляция носпецифик тўқима билан алмашинади. Каверна концентрик равишда кичирайди ва чандиққа айланади. Бундай чандиқни индукция майдони дейилади ва фиброз тўқималар ҳамда майда қотган туберкулёз ўчоқларидан иборат бўлади. рентгенограмма ва томограммада индукцион майдон диффуз ҳолдаги чегараланган соядан иборатдир.

50% беморларда каверна яққол кўриниб турувчи туберкулёз ўчоғи пайдо бўлиб битади. Бунда каверна ичидаги казеоз некротик масса бутунлай чиқиб кетмайди, у олдинига қуюлади, сўнг қота бошлайди.

Тахминан 25% беморларда каверна казеоз-некротик массадан тозаланади, каверна сақланиб қолади ва деворининг ички юзаси эпителий хужайралари билан қопланиб кистага ўхшаш бўшлиқ қолади. Бундай ҳолатни очик-манфий синдром дейилади.

Кавернали ўпка силининг тўртинчи хил битиши – туберкулома (псевдотуберкулома) пайдо бўлиб битишидир. Бу асосан кавернага очилувчи бронхнинг қандайдир сабабларга кўра битиб (бекилиб) қолиши натижасида юз беради.

Агар антибактериал дорилар билан даволанганда 5-6 ой давомида каверна битмаса, беморга жаррохлик усулини қўллаб даволаниш тавсия этилади. Жаррохлик йўлининг асосий усули бўлиб ўпканинг жароҳатланган қисмини ёки бўлагини кесиб олиб ташлаш ҳисобланади. Ҳозирги вақтда кавернали ўпка силида жаррохлик усулини қўллаш 85-95% беморларни силдан халос қилмоқда.

Фиброз-кавернали туберкулези

Туберкулёз бўйича эпидемиологик ҳолат учун прогрессив кечувчи деструктив силнинг яқунловчи босқичи бўлмиш сурункали деструктив ўпка сили шакилларининг ахамияти. Силнинг бу шакллари билан беморлар асосий инфекция манбаи бўлиб ҳисобланади, фиброз туберкулёз каверналарида 10-12тагача манбаа бўлиши мумкин.

Туберкулёз кўпинча нисбатан яхши ... биринчи бор аниқланган беморларнинг ...% сурункали деструктив жараёнлар ташкил қилади.

Бунга силнинг кеч аниқланиши, умумий даволаш тармоғи томонидан ўтказилаётган тадбирлар нафи кам бўлиши сабаб бўлмоқда. Терапевтлар фтизиатрик оғоҳликнинг йўқлиги поликлиника муассасаларига мурожаат қилиб келганларидаги диагностик хатолар сабаб бўлмоқда, бунинг натижасида жараён ўтказилиб юборилади ва биринчи марта аниқланган беморларда фиброз-кавернали туберкулёз диагностика қилинади.

Фиброз-кавернали туберкулёз иккиламчи силнинг касаллик шакли бўлиб унга дағал фиброз ўзгаришлар, фиброз-каверна атрофидаги тўқималарда тарқалган ўчоқлар хосил қилиб, сурункали кечиши хосдир. Асосий сабаблар туберкулёз касаллигининг кеч диагностика қилиш, эртанги силни нотўғри даволаш, ёндош касалликлар туфайли деструктив жараён чуқурлашиб кетиши сабабдир. Шунинг айтиб ўтиш лозимки, назоратни даволаш

амалга оширилганда фиброз-кавернали туберкулёз парчаланиш фазасидаги ўчоқли жараёндан ҳам ривожланиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка сили билан касалланган ўпканинг хажми кичиклашади, тўқимаси зичлашади, плевра қалинлашиши 1-1,5 см.гача бўлиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг патоморфологик манзараси учун бир ёки иккала ўпкадар фиброз ўзгарган ўпка тўқимаси фонида бир ёки бир нечта каверна бўлиши хос. Каверна деворида яхши ифодаланган ташқи фиброз қават, ўрта-специфик грануляр қават, нотекис ифодаланган ички казеоз некротик-казеоз фарқланади. Каверна ички юзасида устунча аниқланиши мумкин. Уларни бўшлиқ орқали ўтувчи облетерацияланган томирлар ҳосил қилган. СМБнинг спутоген тарқалиши натижасида каверна атрофида бронхоген, ацинар ва лобуляр ўчоқлар ривожланади. Бронхлар дренаж вазивасини бузувчи специфик эндобронхит ривожланади.

Жараён чуқурлашиб борганда каверна атрофида полиморф пневмония кўринишидаги перифокал яллиғланиш сояси пайдо бўлади. Нотўлиқ шакилланган деворли ва атрофида яққол ифодаланган яллиғланиш мавжуд бўлган Янги бўшлиқлар вужудга келиши мумкин. Бронхоген тарқалиш соҳаси кенгаяди жараёнга орқага қайтиш-ремицияси ўпкадаги томирлар ва бронхлар атрофидаги, плеврадаги фиброз ўзгаришларнинг устунлиги хос. Фиброз билан бирга эмфизема соҳалари вужудга келади.

Бронхлар дренаж функциясининг бузулиши бронхоэктотик бўшлиқлар ҳосил бўлиши учун жуда қулай муҳитдир. Фиброз сабабли томирлар облитерацияланади ва шикастланади. Ўпка томир хавзасининг кичиклашиши, кичик қон айланиш дориасида босим ошишига олиб келади. Фиброз-кавернозли ўпка силининг бу клиник манзараси хансираш бўлишига сабаб бўлади. Фиброз-кавернозли ўпка силида алмашинув жараёнининг чуқур бузулиши витамин танқислиги Билан кузатилиши организмнинг умумий касаллигидир. Ўпкадаги қайтмас морфологик ўзгаришлар сабабли пайдо бўлган нафас ва қон айланиши бузулишлари яққол ифодаланган силдан захарланиш буйрак усти беги пўстолғи фаолияти, ошқозон, жигар ва секретор фаолияти кабиларнинг бузулиши билан кечади. Организмдаги алмашинув жараёнининг бузилиши бошқа аъзоларда морфологик ўзгаришларга олиб келади. Ички аъзолар амилодоза учун шароит яратади.

Фиброз-кавернозли ўпка силини кечиши ўзига хос, жараёнга ўпкадаги ҳамма ўзгаришлар характерли. Шунингдек жараён фазаларни белгилайди:

1. Нисбатан турғун, чегараланган фиброз-кавернозли ўпка сили
2. Ривожланиб боровчи фиброз-кавернозли ўпка сили
3. Асоратланган фиброз-кавернозли ўпка сили

Нисбатан турғун фиброз-кавернозли ўпка сили ўпкадаги кам кавернали чегараланган фиброз ўзгаришлар устунлик қилувчи жараёни акс этишидир. Бу жараён кўпинча диспансер кузатувида бўлган ва ўз вақтида химиотерапия олган беморларда кузатилади. Бу шакил учун узоқ вақт барқарор ремиция даврлари ва осон сўндириладиган авж олиш даврлари хос. Ремиция давомида бу беморлар соғлом кўринади ва шикоятлари бўлмайди. Жараён авж олганда интоксикацион симптомлар пайдо бўлади ва ривожланиш бўлади. Йўтал аста секин устунлик қилиши характерлидир, балғам вужудга келади. Авжланиш даврида яққол бўлмаган интоксикация пайдо бўлиши мумкин. Яъни рангпарлик, озғинлик, кўкрак қафасида нафас ҳаракатлари орқада қолади. Перкутор товуш шикастланиш соҳаси устида бўғиклашади. Аускультацияда нафас сустлашган бўлади.

Ривожланиб боровчи фиброз-кавернозли ўпка сили ремиссия даврида беморларда бироз балғамли йўтал, кўкрак қафаси деформацияси сақланади. Авж олиш даврида юқоридаги симптомлар кучаяди, ҳарорат 38 °C гача кўтарилади. Бемор кўздан кечирилганда анча озиб кетганлиги, юз териларининг ажинлигининг кўплиги, кўз нурунининг хиралашиши, тана терисининг қуруқлиги, мушакларнинг гипотрофияси, ўмров суяги устки ва пастки чуқурчаларининг яққол кўриниши, қовурға оралигининг тортилганлиги ва торайгани, кўкрак қафасининг яссилашгани, касал томон нафас олишда орқада қолишини кўриш мумкин. Яъний беморда ҳабитис фтизус шаклидаги ташқи кўриниши юзага келади. Фиброз-кавернозли ўпка силини жойлашган ўпка тўқимаси устида овоз титраши ва бронхофониянинг кучайиши аниқланади. Плевра варақлари қалинлашган ва фиброз

тўқималар қисми перкуссияда перкутор товушнинг бўғиқлиги катта қаваклар устида эса тимпаник товуш, кўкрак қафасининг пастки қисмида қутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда ўпканинг фиброз тўқималар ва плевра варақлари қалинлашган қисми устида нафаснинг сустлиги, яллиғланган қисми устида везикобронхиал нафас эшитилади. Ривожланиб бориш фонида асоратлар пайдо бўлади. Асоратли фиброз-кавернозли ўпка сили силнинг манзарасини белгилайди. Ўпка юрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин. Хансираш, ошиб борувчи тахикардия, кейинчалик аритмия, қўл ва оёқлар шишиши кузатилиши мумкин. Объектив акроцианоз аниқланади. Ўпкада перкутор товуш қисқарган ёки мозаик, гигант кавреналар устида қутисимон товуш аниқланади. Аускультацияда турлитуман қуруқ ва нам хириллашлар, амфорик нафас эшитилади. Юрак чегаралари шикастланган томонга силжийди, ўпка артерияси устида иккинчи тон акценти, тонлар бўғиқлиги эшитилади.

Ички азолар амилоидози ривожланса ва бунга буйрак ҳам жалб этилса буйрак етишмовчилиги, уримия ривожланади. Кейинги йилларда фиброз-кавернозли ўпка сили билан оғриган беморлар умрининг узайиши туфайли буйрак амилоидози тез-тез учрамоқда. Бу беморлар ташқи киефаси буйрак патологияси учун хос: рагнпар, юзда шишлар.

Ўпкада деструкция авж олганда асосий асорат сифатида қон туфлаш ва қон кетиш бўлади. кўпинча улар такрорий бўлиб, беморлар ахволини оғирлаштириб юборади, клиникага анемия кўшилади.

Шиллиқ пардалар, тил қуриши, стоматитлар, терида тошмалар, геморрагиялар, ич келиши бузилиши, кандидоз ривожланиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг прогрессив ва асоратли кечиши ўлимга олиб келиши мумкин.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг диагностикаси нисбатан осон. Сурункали, тўлқинсимон кечиши, ошиб борувчи захарланиш, ўпка симптомлари, кўкрак қафасининг характерли деформацияси, суст нафас фонидаги жарангсиз турли калибрдаги нам ва қуруқ хириллашлар, амфорик нафас, “каверна чийилаши”, “арава ғитирлаши” кабилар Фиброз-кавернозли ўпка силига шубха ўйғотади, балғамда СМБ топилиши, ўзига хос рентгенологик манзара буни осон тасдиқлайди. Рентгенограммада бир ёки иккала ўпкада халқасимон соялар аниқланади, уларнинг шакли нотўғри, деворлари қалин, интенсив, контурлари ремиссия даврида аниқ ва авжланишда аксинча. Чегарасидаги ўпка тўқимасида дағал фиброз, тутамлар, периваскуляр ва перибронхиал фиброз, полиморф ўчоқлар, кўкис оралиғи шикастланган томонга силжиган, касал ўпка хажми кичирайган, ўпка илдизлари деформацияси ва тепага тортилиши, дифрагма соясининг деформацияси ва тортилиши фиброз-кавернозли ўпка силининг диагнозини тамоман тасдиқлайди.

Фиброз-кавернозли ўпка силининг оқибати даво характерига боғлиқ. Кавернанинг чандикланиши 8-20% беморларда 9-12 ой яхшилаб ўтказилган дорилар билан даволашдан сўнг содир бўлади, бу энг яхши натижа хисобланади. Барқарор ремиссиялар ва мувафақиятли лоб- ва пулмонэктомиялардан кейинги ҳолат ҳам ижобий оқибат хисобланади. Цирротик силга ўтиши ва ўлим салбий оқибат хисобланади.

Цирротик туберкулёз

Цирротик туберкулёз – иккиламчи силнинг клиник шакли бўлиб, ўпкада яққол фиброз ўзгаришлар ривожланиши, тўлқинсимон каверналар ва қобикланган ўчоқлар сақланиши ҳамда сурункали тўлқинсимон кечиш билан характерланади. Цирротик туберкулёз силнинг фиброз-кавернали, парчаланиши хажми катта инфильтратив ва сурункали тарқоқ шакиллариининг салбий оқибати хисобланади. Баъзан у туберкулёз билан боғлиқ ателектазлар натижасида вужудга келади. Чўзилган, номутоносиб, даволанган экссудатив плевритлар, сипонтан пневмотораксларга пневмоплевритлар плевроген цирротик туберкулёз вужудга келишига сабаб бўлади.

Ўпкада фибрознинг ўта ривожланиб кетиш сабаби тўлиқ аниқланмаган. Бу қуйдагиларга боғлиқ бўлиши мумкин.

1. Стрептомицин, канамицин каби препаратларни нораціонал қўллаш;
2. Фибробластлар фаоллигини ошишига боғлиқ коллаген ишлаб чиқишнинг кучайиши;
3. альвеолалардаги экссудатнинг организацияси;
4. альвеолалар бўжмайиши;
5. бронхлар дренаж фаолиятининг, қон ва лимфа айланишининг бузулиши, ўпка тўқимасининг гипоксияси ва трофикасининг бузулиши;
6. коллагеногенезнинг иммунобиологик бошқарилувининг бузулиши.

Туберкулёз яллиғланиши фонида фиброз ўзгаришлар механизми турлича, бу кўпинча қуйдагича бўлиши мумкин:

1. туберкулёз грануляцион тўқимасининг фиброзга айланиши;
2. майда казеоз ўчоқлар организацияси;
3. яллиғланиш соҳасида ўткир карнификацияси;
4. перибронхиал склероз ривожланиши;
5. лимфатик ва қон томирлар бўйлаб интерстициал тўқима структурасининг бузулиши;
6. ўпкадаги ателектаз соҳаларининг склерози;
7. антиателектатик омил бўлиши сурфактант тизимидаги бузулишлар.

Цирротик силнинг патоморфологик манзараси учун ўпка тўқимасида тотал, зич фиброз тўқима ривожланиши, турли ўлчамдаги бронхоэктотик бўшлиқлар, фаол туберкулёз ва носпецифик яллиғланишли шакли бузулган ва қисман склерозга учраган бронхлар, артериовеноз апостолотлар, қон томирлар облитерацияси хос. Фиброз соҳалар оралиғида ривожланишдан тўхтаган каверналар, буллёз эмфизема соҳалари, турли фаолликдаги кобикланган туберкулёз ўчоқлари учрайди. Ўпкадаги ўзгаришлар катта-кичиклиги ва характери цирротик туберкулёз клиник кечиши хилини белгилайди. Беш хил клиник кечиш фарқланади:

1. кам симптомли чегараланган цирротик туберкулёз;
2. тез-тез авжланиб турувчи тарқоқ ёки чегараланган цирротик туберкулёз;
3. қайталанувчи қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш билан кечувчи бронхоэктотик цирротик туберкулёз;
4. ўпка ва ўпка юрак етишмовчилиги билан кечувчи цирротик туберкулёз;
5. “вайрон ўпка” туберкулёз ривожланиши билан кечувчи цирротик туберкулёз.

Кам симптомли чегараланган цирроик силнинг морфологик асоси сегментлар ва бўлакли жараёнлардир. Улар учун узоқ вақтли ремиссиялар ва кам учравчи авжланишлар хос. Ремиссия даврида касаллик аломатлари бўлмайди. Авжланиш даврида кам балғамли йўтал, броз харорат кўтарилиши, қон туфлаш кузатилиши мумкин. Периферик силда шикастланган соҳа устида ўпка товуши қисқа, аускультасияда дағал ёки бронхиал нафас, майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Балғамда СМБ топилиши мумкин. Туберкулинга сезгирлик мусбат. Гемограммада ўзгаришлар кам бўлади.

Тез-тез авжланиувчи цирротик туберкулёз учун қисқа вақтли ремиссиялар, қийин даволанувчи авжланишлар хос. Туберкулёз ёки носпецифик инфекциянинг фаоллашуви билан боғлиқ авжланишларнинг клиник ўзига хос томонлари мавжуд.

Даврий қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш билан кечувчи бронхоэктатик цирроик туберкулёз юқоридаги туберкулёз фазаси хусусиятига ва яна бир қатор ўзига хос хусусиятларга эга:

1. носпецифик инфекция билан боғлиқ ва пневмонияни эслатувчи такрорий авжланишлар;
2. такрорий қон туфлаш ҳамда қон кетишлар ва улардан кейинги аспирацион асоратлар;
3. ривожланиб бораётган туберкулёз яллиғланиши клиникасини жараённинг манифестацияси;

Қон кетиш ҳам жараёнинг ривожланиб бориши, ҳам кўпинча бемор ҳаёти учун хавф туғдиради. Ўпка юрак ва нафас етишмовчилиги билан кечувчи цирроик туберкулёз бир томонлама тотал циррозлар оқибатидир. Касалликнинг асосий симптоми – кучайиб борувчи хансирашдир. Объектив цианоз, тахикардия, юрак тонлари бўғиклиги, шунингдек ханжарсимон ўсимта ёнида систолик шовқин аниқланади (кўпинча бемор ётганда).

Туберкулёз ривожланиб бораётган “вайрон ўпка” бир ўпканинг бутунлай шикастланиши ва иккинчи ўпкада дессеминация билан характерланади. Йўтал, балғам ажратиш доимий сақланади, даврий равишда кучайиб боради, қон туфлаш, ўпкадан қон кетиши кузатилиши мумкин. Объектив кўкрак қафасининг яққол асметирияси, кўкис ораллиғининг касал томонга силжиши, бронхиал ёки сусайган нафас, даврий равишда кучайиб боровчи кўплаб қуруқ ва нам хириллашлар аниқланади. Беморлар одатда ўпка юрак етишмовчилиги ёки ички аъзолар амилоидозидан халок бўладилар. Цирротик силнинг бошқа шакилларини оқибати бўлган ҳолда, даволаш жараёнида барқарор сўнган ҳолатга ўтиши мумкин, аммо ўз вақтида радикал жаррохлик усули қўлланилмаса, кўпинча беморлар халок бўлади.

Хулоса: Деструктив туберкулёз турлари ҳозирги кунда касалликга эрта ва аниқ ташхис қўйиш учун классификацияда фойдаланилади. Деструктив туберкулёз турлари касалликнинг жойлашган ўрни, микроб ажратиш ва ажратмаслиги, унинг асоратлари билан бирга даволагандан кейинги ўзгаришларни аниқ кўрсатиб беради. Деструктив туберкулёз турлари асо сан катта ёшдагиларда учраши, унинг клиник белгилари яширин кечиши, ўздан асоратлар берили билан болаларда учрайди. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

Маъруза №8 Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Туберкулёз плеврити ва менингитининг патогенези ва таснифи. Ташхислаш, кечиш хусусиятлари, клиникаси ва даволаш.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, этиопатогенези
	2. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, унинг клиник турлари
	3. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити клиник кечиши.
	4. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, ташхис, тек шириш усуллари
	5. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулоти мақсади	Таълимий: талабаларгасил плеврити ва туберкулёз менингити, этиопатогенези унинг тур лари, беморларини текшириш усуллари, текшириш тур лари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, этиопатогенези унинг тур ларитекшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

<i>Маъруза машғулотининг технологи картаси</i>	
Иш босқичлари ва	Фаолиятнинг мазмуни

вакти	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55 дақиқа	туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити, этиопетогенези унинг турлари ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5 дақиқа б) 5 дақиқа	Мавзунинг хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Плевра туберкулези

Туберкулёз плеврити. Плевра варағларининг яллиғланиши плеврит клиника ва поликлиникалар шароитида кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади, чунки кўкрак қафаси аъзолари касалликларининг кўпчилиги плеврит билан асоратланиб кечади. Ўпканинг ҳар қандай яллиғланиш, замбруғ касалликлари, ўпка ўсмаси ва хатто оддий бронхит ҳам плевритни сабаби бўлиши мумкин.

Баъзан дифрагма ости абсцесси, перитонит, қовурғаларнинг остеомелити каби касалликлар плевритини келтириб чиқаради.

Ўпка силининг турли хиллари ҳам плевритнинг ривожланишига сабаб бўлади. деярли доим силнинг бошланиш давридан оқ силнинг кечиши жараёнида плевра варақлари иштирок этади. Бу плевра варақларининг топографик жихатдан ўпка ва кўкрак ичи лимфа тугунларига яқин жойлашганлигидан келиб чиқади.

Маълумки плевра варақлари бир қанча гистологик қаватдан (6 қават) иборат бўлиб баъзи қаватларида дағал коллоген толалар панжарасимон мембрана ва мезотелия билан чегараланган микроскопик камераларни ташкил этади ва бу камераларда манфий босим бўлиб плевра бўшлиғига йиғилган суюқликни диффуз усулда ўзига сўриб олади ва лимфа йўллари орқали медиастенал ва аорта атрофидаги лимфа тугунларига узатади. Бунинг натижасида плевра бўшлиғидаги суюқлик ҳажми маълум мувозанатда сақланиб туради. Бундай сўрувчи “Люк” лар плевра варақларининг қовурға оралиқ ва диафрагмал қисмида яхши ривожланган.

Париетал плевра яллиғланса ёки унда патологик жараёни рўй берса плевра бўшлиғида тўпланган суюқликни сўрилиш жараёни бузилади. Серозли пардаларда яллиғланиш рўй берганида экссудат (зардоб) ишлаб чиқариш кучаяди, агар плевранинг чегараланган қисмида преифокал яллиғланиш бўлади, ажраладиган зардобнинг ҳажми кам бўлади.

Барон ва унинг ўқувчилари томонидан плевра бўшлиғида йиғилган зардобни сўрилиш тезлиги унинг составига боғлиқ. Сув ва унинг эриган кристаллоид ва ноорганик тузлар тез сўрилса, оқлик, қисми секин сўрилади, айниқса оқликнинг фибриноген қисмини сўрилиши қийин кечади. Шунинг учун фибриногендан фибрин чўкмалари пайдо бўлиб плевранинг яллиғланган юзасини қоплайди. Шундай ҳолларда клиникада фибриноидли ёки қуруқ плеврит дейилади.

Кўпинча айниқса бирламчи силда плевра varaқларида ўта сезгирлик ҳолати рўй беради ва бошқа аъзоларда айниқса қон томирларда гиперэргик жараён пайдо бўлади. Бунда қон томирларнинг деворлари шишади, унинг ўтказувчанлиги бузулади ва натижада плазма ва қондаги элементлар чиқа бошлайди. Бундай ҳолларда арзимаган қтиқловчи аллергеннинг таъсирида тезда зардобли плеврит ривожланади. Плевра бўшлиғига йиғилган зардобни париетлар плевра сўриб улгурмайди, зардоб плевра бўшлиғининг пастки қисмига тўпланади, бу ҳол ўпка пастки бўлагининг эластиклигига ва унинг ҳаракатчанлигига ҳам боғлиқ. Шундай қилиб аллергик ёки идеопатик плеврит ривожланади.

Нафас аъзолари силига дучор бўлган беморлар орасида туберкулёз плеврити 3-6%ни ташкил этади, диспансер ҳисобида турувчилар орасида эса 2-3%ни ташкил этади. Силдан ўлганларнинг 1-2%га яқини плевритдан (йирингли плеврит) ўлади.

Асосан плеврит бирламчи силнинг, тарқоқ силнинг ва иккиламчи силнинг асорати сифатида ривожланади. Баъзан туберкулёз плеврити силнинг махсус кўриниши сифатида бошқа аъзоларнинг жароҳатисиз кечади. Бундай ҳолларда у организмдаги туберкулёз инфекциясининг илк бор кўриниши ҳисобланади.

Келиб чиқиши жихатдан плеврит аллергик, перифокаль ва плевра сили кўринишида бўлиши мумкин.

Бирламчи силда плеврит плевра varaқларига туберкулёз таёқчаларининг парчаланиши натижасида ҳосил бўлган махсулотларнинг қриши натижасида гиперсенсibiliзация ҳолати кўринишида ривожланади (аллергик плеврит). Бундай ҳолларда плевра бўшлиғига йиғилган зардобда туберкулёз таёқчалари аниқланмайди, аммо Т лимфоцитлар туберкулинга нисбатан сенсibiliзация ҳолатидагиллиги аниқланади.

Бирламчи туберкулёз бактеримия ва бактериолимфия билан кечгани учун туберкулёз таёқчалри лимфоген ёки гемотоген йўл билан плеврага ўтиб унда туберкулёз жараёнини чақириши мумкин. Худди шунингдек туберкулёз таёқчаларини гемотоген йўл билан плеврага ўтиб унинг юзасида кўп миқдорда туберкулёз бўртмачалари тошмаси пайдо бўлиши ва плевра бўшлиғига зардоб йиғилиши тарқоқ силда рўй беради.

Ўчоқли, яллиғланган, чандиқлашган кавернали ва бошқа ўпка силида висцераль плевра остидаги яллиғланиш жараёнини плеврага контакт йўли билан ўтиши натижасида перифокаль плеврит ривожланади.

Йирингли экссудатли плеврит плевра varaқларида казеозли яллиғланиш бўлганида ҳам ривожланиши мумкин. Бундай ҳолларда олдинига плевра бўшлиғига серозли экссудат йиғилади, сўнг у йиринга айланади. Агар йиринг плевра бўшлиғида узоқ муддат сақланиб қолса, у бронх деворини тешиб, бронх найига очилади, бронх найидан плевра бўшлиғига бошқа турдаги микроблар киради, натижада касаллик узоқ давом этиб, борган сари зўрайиб боради.

Умуман ўпка силининг кўп кўринишлари плевра varaқларида туберкулёз бўртмачаларининг пайдо бўлиши билан кечади. Плевранинг бундай сили торакоскопия ёки операция вақтида ниакланади, чунки буни клиник ва рентгенологик усул билан аниқлаб бўлмайди ва бунга силнинг ривожланишидаги тарқалиш даври деб қаралади.

Силнинг плеврити кўпинча плевра бўшлиғига зардоб (экссудат) йиғилиши билан кечади. Экссудат ҳар хил характерга эга бўлиши мумкин: серозли, фибринозли, сероз-фибринозли, геморрагик, сероз-геморрагик, йирингли, холестеринли, хилозли. Плевра бўшлиғига йиғилган экссудат характерига қараб плевритларнинг турлари қуйдагича бўлиши мумкин. Фибринозли ва сероз-фибринозли плевритга плевра varaқлари юзаси фибрин билан қопланиб, яллиғланиш жараёни продуктив характерга ўтиши ҳос. Беморда серозли плеврит бўлганида баъзан плевра юзасида кам миқдордаги туберкулёз бўртмачалари топилади. Зардоб сўрилиб кетганидан сўнг плеврада чандиқлар қолади.

Геморрагик ва сероз-геморрагик плеврит кўпинча плеврада жуда кўп миқдорда туберкулёз бўртмалари ириш даврида бўлганида ривожланади. Йирингли плевритда плевра varaқлари жуда қалинлашиб кетади.

Фиброзли, гиалинозли, кальцинацияланиш ва ҳатто суякланиш рўй беради. Плевранинг айрим қисмларида продуктив яллиғланиш, казеозли некротик ўзгаришлар

бўлади. айрим беморларда бронх найи ва плевра бўшлиғи орасида, кўкрак қафаси деворида оқмалар аниқланишим мумкин.

Плеврит ўзининг кечиши жихатдан ўткир, нимўткир, сурункали ва қайталанувчи бўлиши мумкин.

Умуман плеврит, жумладан туберкулёз плевритининг белгилари хилма-хилдир.

Фибринозли плеврит одатда кўрак қафасининг у ёки бу қисмида оғриқ билан бошланади. Беморнинг тана харорати субфебриль даражагача ўхтин-ўхтин кўтарилади, холсизланади, бўшашиш сезади, иштахаси йўқолади.

Ўпка бўлаклари орасидаги плевра варақлари яллиғланганда (сцесуриаль плевра) оғрикни бемор 3 ва 4 қовурғаларнинг шу умуртқаларга бирлашган ерида (умумртқа поғонаси олди оғриқ нуқтаси) ва 4,5-6 қовурғаларнинг тўш суягига бириккан ерида (олдинги-пастки оғриқ нуқтаси) сезади.

Диафрагма юзини қоплаган плевра (диафрагмал плеврит) яллиғланганида оғриқ белбоғсимон бўлиб сезилади ва трапециясимон мускул ҳамда елка бўғини томон узатилади, баъзан эса қоринни юқори қисмида, холецистит, аппендицит каби қорин бўшлиғини ўткир хирургик касалликлари клиник белгиларини эслатади. Оғриқ йўталганда, чуқур нафас олганда кучаяди. Юқорги ва пастки Гено де мюссе (т. ...оёқлари оралиғи ва т. ...нинг 10 қовурға билан кесишган ери) нуқталарини эзиб кўрилганда бемор оғриқ сезади. Аммо қориннинг юқори қисмини ва ёнбош қисмларини эзиб кўрилганда оғриқ кучаймайди, бу дифференциаль диагностикада ахамиятга эга.

Яллиғланиш плевра варақларининг энг чўққи нуқтасида рўй берса (апикаль плеврит) касаллик белгилари плекситга ўхшаб кетади, бу елка нерв толаларининг яллиғланиш жараёнига жалб этилиши натижаси бўлиб хисобланади.

Трапециясимон ва дельтасимон мускулларнинг таранглашиши ва буни аниқлаганда оғрикни кучайиши (Штерн ва Паттенжер-Воробьёв белгилари) плевра варақларида яллиғланиш борлигини тасдиқлайди.

Касаллик ўткир холда бошланса беморнинг нафас олиши тезлашади ва юзакилашади. Касал соғ томонини босиб ётишга ҳаракат қилади. Беморнинг кўкрак қафасини кўздан кечирганда плевра варақлари яллиғланган томон нафас олишда орқада қолади. Пальпацияда овоз дириллаши броз пасайганини, сўнг эса кучайганини, перкуссияда ўпка овозини қисқарганини аниқланади. Ўпка экскурсияси чегараланган, аускультацияда плевра варақларининг ишқаланиш товуши, баъзан нам хириллашлар эшитилади.

Бемор қонида лейкоцитлар 10-12 000 гача, лейкоцитар формулани чапга силжиши, таёкча ядроли нейтрофиллар 10-12%гача етади, ЭЧТ 30-40 мм/с. бўлади.

Рентгенограммада касалликнинг бошланишида кам интенсивликдаги соя, кўкрак қафаси ички қисмининг чекка томонларида аниқланади, кейинчалик соя диффуз кўринишда бўлади. рентгеноскопияда нафас олиш ва чиқариш вақтида касал томон дифрагмасы яхши иштирок этмайди (Вильямс белгиси).

Шундай қилиб, фиброзли плевритни аниқлаш унчалик қийин эмас, аммо унинг этиологиясини аниқлаш анча мушкул, шунинг учун зарур бўлганда Манут, Кох каби туберкулин синамаларидан фойдаланишга тўғри келади.

Экссудатив плеврит

Экссудатив плеврит одатда 2-3 ҳафта давомида захарланиш белгилари билан бошланиб, сўнг бирданига тана харорати кўтарилиб кетади. Баъзан эса касаллик ўткир холда тана хароратининг 38-39 °С гача кўтарилиши билан бошланади, кўкракда оғриқ ва йўтал пайдо бўлади, бунга аста секин нафас сиқилиши қўшилиб кучайиб боради, бу даврда кўкрак қафасидаги оғриқ бироз камайиб қолади. Баъзи беморларда касаллик этиологияси номаълум ўпка юқумли касалликлар клиникасини эслатади. Бунда беморда қусуш, тахикардия, нафас аритмияси, сийдик миқдорини камайиб кетиши каби белгилар кузатилади. Плевра бўшлиғига тез кўп экссудат тўпланса беморда нафас сиқилиши кузатилади.

Агар экссудат ўралиб халтасимон бўлиб қолса, перкутор бўғиқ товушнинг эшитилиш жойи унинг жойлашган жойига боғлиқ.

Аускультацияда касалликнинг бошланғич даврида плевра варқларининг ишқаланиш товуши эшитилади. Экссудат кўпайган сари плевра варқларининг ишқаланиш товуши камаяди, нафас суствлашади, баъзан нафас эшитилмай қолади. Экссудатнинг юқори қисмида бронхиал нафас бўлиб, жуда аниқ бўлмаган плевра варқлари ишқаланиши эшитилади.

Плевра бўшлиғига хаддан ташқари кўп экссудат тўпланса, йирик қон томирлар ва юрак уриши товушлари ўз ўрнидан қарши томонга қараб силжийди (Карпиловский белгиси).

Бемор овозида ҳам ўзгариш рўй беради ва у гаплашганида бурын орқали овоз чиқаради. Бу эчки мараши овозини эслатади (Эгофония).

Умуман экссудатли плевритнинг кечишида уч давр кузатилади:

1. экссудатнинг тўпланиш даври – бир неча кун давом этади ва касалликнинг клиник белгилари яққоллашиб боради;
2. яллиғланишнинг стабиллашиши даври – икки уч хафта давом этади;
3. экссудатни сўрилиш (резорбция) даври – бу ҳам икки уч хафта давом этади. Бу даврда беморнинг тана харорати мьёрида бўлади, клиник белгилар камайиб боради.

Бемор қони текширилганда биринчи даврда лейкоцитлар сони 16-20 000 гача кўпаяди, таёқча ядроли нейтрофиллар кўпаяди, эозинофиллар камаяди, ЭЧТ 50-60мм/с.га этади беморда геморрагик плеврит бўлса эритроцитлар сони ва гемоглобин миқдори камаяди. Экссудатив плевритнинг учунчи даврида қон тахлили мьёрига тушади ва 10-12%гача эозинофилия кузатилади.

Плевра бўшлиғидан олинган экссудатни текшириш плеврит этиологиясини аниқлашдаги асосий усул хисобланади. Экссудатдаги туберкулёз таёқчаларини қидириб топиш учун бактериологик усулнинг комплексидан фойдаланилади. Экссудатда туберкулёз таёқчаларини аниқлаш, плеврит этиологияси туберкулёз эканлигини тасдиқлайди, аммо туберкулёз таёқчалари топилмаганда туберкулёз этиологияси эмаслигини тасдиқламайди. Одатда экссудатни силга қарши дориларни бермай туриб текшириш керак.

Экссудатив плевритнинг рентгенологик кўриниши хилма хилдир. Плевра бўшлиғидаги экссудат миқдори жуда кам бўлса рентгеноскопия ва рентгенографияда диафрагманинг анча юқори тургани кўрилади, аммо ёнбошдан қаралса плевра бўшлиғида экссудат борлиги аниқ кўринади. Нафас олинган вақтда соя интенсивлиги камаяди, чиқарилганда эса соя интенсивлиги кўпаяди, шунинг билан бирга кўкис оралиги аъзоларининг ўрни ўзгариб туради (Прозоров белгиси).

Агар экссудатнинг миқдори кўп бўлса, бир хил кўринишдаги, чўккиси юқорига қараган учбурчак шакилдаги соя аниқланади, бундай холларда ташхис қўйиш қийин эмас, агар экссудат янада кўпайса соя интенсивлиги ошиб боради ва баъзи қисмларидаги қовурғалар сояси кўринмай қолади ва соя бутун ўпка юзасини қоплайди. Плевра бўшлиғидаги экссудат эркин холда бўлса кўкис оралиги аъзолари соғлом томонга силжийди.

Болаларда бирламчи силдан келиб чиққан плевритда туберкулин билан Манту синамасини қўйиш маълум ахамиятга эга. Бунда кўпинча гиперэргик мусбат реакция аниқланади. Серозли ва сероз-фибринозли плевритнинг ўткир даврида ҳам Манту синамасининг натижаси гиперэргик натижа бериш мумкин. Йирингли плевритда туберкулинга бўлган реакция манфий бўлади, бу бемор иммунитетининг пастлигини билдиради.

Плеврит этиологиясини аниқлашда 20-50 ва 100 ТБ бўлган туберкулин ёрдамида Кох синамасидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Плеврит бўлган касалларга бронхоскопиясида уларнинг кўпчилигининг бронхларида силга хос яллиғланиш аниқланади. Бронхоскопияда бронхлардан олинган материални туберкулёз таёқчалига текшириш керак. Ўпкада этиологияси номаълум соя ва бронхлар найида стеноз, торайиш аниқланса бронхоскопияни биопсия билан бирга ўтказиш мақсадаг мувофиқдир.

Плеврани пункцион биопсия қилиб плеврит этиологиясини аниқлаш мумкин. Плеврани ўпкада ўзгариш бўлмаганда ёки кам ўзгариш бўлганида пункция қилинади.

Плевра биопсиясини торокоскопия орқали кўриб туриб ўтказиш яхши натижа беради (плевра биопсияси плевраскопия билан бирга). Плеврани плевраскоп орқали кўрилаётганда унда силга хос бўртмачали тошмаларни кўриш мумкин. Бундай холларда биопсия учун

материал бўртмачалар мавжуд жойдан олиниб гистиологик ва бактериологик текширишлар ўтказилади. Биоптатда туберкулёз гранулёмасига хос (казеоз, лимфоид, эпителиоид ва Пирогов-Лангхас хужайралари) ва туберкулёз таёқчаларини топиш плеврит силга тегишли эканлигини тасдиқлайди.

Туберкулёз плеврити нафас танқислиги рўй берган холда кечади. Аввал йиғилган экссудат томонидан ўпкани сиқилиш натижасида рўй беради.

Йирингли плевритга дучор бўлган беморларда захарланиш узоқ вақт давом этса юрак мушакларида дегенератив ўзгаришлар рўй беради, натижада ўпка юрак танқислиги (cor-pulmonoy) ривожланади.

Баъзи ўпка касалликлари – ўпка ателектази, циррози клиник ва рентгенологик жihatдан экссудатив плевритга ўхшаб кетади. Уларни фарқлаш учун рентгенологик белгиларга яхши аҳамият бериш зарур. Ўпка ателектазида ҳам бир хил кўринишдаги, интенсив соя аниқланади, аммо унинг чегаралари жуда аниқ кўринади ва бунда кўкс оралиғи аъзолари касал томонга силжийда ва бу нафас олган ва чиқарган вақтида аниқ кўринади (Голцкнихт ва Якобсон белгиси). Ателектаз ўпканинг катта қисмида рўй берса диффрагманинг ва умуман кўкрак қафаснинг нафас олишдаги парадоксал ҳаркати аниқланади.

Туберкулёз плевритини даволашда уни тузутишга, ўпка ва бошқа аъзолар силини ва фибротораксни олдини олишга йўналтирилиш лозим.

Беморга 3-4 хил силга қарши дорилар – стрептомицин, изониазид ва рифампицин 3-4 ой давомида, сўнг 5-6 ой давомида 2 хил дори изониазид ва этамбутол берилади. Агар экссудат кўп бўлса ва 3-4 ҳафта давомида сўрилиб кетмаса, уни сўрилишини тезлаштирувчи ва фиброзланишини олдини олувчи кортикостероид гормонлари махсус схема бўйича берилади. Ўпкани ёйилишини тезлаштириш учун плевра бўшлиғидан пункция қилиб экссудат олиб ташланади, плевра бўшлиғидан экссудат олиб ташлангандан сўнг унга гидрокортизон юбориш тавсия этилади. Агар экссудат характери йирингли бўлса, плевра бўшлиғига ҳар хил антибактериал препаратлар юборилади.

Агар йирингли плеврит сурункали равишда кечаётган бўлса, даволаш жаррохлик усули билан олиб борилади. Бунда плеврани декорткация ёки плеврэктомия қилинб ўпканинг ёйилишига шароит яратилади.

Туберкулез менингити

Туберкулез менингити – миянинг юмшоқ пардасининг яллиғланиши силнинг иккиламчи асоратларидан бўлиб ҳисобланади кўпинча (90-95%) туберкулёз менингити

Ўпкасида ёки бошқа аъзоларида фаол кўринишдаги туберкулёз мавжуд бўлганда пайдо бўлади. Аммо охири пайтларда туберкулёз менингити бошқа аъзоларда туберкулёз жараёни бўлмаганда ҳам кўп учрамоқда. Болалар орасида туберкулёз менингити кўпинча туберкулёз бронхоадинити ёки брламчи туберкулёз комплекси бўлганида ривожланади. Ўсмирларда ва катталарда эса менингит ўпканинг ёки бошқа аъзоларнинг тарқалган сили асорати бўлиб ҳисобланади.

Туберкулёз менингитининг пайдо бўлиши ва ривожланиши учун организмда мия юмшоқ пардасида гиперэргик яллиғланиш чақирувчи 3 та шароит – организмнинг носпецифик сенсibilзация (ўта сезгирлик) ҳолати, маҳаллий сенсibilзация ва туберкулёз бацилемияси мавжуд бўлиши керак.

Туберкулёз менингити келиб чиқишини изоҳловчи иккита назария мавжуд: гемотоген ва ликвироген.

Гематоген назария бўйича менингит ривожланиши икки босқичга бўлинади.

Биринчи босқичда бирламчи туберкулёз инфекциясига организмда умумий сезгирлик пайдо бўлади. бу жараён кўп миқдордаги бацллимия билан бирга кечганлиги туфайли гемтоэнцефал қаршилиги бузулади ва инфекция миянинг юмшоқ пардасини ўрамларига ўтади.

Иккинчи босқичда туберкулёз таёқчалари қон томир орқали мия суюқлигига ўтиб сўнг мия асосига чўкади ва мия асосини қопловчи юмшоқ пардада специфик яллиғланиш жараёнини чақиради, яъни силнинг базилляр менингитидир.

Ликвороген назариянинг муаллифлари Америка фтизиатрлари Рич ва Маккордок бўлиб, уларнинг фикрича менингит мияда ёки миянинг юмшоқ пардасида жойлашган казеозли туберкулёз ўчоқларидан ривожланади. Бу ўчоқлар силнинг бирламчи тарқалиш даврида пайдо бўлади, туберкулёз таёкчалари Рич ўчоқларидан тўғридан-тўғри мия суюқлигига ўтиб тарқалади ва мия юмшоқ пардасида специфик яллиғланиш чақиради. Менингит ривожланишидан илгари организмнинг реактивлиги ва сезгирлиги ўзгаради, буда беморлар билан контактда бўлиш, грипп, қизамиқ, кўк йўтал ва зотилжам каби ўткир юқумли касалликларни ўтказиш, физик ва рухий жароҳат олиш, кортикостероид гормонлар билан узоқ вақт даволаниш каби омиллар маълум аҳамиятга эга.

Туберкулёз менингитини клиник белгилари унинг патологоанатомик хилига қараб турлича бўлади. ҳар хил клиник белгиларнинг устунлигига қараб туберкулёз менингитини уч турга бўлинади: базиляр менингит, менингоэнцефалит ва спинал менингит.

Туберкулёз менингитини кечиши уч даврга бўлинади: продромал давр, таъсирчанлик даври ва парез-параличлар даври. Туберкулёз менингитининг энг кўп учравчи тури базиляр туридир. Кўпчилик беморларда касаллик аста-секин бошланади.

Марказий нерв системасининг тасирчанлик даврида (8-14 кунлари) продромал давридаги белгилар кучаяди. Беморнинг тана ҳарорати 38-39 °С гача ва ундан ҳам юқорига кўтарилади, бош оғриғи кучайиб доимий бўлиб қолади ва кўпинча пешона ҳамда энса қисмида сезилади. Қусуш бошланади, иштаханинг пасайиши уни бутунлай йўқолишига олиб келади, умумий ҳолсизлик ва ухлаш кўпаяди, онг пасаяди, ич юриши тўхтади, аммо қоринда шиш бўлмайди. Ёруғликдан кўрқиш, шовқин-суронни ёқтирмаслик пайдо бўлади. беморни текширилганда тери сезгирлигининг ошганлигини, брадикардия тахикардияга алмашганини, артериал босим ошганини, турғун ҳолда қизил дермографизмни ва юзда, кўкракда ўз ўзидан пайдо бўлиб йўқолувчи қизил доғларни (Туруссо доғлари) кузатилади.

Касалликнинг биринчи ҳафтаси охирида жуда яққол бўлмаган менингиал белгилар – энса мушакларининг регидлиги, Кернинг ва Брудзинский белгилари пайдо бўлади. Касалликнинг иккинчи ҳафтаси ўрталарига бориб менингиал белгилар яққол аниқланади. Қорин мушаклари таранглашиб, қорин қайиқсимон кўринишга эга бўлиб қолади, бемор “сапчишга тайёр ит” ёки “босишга тайёр милтиқ тепкиси” кўринишидаги ҳолатда ётади. Туберкулёз менингити кечишини иккинчи даврида бош мия нервларининг жараоҳатланиши белгилари пайдо бўлади. кўпинча кўзни ҳаракатлантирувчи (III) ва узоқлаштирувчи (VI) нервлар жароҳатланади. III жуфт нерв жароҳатланганида бир кўзни юмилиб қолишини (питоз), кўз қорачиғининг торайиб ёки кенгайиб кетишини (анизокория), ғилайликни аниқлаш мумкин. Узоқлаштирувчи (VI) нерв жароҳатланганда кўзни ичкарига ғилайлиги юз беради. Кўз тубини текширилса қон талаш, кейинчалик кўрув нервининг (II) неврити аниқланади. Бунда бемор нарсаларни аниқ кўрмаётганини кўз олди хиралашаётганини “қоронғулик” борлигини айтади, оғир ҳолларда бемор бутунлай кўрмай қолиши мумкин. Уч шохли (V) невр камдан-кам жароҳатланади. Кўпинча юз нерви (VII) жароҳатланади. Бунда беморда юз тузулишининг носимметриклиги кузатилади, жароҳатланган томонининг бурун-лаб бурмаси тексланади, лабнинг бурчаги пастга осилиб тушади ва кўз ёриғи кенгаяди. Эшитиш нерви (VIII) ҳам жароҳатланиб бемор гаранг бўлиб қолиши мумкин. Вестибуляр функцияларини бузулиши натижасида бош айланиши, қадам ташлашнинг турғунсизлиги, “йиқилаётган”ни сезиш каби белгилар намаён бўлади. Туберкулёз жараёни мияча ва узунчоқ мияга ўтса (иккинчи даврнинг охири ва учунчи даврининг бошлари) бульбар нервлари (IX, X, XI, XII жуфтлар – тил-ютқин, адашган, тил ва тил ости) жароҳатланади. Натижада ютиш қийинлашади, овоз йўқолади, хикичоқ тутиш бошланади, нафас ва томир уриш ритми бузилади ва ҳ.к. Бемор ҳушидан кетиб бефарқлик бошланади.

Иккинчи даврнинг охирларида бемор калласини орқага ташлаган, кўзлари юмик, оёқлари букулган ва қорин томонга тортилган, қорни орқага тортилган ҳолда ётади. Қорин, пай, тизза ва бошқа рефлекслар йўқолади, баъзан пай рефлекслари кучаяди.

Менингитни учунчи даври (касалликнинг 14-24 кунлари) бир ҳафтача давом этади. Бу даврга менингоэнцефалит белгиларини бўлиши хос бўлиб, яллиғланиш миянинг юмшоқ пардасидан контакт ёки томирлар йўли орқали мия тўқимасига тарқалади ва ўчоқли жароҳат белгилари пайдо бўлади. бемор онги йўқолади, тутқаноқлар бўлиши мумкин ва қон томир

уриши янада тезлашади. Нафас ритми бузулиб Чейн-Стокс типига ўтади. Тана харотари жуда кўтарилиб 41°C гача етиши мумкин ёки пасайиб кетади. Сизгирлик йўқолиб, фалажлик бошланади, фалажлик одатда марказий, спастик характерда бўлади. бемор озиб, организм фаолияти жуда пасайиб, трофик ўзгаришлар рўй бериши натижасида трофик яралар пайдо бўлади. Сўнг нафас олиш ва қон томирлар ҳаракати маркази фалажи натижасида бемор ўлади.

Туберкулёз менингитини аниқлашда орқа миёна канали пункция қилиниб, орқа миёна суюқлигини олиб текшириш катта аҳамиятга эга. Орқа миёна суюқлигини умуртқа поғанасининг бео қисмига (III- IV бел умуртқалари оралиғи орқали) махсус игна ёрдамида пункция қилиниб олинади. Лумбал пункция қилишни 1890 йилда Квинке томонидан аниқлаган. Баъзан эса энса суяги остига (субоксипитал) пункция қилинади. Туберкулёз менингитини биринчи давридаёқ орқа миёна суюқлигида ўзгаришлар аниқланади. Орқа миёна суюқлиги туберкулёз менингитида тиник, рангсиз бўлиб юқори босим остида ёки тез томчилар кўринишида оқиб чиқади. Орқа миёна босими сув устунинг 300-500 мм.гача етади (мъёрада 50-150мм.гача). орқа миёна суюқлигида оксил 0.8-1.5 г/л ва ундан ҳам кўп бўлиши мумкин (0.15-0.33 г/л), оксилнинг кўпайиши асосан глобулинлар ҳисобига бўлади. бунда Панди ва Нонне-Апельд реакциялари тасдиқлайди. Икки уч томчи орқа миёна суюқлигига 7.5%ли янги таёрланган карбол кислотаси (1:15) қўшилади (Панди реакцияси), орқа миёна суюқлигига тўйинган аммоний сульфат кислотаси (1:1) қўшилади (Нонне-Апельд реакцияси), бунда лойқаланиш пайдо бўлади. Орқа миёна суюқлигида хужайралар сони $0.1-0.3 \cdot 10^6$ /л ва ундан ҳам кўпайиб кетгани (мъёрада $0.005 \cdot 10^6$ /л) аниқланади. Касалликнинг бошланиш даврида хужайралар бир хил микдордаги нейтрофил ва лимфоцитлардан иборат бўлса, кейинчалик лимфоцитлар микдори кўпаяди.

Туберкулёз менингитига пробиркада 12-24 соат мобайнида оксил ҳисобига фибриноз парданинг пайдо бўлиши жуда хос ҳисобланади. Суюқликдаги қанд микдори ва хлоридлар микдори камайиб кетади (мъёрада 22-29ммоль/л, 120-130ммоль/л). Орқа миёна суюқлигида туберкулёз таёқчалари мавжудлигини микробиологик экиш усулини қўллаб текшириш зарур.

Илгари 40-80% туберкулёз менингитига дучор бўлган беморларнинг орқа миёна суюқлигида туберкулёз таёқчалари аниқланар эди, ҳозирги вақтда эса бу 10-20%ни ташкил этмоқда.

Беморда менингоэнцефалит ўлганда орқа миёна суюқлигидаги хужайралар кўпаймаган ҳолда ($0.07-0.1 \cdot 10^6$ /л) лимфоцитар характерга эга бўлади ва оксил микдори хаддан ташқари кўпайиб кетади (4-5 г/л), қанд ва хлоридлар микдори жуда ҳам камайиб кетади.

Туберкулёз менингитининг спинал формасида орқа миёна суюқлигининг ранги ксантохромия – сариқ ёки сарғимтир ранглилиги кузатилади. Бу орқа миёнанинг юмшоқ ва тўр пардаларининг ёпишиб кетиши ва суюқликнинг туриб қолиши натижаси ҳисобланади ва орқа миёна каналидаги босим унчалик юқори бўлмагани учун суюқлик оқиб чиқади. Умуртқа поғанасининг бел қисмида қилинган пункцияда олинган суюқлик сарғимтир бўлса ва унда оксил моддаси хаддан ташқари кўп бўлса, энса суяги остидан қилинган пункцияси ёрдамида олинган суюқлик рангсиз бўлади ва оксил моддалари кам бўлади. хужайралар микдори унчалик кўп бўлмайди ($0.06-0.08 \cdot 10^6$ /л). Суюқликдаги қанд ва хлоридлар микдори камайиб кетади. Касалликнинг бошланғич сурункали даврида лейкоцитлар микдори $10-20 \cdot 10^9$ /л гача кўпайиб кетади, лимфоцитлар камаяди, моноцитлар, таёқча ядроли нейтрофиллар ҳам кўпаяди, ЭЧТ ошади, туберкулинга бўлган реакция касалликнинг бошланғич даврида пасайган бўлиб, кейинчалик манфий (анергия) бўлиб қолади. Туберкулёз менингитини аниқлашда кўз остини текшириш маълум аҳамиятга эга, бунда кўз ости қон томирлари қобиғида туберкулёз бўртмалари аниқланади, кўрув нерви дискида қон талашнинг мавжудлиги, миёна тўқималари орасида суюқлик борлигини тасдиқлайди, баъзан кўриш нервининг неврити кузатилади.

Менингококк, пневмококк ва стафилококк микроблари томонидан чақирилувчи миёна пардасининг йирингли яллиғланиши (йирингли менингит) инфекциянинг қон орқали ёки контакт йўл билан тарқалиши натижасида ривожланади (ички қулоқ яллиғланганида, мастоидитда, калла суяги жароҳатланганида, ўпка абсцессида). Морфологик ўзгариш асосан миёнанинг юмшоқ ва тўрсимон пардаларида юз беради, баъзан эса миёна тўқимасида ҳам бўлади.

патологоанатомик жараён кўпинча мия асоси қисмида, мия ярим шарлари юзасида ва орқа мия пардаларида жойлашади. Миянинг юмшоқ пардаси хирралашади, қон томирлари кенгайди ва мия тўқималари орасига суюқлик йиғилиб шиш ривожланиди. Мия асосидаги бўшлиқларга, мия бўлаклари оралиғига йиринг тўпланади.

Туберкулёз менингитини йирингли менингитдан фарқлашда қуйдагиларга ахамият бериш зарур:

1. йирингли менингит бирда, жуда ўткир бошланади;
2. яллиғланиш жараёни асосан мия яримшарлари юмшоқ парадсини жарохатлайди;
3. одатда миядан чикувчи нервлар жарохатланмайди;
4. менингококк менингитида кўпчилик беморлар лабига, оғиз бўшлиғининг шиллик қаватларига учук тошиб кетади;
5. мия суюқлиги йирингли характерга эга бўлиб, нейтрофил хужайралар кўп ($4-8 \cdot 10^6/\text{л}$) бўлади, оксил кўпаяди, қанд миқдори мўёрида ёки бироз камаяди. Менингококк ва пневмококк микроблари аниқланади;
6. қон тахлилида лейкоцитлар сони хаддан ташқари кўпаяди, ЭЧТ жуда юқори бўлади.

Агар касаллик ўз вақтида аниқланиб даволанса бемор тезда 8-12 кун ичида тузалиб кетади.

Ташхисни аниқлашда асосан орқа мия суюқлиги анализига таянилади. Беморда тана хароратининг кўтарилиши ва сабабсиз қайт қилиш, иштаханнинг йўқолиши, тоқатсизланиш, ахволининг тезда оғирлашиши, тиришиш, бош оғриғи бўлганида йирингли менингитни тахмин қилиш зарур ва лумбал пункция ўтказиш зарур.

Туберкулёз менингитига дучор бўлаган беморларни даволаш туберкулёз шифохонасининг махсус бўлимида ёки хоналарида ўтказилади, хона тинч ва ярим коронгулаштирилган бўлиши мақсадга мувофиқдир. Беморга изониазид, рифампицин, стрептомицин берилади. Витаманлар бериш зарур. Туберкулёз менингити оғир кечаётганида антибактериал дорилар билан бир қаторда кортикостероид гормонлар берилади. Бемор жуда оғир бўлган холларда стрептомициннинг кальций хлор комплекси 10-15 марта эндолумбал усулда юборилади. Бунда бола бир ёшгача бўлса, 0.02 г. – 20 000 Бирлик, 1-3 ёшдаги болага 0.03г – 30 000 Бирлик, 4-7 ёшдаги бирлик 0.05г, 8-12 ёшдаги болага 0.075 г, ўсмирлар ва катталарга 0.075 г.дан 0.1 г.гача – 100 000 Бирлик стрептомицин юборилади. Бош мия шишини ва гидроцефалияни олдини олиш учун беморга сийдик хайдовчи дорилар юборилади. Даволашин бошланғич даврида лумбал пункция ҳафтасига 2 марта (3 ҳафтагача) сўнг, 1 марта, кейин эса 1 ойда бир марта қилиниб, 15-20 мл орқа мия суюқлиги олиниб ташланади (текширилиб турилади). Бемор шифохона шароитида камида 6 ой даволанади, зарур бўлса 1 йилгача ётади, сўнг махсус санаторийга 4 ойга юборилиб химиотерапия давом эттирилади. Диспансерда 2-3 йил давомида кузатиб турилади.

Хулоса: Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити ҳозирги кунда касалликга эрта ва аниқ ташхис қўйиш учун классификацияда фойдаланилади. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити касалликнинг жойлашган ўрни, микроб ажратиш ва ажратмаслиги, унинг асоратлари билан бирга даволагандан кейинги ўзгаришларни аниқ кўрсатиб беради. Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити асо сан катта ёшдагиларда учраши, унинг клиник белгилари яширин кечиши, ўзидан асоратлар берили билан болаларда учрайди. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологи текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

Маъруза №9 Ўпкадан ташқари аъзолар сили.

<i>Маъруза машғулоти технологик модели</i>	
Машғулоти соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулоти шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулоти режаси:	1. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези
	2. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, унинг клиник кўринишлари
	3. Ўпкадан ташқари аъзолар сили клиник кечиши.

	4. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, ташхис, тек шириш усуллари
	5. Ўпкадан ташқари аъзолар сили, даволаш тамойиллари
	6.Хулоса
Машғулоти мақсади	Таълимий:талабаларгаўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези унинг турлари, беморларини текшириш усуллари, текшириш турлари, натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Ўпкадан ташқари аъзолар сили текшириш усуллари аҳамияти. Ташхислашда қулайлиги, унинг диагностикасидаги аҳамияти, эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий:Талабаларга ўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези унинг турлари, текшириш усуллари, ташхис қўйиш, касалликнинг оғир асоратли турларини эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулоти услуги	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотининг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнига тайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Ўпкадан ташқари аъзолар сили, этиопетогенези унинг турлари ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустақил таълим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

Оғиз бўшлиғи туберкулёзи.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг туберкулёз инфекциясига мойиллиги анча кам, шунинг учун оғиз бўшлиғининг сили анча кам учрайди. Одатда, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг сили ўпка силига дучор бўлган касалларнинг тахминан 0,6 % да учрайди ва кўпинча ютқин, ҳалқум сили билан бирга кечади.

Этиология ва патогенез. Туберкулёз микобактерияларининг бирламчи учокдан гематоген тарқалиши натижасида келиб чиқадиган яллигланиш оғиз бўшлиғидан бошланади. Кох бактериялари чуккан жойда туберкулёз буртикчаси ривожланади. Оғиз бўшлиғидаги туберкулёз бирламчи туберкулёз кўринишида деярли учрамайди. С.С.Вайль, Г. А. Васильев, С.И. Либинларнинг тақидлашича, баъзан инфекциянинг манбаи чириб (гангреноз) кетган тишлар канали ҳисобланади. Аммо оғиз шиллиқ қаватларига

туберкулёз инфекцияси асосан қон томирлари орқали гематоген йўл билан тушади. Бурун шиллиқ қавати силида эса инфекция лимфоген йўл билан юмшоқ танглайга ўтиши мумкин. Бунда туберкулёз жараёни ривожлана берса, туберкулёз муртак безларига, тил асосига, ютқинга ўтиб кўпайиб кетиши мумкин. Туберкулёз жараёни кўпинча лабда, оғиз бурчагида, милкларда қаттиқ ва юмшоқ танглайда, тилда, тилчада ва муртак безларида жойлашади.

Клиникаси: Оғиз сили кўпинча туберкулёз волчаткаси кўринишида учрайди. Туберкулёз волчаткаси асосан юз терисини жароҳатлайди ва кўпинча лабнинг қизил ҳошиясига, сўнг эса оғизнинг шиллиқ қаватига тарқалади. Фақат шиллиқ қаватининг жароҳатланиши кам учрайди. Туберкулёз волчанкаси оғиз шиллиқ қаватидан бошланиб кейин юз терисига ўтиши мумкин.

Юқори жағ олдинги тишлар милкида, қаттиқ танглайда, юқориги лабда туберкулёз волчаткаси кўпроқ, оғиз бўшлиғининг бошқа қисмларида камроқ учрайди.

Яраларнинг қирғоқларида юмшоқ шиш бўлиб, у оғримайди. Атрофдаги бўрмачалар гуруҳ – гуруҳ холида, бир–бирига яқин жойлашади. Умуман жароҳат юзаки яра кўринишида бўлиб, юзаси тиниқ қизил ёки сарғимтир қизил, сариқ пардасимон модда билан қопланган, маймунжон меваси сингари папилломатоз ўсимталардан иборат. Унга тегилса, тез қонайди. Тишлар орасидаги суяк тўқимаси ҳам емирили сўрилиб кетади, натижада яра атрофидаги тишлар кимирлаб қолади, баъзан эса тушиб кетади. Туберкулёз жараёни лабга ўтганида лаб шишади, ҳажми катталашади, қон аралаш йирингли қотирма билан қопланади. Қотирма кўчириб ташланса, остида чуқур яра борлиги аниқланади. Шунингдек лабда оғриқли ёрилишлар пайдо бўлади. Жағ ости лимфа тугунлари катталашади, бир - бири билан бирлашади, пайпаслаб кўрилганда бемор оғриқ сезади. Яра юзасидан олинган паталогик материал текширилганда туберкулёз таёқчалари камдан - кам аниқланади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати волчаткасини захмининг III даврида учровчи бўртмалардан фарқлаш зарур. Захм яраси ва бўртмалари зичлиги (қаттиқлиги) билан фарқланади, яраининг қирғоқлари текис бўлади. Волчатка ярасининг қирғоқлари юмшоқ, нотекис бўлади. Захм бўртмалари яра чандиғи юзасига қайта тошмайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ярали сили туберкулёз инфекциясининг очик ўчоқлардан (кўпинча, ўпка силидан) тарқалиши натижасида ривожланади.

Даволаш. Консерватив даволаш организмга умумий таъсир этувчи ва касаллик кўзғатувчига маҳаллий таъсир этувчи чора-тадбирларни жамлаштиради. Умумий таъсир қилиши санатор-климактик ва антибактериал даволаш билан, маҳаллий- ортопедик чора-тадбирлар билан амалга оширилади.

санатор-климактик даволаш учта омилни ишлатишга қаратилган. Булар: қатъий режим рационал овқатланиш, аэрогелиотерапия.

Ўпкадан ташқари аъзолар сили.

Суяклар ва бўғим сили. Умумий туберкулёзи касалликлари ичида 8-12% ни ташкил этади.

Этиология ва патогенез. Туберкулёз микобактерияларининг бирламчи учокдан гематоген тарқалиши натижасида келиб чиқадиган яллигланиш суяк кумигидан бошланади. Кох бактериялари чуққан жойда туберкулёз буртикчаси ривожланади. Бирламчи остит еки туберкулёз остеомиелити ривожланади.

Туберкулёз буртикчалари казеоз некрозга учрайди, улар атрофида янги учоклар пайдо бўлади. Некротик массадаги суяк туқимаси атроф суяк туқимасидан ажралиб қолган – туберкулёз секвестри ривожланади. Яллигланиш жараёни янги учоклар хотуберкулёз қилиб бўғимга тарқалади. Бўғим халтаси туқималари, бўғим тоғайлари, атроф суяк туқимаси казеоз парчаланишга учрайди.

Узун найсимон суякларнинг туберкулёз билан асосий зарарланиши жойи эпифиз қисми ҳисобланади. Айрим ҳолларда туберкулёзли синовит яхши кечиб, эпифиз зарарланмайди. Суяк ва бўғимлар туберкулёзи кечиши фазалари: I фаза- преартритик:

эпифизда деструкция учоги шаклланиши; II фаза - артритик: яллиғланишнинг суякда бўғимнинг бошқа туқималарига утиши ва иккиламчи артрит ривожланиши. III фаза- постартритик: утказилган остеомиелит оқибатлари фазаси.

Суяк бўғим туберкулёзининг куп учровчи шакллари: умуртка туберкулёзи (туберкулёзли спондилоартрит), чанок сон бўғими туберкулёзи (туберкулёзли коксит), тизза бўғими туберкулёзи (туберкулёзли гонит);

Клиник кечиши ва ташхислаш.

Касаллик бошланишида беморлар тез чарчаш ва иштаха пасайишига шикоят қиладилар. Тана вазни камайиши, доимий субфибрил харорат кўзатилади. Туберкулин синамасы бўлганда бу белгилар умумий туберкулёзли интоксикация синдроми билан бирга кўзатилади.

Оекларнинг туберкулёзи билан зарарланишда дастлаб оек функцияси бузилади, кейинчалик энгашиганда ва юрганда огрик кушилади. Беморни курганда Оеклардан бирининг мушаклари атрофияси куринади.

Эрта рентгенологик белгиларга метаэпифиз қисмидаги ўзгартшлар: остеопороз, еригланиш фонида юмшок соя кўринишидаги секвестрлар – «эриетган канд симптоми» мисол булади. Жараенга бўғим кушилганда бўғим ериги аввал кенгади, кейин тораяди. Бўғим тоғайлари тишсимон кўринишда булади.

Суяк бўғим туберкулёзида периферик қонда лимфоцитоз кўзатилади, туберкулин синамалари мусмат, йиринг экмасида Кох таекчаси топилади.

Умуртка туберкулёзи. Купрок 10-15 ешдаги болалар огришади. Касаллик билан кўкрак еки белдаги 2-4 та умуртка зарарланади.

Преспондилолитик фазада (жараен умуртка танасида жойлашади) туберкулёз интоксикациясининг барча белгилари мавжуд булади. Махаллий симптомлар йук. Рентгенограммада умуртка танасида деструкция ва остеопароз учоги куринади.

Спондилитик фаза (умуртка танасининг емирилиши ва жараенни умуртқалараро диск ва атроф туқималарга утиши). Умумий симптомлардан ташкари энгашиганда огрик ва умурткадаги огрик туфайли ҳаракат чегараланиши кўзатилади. Куриқда умуртка устун чизиги кийинлашиши, уткир усик буртиши, букрилиқ куринади. Бу фазага яна «симптом вожжей» ҳам характерлидир.

Зарарланган умуртқанинг уткир усигига босиб курилганда бемор огрик сезади. Умуртка туберкулёзининг спондилолитик босқичида (натечные абсцесс)лар ва оқмалар кўзатилади. Умуртка таналарининг сурилиши орқа миянинг ботуберкулёзиб қолиниши ва оеклар парализи, тос органлари функциялари бузилишига олиб келиши мумкин.

Рентгенограммада умуртқалар танаси деструкцияси аниқланади. Бу умуртқа поғонасини патологик компрессион синиш белгиси, катталашиб боровчи абсцессларга соялар.

Постспондилолитик фаза яллиғланиш камайиши билан характерланади. Лекин абсцесс, оқмалар ва иннервация бузилиши сақланиб қолади. Қиёсий ташхисни умуртқа поғонасининг яллиғланишли ва яллиғланишсиз касалликлари билан ўтказилади.

Умуртқа поғонасининг сифилитик шикастланишига тўнги оғриқлар, сифилизга оид бошқа белгиларнинг бўлиши, ҳамда рентгенда остеосклероз ва шикастланган умуртқаларда хаотик периостал қаватланиш кўринади.

Метастатик ўсмалар –бу бирламчи шикастланган орган ўсма хужайраларидан ўтадиган иккиламчи хавфли хотуберкулёза. Метастатик ўсма клиник белгилари асосан икки хил бўлади: доимий оғриқлар ҳамда оёқ-қўл ва тос органларининг тўлиқ фалажланишигача боровчи неврологик бузилишлар.

Бу ҳолатда рентген тасвирда , туберкулёз касаллигида фақат умуртқа танасига тарқаладиган бўлса, бунда умуртқанинг барча соҳаларига тарқрловчи суяк деструкцияси аниқланади. Ўсма жараёни перифокал шишли абсцессдан фаркли равишда паравертебрал зич, эгри-бугри соялар бўлиши билан кечади.

Даволаш. Консерватив даволаш организмга умумий таъсир этувчи ва касаллик кўзғатувчига махаллий таъсир этувчи чора-тадбирларни жамлаштиради. Умумий таъсир

қилиши санатор-климактик ва антибактериал даволаш билан, маҳаллий- ортопедик чоратadbирлар билан амалга оширилади.

санатор-климактик даволаш учта омилни ишлатишга қаратилган. Булар: қатъий режим рационал овқатланиш, аэрогелиотерапия.

Хирургик даво. Кўрсатмалар:

- Абсцесслар, оқмалар, орқа мия шикастланишлари билан асоратланган ўчоқли жараён;

- Анатомик бутунлик бузилиши ҳамда умуртқалар танаси шикастланиши билан кечадиган умуртқа поғонасининг прогрессияланувчи деформацияси;

Операция турлари: радикал –тикловчи (касаллик эрта шаклларида- абсцессотомия, некроэктомия, умуртқа танаси резекцияси), реконструктив (ўтказиб юборилган шаклларида), коррекцияловчи (умуртқа поғонасининг деформациясини пасайтириш учун суяк-пластик жаррохлиги-редрессация, шикастланган умуртқаларни олиб ташлаш), даволовчи-ёрдамчи (организмни касаллик билан курашиш учун яхши шароитларни яратиш - умуртқа поғонасининг орқа қисмини суяк пластик фиксацияси, фустулотомия).

Туберкулёз коксити. Туберкулёзли оститни преартритик фазасида маҳаллий бўғим дискомфорт билан кечади, кейинчалик шикастланган сохада, енгил, доимий бўлмаган ва интенсивлиги бўйича ўсиб боровчи оғриқ билан кечади. Кам холларда оғриқ синдроми сон ва тизза бўғимларига иррадиация беради.

Кейинчалик юришни ўзгариши, жисмоний зўриқишдан сўнг оёқда оғирлик хисси бўлиши, бирон бир бўғимда ҳаракатнинг чекланиши кўшилади. Касални клиник текширганда ўчоқ пальпациясида оғриқ бўлиши, кортикал қаватда атрофида органик параартикуляр яллиғланиш ва юмшоқ тўқималарнинг параоссал инфильтрацияси кўзатилади, беморнинг умумий ахволи ўзгармаган бўлади.

Рентгенологик: бўғимнинг суяк метаэпифиз қисмида соғлом суяқдан ингичка склеротик қават билан чегараланган думалоқ ёки овалсимон бўшлиқ кўринади. Бу деструкция бўшлиғида секвестрлар ёки зичлашган казеоз масса жойлашган бўлиши мумкин.

Клиник белгилари: бўғимда оғриқ кучайиши-ҳаракат қилганда, умумий интоксикация белгилари бўлиши. Шикастланган бўғим соҳасида ҳар даражадаги яллиғланишли ўзгаришлар бўлиши, булар: маҳаллий ҳарорат ошиши, параартикуляр инфильтрация, фаол ҳаракатлар чекланиши, қонтрактуралар, абсцесс ва оқмалар.

Бу ўзгаришлар секин прогрессияланиб авж олиш босқичида яққол кўринади. Кам холларда сон думба мушакларида гипотрофия, гипотония кўринишидаги трофик ўзгаришлар кўзатилиши мумкин.

Артритик фазанинг рентген ўзгаришлари бўғим ёриғининг дастлаб торайиши, кейинчалик йўқолиб кетиши ва бўғим юзасининг иккиламчи деструкциясининг прогрессияланиши, остеопороз, бўғим ҳалталарининг контури катталашиши билан характерланади.

Сўниш босқичида патологик жараён фаоллигининг пасайиши, оғриқларнинг камайиши ҳамда бўғим анатомо-функционал етишмовчилиги сақланган ҳолда маҳаллий яллиғланиш белгиларининг сўниши характерлидир.

Рентгенологик текширувда суяк деструкцияси тўхташи ҳамда остеопороз камайиши, яъни репаратив жараёнлар ривожланиши аниқланади. Улардан ташқари бўғим суякларида қолдиқли. ўчоқли ўзгаришлар бўшлиқ кўринишида бўлиб, таркиби казеоз масса ёки секвестрлардан ташкил топган бўлади.

Кокситнинг постартритик фазаси бўғимда яллиғланишжараёнларининг сўниши билан характерлади. Бу беморларида турли даражадаги оғриқ синдроми бўлиш, ҳаракат ҳажмининг чекланиши, бўғим қонтрактураси ва оёқларнинг функционал кичиклашиши аниқланади. Постартритик фазанинг рентгенологик текшируви турли туман. Бўнга қисман суяк деструкцияси, туберкулёзжиши, деформацияли ўзгаришлар характерлидир.

Силли гонит. Периартритик босқичда патологик жараён сон эпифизида жойлашади. Асосий клиник белгилари туберкулёз интоксикацияси фонида: юрганда оёқ тортилиши, оқсоқлик кўзатилади. Шуни назарда тутиш керакки оғриқ бўлмайди.

Артритик фазасида бўғимда оғриқ пайдо бўлади. Ўша соха териси ялтироқ бўғим контури туберкулёзликлашиши билан ифодаланади. Текширувда тизза бўғимини баллотирланиш симптоми аниқланади.

Оёқлар мажбурий ҳолатда тизза бўғимидан буқилган. Оқмалар пайдо бўлиб майда секвестрлар оқиши кўзатилади. Касал оёқни соғлом оёқ билан солиштирганда соннинг бўғим соҳаси катталашган, сонни ўзини айланаси эса камайган бўлади. Шикастланган сон тери кавати соғлом сонниқига қараганда қалин бўлади (Александров симптоми).

Рентгенологик текширувда сон ва катта болдир суяги эпифизининг остеопарози ёки уларнинг тўлиқ бузилиши, бўғим ёриғининг торайиши аниқланади.

Даволаш принциплари

Консерватив даво :

- махсус антибактериал терапия; патогенетик даво (ЯҚНДВ, антигистаминлар, антиоксидантлар, витаминлар); хирургик даво; ортопедик даво; физиотерапевтик даво; сан-курорт даво.

Оқибати.Суяклар ва бўғимлар туберкулёзи бемор ҳаётини сақлаб қолиш нуқтаи – назаридан хавфсиз ҳисобланади. Аммо суяк -бўғим туберкулёзи беморни ногиронликка олиб келиши мумкин. Агар вақтида текширув ўтказилиб, тўлиқ ихтисослашган комплекс даволаш ўтказилса беморнинг меҳнат қobiliяти сақланиб қолиши мумкин.

Буйрак сили. Ўпкадан ташқари туберкулёз шакллари ичида буйрак, сийдик йуллари, эркаклар танотуберкулёз аъзолари туберкулёзи, скелет суяклари зарарланишидан кейинги 2-уринда туради. Буйраклар, сийдик йуллари, жинсий аъзолар туберкулёзини умумий туберкулёздан кейин келиб чикувчи мустакил булмаган жараён сифатида қаралади.

Буйраклар, сийдик йуллари, жинсий аъзолар туберкулёзи утки рва сурункали булиши мумкин. Уткир шакл миляр туберкулёз кўринишида булиб, мустакил клиник кўринишга эга. Ташхис гематоген дессиминирланган туберкулёздан улган беморлар аутопсиясида аниқланиши мумкин.

Патогенез.

Сийдик аъзолари туберкулёзи туберкулёз кўзгатувчисининг бирламчи еки иккиламчи гематоген тарқалиши натижасидакелиб чиқади. Кириш дарвозаси ва бирламчи учок куп холларда ўпкада жойлашади. Қон оқими билан кўзгатувчилар буйрак пустлрқ қисмига тушади ва пустлокда майда туберкулёз учокларини хотуберкулёз қилади. Организмнинг қаршилиги нормал бўлганда, кўпинча бу учоклар битиб кетади.

Патологик анатомияси. Дастлабки туберкулёз учоклари буйрак пустлогидида жойлашади. Улар сарик – ок ранг, турли улчамларда, эпителиоид, лимфоид ва гигант хужайралар сақлаган специфик грануляция билан уралган казеоз некроз учокларидан иборат. Кейинчалик учоклар бирлашиб, буйрак паренхимасининг янги жойларини камраб оладилар.

Жараён пустлокдан мия каватига утади, туберкулёзлинекротик папилит келиб чиқади. Паренхима чегараларидан чиқиб, жараён жомчани, кейинчалисийдик йуллари, ва сийдик пуфагини зарарлайди.

Буйрак емон кечишида паренхиманинг парчаланиши давом этади: қаверналар катталашиб бир бири билан қушилиб кетадилар. Буйраклар зарарланиши терминал босқич булиб, буйракларнинг поликаверноз туберкулёзи, туберкулёзли полинефроз ҳисобланади. Бу ўртача 3 йилда ривожланади.

Сийдик йулларидаги морфологик ўзгартшлар ҳам шундай босқичларни утади – инфильтрация, деструкция, склерозланиш. Шиллик кават юзасида оқиш гиперемияли буртмалар пайдо бўлади. Кейинчалик улар қушилиб, шиллик кават некрозланади ва яралар хотуберкулёз бўлади. Жараён яхши кечганда туқиманинг чандикланиши қуузатилади, лекин бу холл сийдик найининг торайиши, сийдик пуфаги буришиши ҳамда уретрагидронефрозга олиб келиши мумкин.

Буйрак туберкулёзининг ўзига хоспатоморфологик элимети булиб, яллигланиш учокларининг оҳакланиши ҳисобланади. Казеоз парчаланиш учоклари оҳакланиб, буйракда икки еки куплаб петрификатлар хотуберкулёз бўлади. Баъзи ҳолатларда бутун буйрак оҳакланиши мумкин. Учокнинг оҳакланиши унинг санациясини билдирмайди, чунки петрификат марказида яшовчанлигини сақлаб қолган микобактерияларни учратиш мумкин.

Тасниф

Буйрак туберкулёзининг бир неча таснифлари таклиф этилган. Улардан энг кулайи жараенни босқичларга булиб урганилган таснифдир:

I-босқич – буйраклар ногеструктив (инфилтратив) туберкулёзи.

II- босқич – илк деструкция – папиллит еки катта булмаган(1см) якка каверналар

III- босқич – чегараланган деструкция – буйракнинг бир сегментида ката улчамли каверна еки поликаверноз туберкулёз.

IV- босқич тотал еки сутотал деструкция (икки сегментнинг поликаверноз туберкулёзи, туберкулёзли полинефроз, буйракнинг охакланиши).

Клиник кечиши ва симптомлари. Буйрак ва сийдик йуллари туберкулёзининг ўзига хос алохида симптомлари йук. касалликнинг клиник кўриниши жараеннинг босқичи ва хажмига боглик. Эрта босқичларида касаллик симптомларсиз кечиши мумкин. Буйракларда деструктив ўзгартшлар ривожланганда ва коса-жом тизими ретенцион ўзгартшларида, бел сохасида симилловчи огриклар, интокикация белгилари: холсизлик, тез чарчаш, озиш, субфибрил харорат кўзатилади.

Диагноз. Клиник текширув бемор шикоятлари ва анамнез йигишдан бошланади. Утказилган ўпка туберкулёзи, лимфа тугунлари ва суяк туберкулёзи хамда экссудатив плеврит ва бошқалар, буйрак туберкулёзи ташхисини кувватлайди. Туберкулёз билан касалланганлар билан узок алока бор йуклиги ката ахамиятга эга.

Агар бу хол мавжуд булса, унда биринчи бемор кандай даволанганини билиш керак, чунки бу бемордаги микобактериялар биринчи бемор олган антибиотикларга чидамли булиб колган булиши мумкин.

Буйрак туберкулёзини, айникса эрта босқичларида, физикал текширувлар кам ахборот беради. Бел сохасини тукиллатиб куриш ва ковурга ости чукур пальпациясида огрик сезилмайди. Буйракни пайпаслаш баъзи холлардагина (пиелонефрит, гидронефроз) керакли ахборотни бериши мумкин. Буйрак туберкулёзида ташки жинсий органлар, простата беи ва уруг пуфакларини пайпаслаш ката ахамиятга эга.

Агар уларда сезиларли ўзгартшлар булса бу буйрак туберкулёзи хакида тахмин қилишга асос булади. Чунки буйрак туберкулёзи жинсий аъзолар туберкулёзи билан огриган одамларнинг 50% да учрайди.

Лаборатор текширувлар ташхислашда ката ахамиятга эга. Сийдик тахлили киматли маълумотларни бериши мумкин: гематурия, пиурия, протеинурия ва туберкулёз микобактерияларини аникланиши. Лейкоцитурия туберкулёз белгиси булибгина колмай, йулдош пиелонефрит белгиси булиши хам мумкин. Купрок ахборотни лейкоцитурия босқичини микдорий бахолловчи услублар (Аддис-Каковский, Амбрюже, де Альмейд-Нечипоренко) беради.

Буйрак туберкулёзига кислотали сийдик мухити хос. Буйрак туберкулёзида протеинурия «елгон» белги хисоланибланади, чунки бу ерда протеинурия коптокчаларнинг зарарланиши натижасида эмас балки сийдик таркибида куп микдорда яллигланиш махсулотлари ва ферментатив элеменларнинг булиши билан тушинтирилади. Буйрак туберкулёзининг аник белгиси булиб, сийдикда туберкулёз микобактерияларининг топилиши хисобланади.

Лекин, барча текширувлар натижасида хам туберкулёз микобактериясини 70-80% беморлардагина аникланади. Чунки микобактерия интермиттерловчи хусусиятга эга. Шунинг учун бактериоскопия текширув мобайнида хар куни, сийдик экмасини камида 3 кун кетма-кет бажариш шарт.

Сийдик-таносил системаси туберкулёзи таснифи.

Буйрак туберкулёзи таснифи:

1. Клиник – ретгенологик шакллари: Буйрак паренхимаси туберкулёзи .

Буйрак сургичи туберкулёзи (папиллит).

Каверноз туберкулёз.

Туберкулёздан кейинги пиелонефрит.

2. Эпидемиологик характеристика БК+, БК-

3. Буйракнинг функционал ҳолати: функция бузилмаган, камайган, йук.

4. Туберкулёз жараени кечиши характери:

Озик жараени

Буйракнинг ишдан чиқиши

Тотал, сегментар, бита косача чандикланиши.

Охакланиши

Буришиши

5. Асоратлар (тошлар, усма, пиелонефрит, амилоидоз...)

6. Локализацияси (бита еки иккита буйрак, ягона буйрак: юқори, ўрта, пастки сегмент; бита косача, буйракнинг тотал жароҳати).

Сийдик йуллари туберкулёзи: ярали, чандикли пиелонефрит. сийдик пуфаги туберкулёзи: ярали, чандикли, рефлюксли ва рефлюксиз микропуфак.

Уретра туберкулёзи: ярали, чандикли.

Простата туберкулёзи: казеоз, учокли, каверноз

Мояк ва мояк ортиги туберкулёзи.

Сийдик таносил аъзолари туберкулёзи билан касалланган беморларни даволаш.

Медикоментоз даво. Сийдик таносил аъзолари туберкулёзини даволаш принциплари, бошқа аъзолар туберкулёзини даволаш услубидан унчалик ката фаркланмайди. Хамма қайта аниқланган беморлар туберкулёзга Карши дори воситаларини комбинацияланган ҳолатда суткалик максимал дозаларда қабул қилиши керак бўлади.

Бирламчи даво курсининг давомийлиги индивидуал танланади, у туберкулёз шакли ва йулдош касалликлар, буйрак ва жигар функционал ҳолати, дори воситаларини индивидуал кутара олиши ҳамда микобактерияларнинг индивидуал сезувчанлигига боғлиқ бўлади. Буйрак туберкулёзининг барча шакллари 3-6 ой давомида интенсив даволанишлари шарт. Истисно тарикасида пиелонефроз еки сийдик йули уткир ретенцияси олинади.

Бу ҳолат тезкор жарроҳлик амалиёти ўтказишга курсатма ҳисобланади. Буйрак туберкулёзи билан касалланган беморлар медикоментоз даволаниш давомида уролог назоратида булишилари (эксретор урография) зарур, мақсад уз вақтида асоратларни (стриктура, облитерация) олдини олиш. Агар буйрак туберкулёзи сийдик найи зарарланиши билан кечса, туберкулёзга қарши давога кортикостероидлар (қучли чандикларга қарши) ҳам қушилади. Шу билан бирга сийдик найини цитоскоп ердамида бўжлаш амалга оширилади.

Агар 3-6 ойдан кейинги урологик текшириш натижалари беморга факат медикоментоз даво куллаш кераклигини билдиради, бир йил давомида узлуксиз даволаниши. Дори воситаларини индивидуал кутара олмасликда коктейл сифатида томир ичига юбориш орқали даволашни давом эттириш мумкин.

Касалликнинг кечими макроорганизмнинг иммун ҳолати, уз вақтида бошланган ва узок вақт даволашга боғлиқ. Буйрак кортикал қисмида жойлашган туберкулёз учоклари, бу қисмнинг яхши қон билан таъминлангани учун чандикланиши ва ҳатто бутунлай битиб кетиши ҳам мумкин.

Буйрак паренхимаси деструкцияси ҳеч қачон регенерация билан тугамайди. Яхши кечимда каверна урнида ретенцион кисталар еки туз чуқмалари билан импрегнациялашган туберкулема учоклари қолади.

Туберкулёзнинг деструктив шаклларида буйраклар суммар функцияси кам даражада зарарланади. Буйрак етишмовчилиги белгилар факатгина иккала буйрак массив зарарланганда, еки ягона – нефроэктомиядан кейинги буйрак туберкулёзда, яна пуфак-сийдик найи рефлюксли сийдик пуфаги туберкулёзида юзага келади.

Ярали сийдик пуфаги туберкулёзида туберкулёзга қарши дори воситалари билан бирга стерил балик мойи, туберкулёзга қарши дори воситалар эритмаларини сийдик пуфаги ичига юбориш яхши натижа беради. Яққол огрик бўлганда сийдик пуфаги соҳасига дикаин, стрептомицин билан гальванизация яхши эффект беради.

Санатор ва иклимий даво даволашда муҳим омил ҳисобланади. Санатор даволашга қарши курсатмалар: сурункали еки ўткир бўйрак етишмовчилиги, сийдик оқмалари, сийдик тута олмаслик, сийдик танотуберкулёз системаси туберкулёзининг амило-липид дистрофия билан кечиши, ўпка еки суяк системаси актив туберкулёзи.

Даволашнинг жаррохлик усуллари. Замонавий туберкулёзга қарши дори воситалар қўйилиши аъзони сақлаб қолувчи операцияларни ўтказишга йўл очиб берди. Ҳозирда нефроэктомиёга курсатмалар: бўйрак функциясининг бутунлай йўқолиши билан кечувчи пионефроз, функцияси сусайган поликаверноз бўйрак туберкулёзи, бутунлай бўйракнинг жароҳати, неспецифик пиелонефрит билан асоратланган поликаверноз бўйрак туберкулёзи.

Чарви лимфа тугунларининг сили.

Чарвининг туберкулёз билан зарарланиши (мезаденит) – қорин бўшлиғида учровчи (абдаминал) туберкулёзнинг асосийси бўлиб ҳисобланади.

Патогенез ва патологик анатомияси. – туберкулёз мезаденити болалар ва ўсмирларда бирламчи туберкулёз каби ривожланиши мумкин ва иккиламчи туберкулёз каби катталарда ҳам ривожланиши мумкин. Чарви лимфа тугунларининг асосий зарарланиши йўли бу - лимфоген йўлдир.

Туберкулёз жараёни қўпинча чарви лимфа тугунларининг зарарланиши билан чегараланиб қолмай, балки қорин бўшлиғидаги бошқа лимфа тугунларига, қорин пардага, ичакларга, кичик чанок бўшлиғидаги аъзоларга ҳам тарқалади.

Морфологик позициясига кўра инфильтратив, фиброз ва фиброз-козеоз мезаденит турларга ажратилади. Инфильтратив мезаденитда лимфоид элементларнинг гиперплазияси билан кам сонли туберкулёз ўчоқлари аниқланади, фиброз турида эса фиброз тўқима орасида дўмбоқчали тошмалар, фиброз-козеоз турида фиброз капсулалар козеоз-некротик массалар ва атроф тўқима фиброзланиши аниқланади.

Клиник кечиши. туберкулёз мезаденитининг клиник намоён бўлиши рангбаранглиги билан ажралиб туради. Қасалликнинг клиник кечиши ўткир ва сурункали бўлиши мумкин.

Ўткир кечишида қоринда ўткир оғриқ, қўпинча киндик ва ўнг ёнбош соҳасида учрайди. Оғриқ интенсив бўлиши мумкин ва «ўткир қорин» га шубҳа уйғотади.

Туберкулёз мезадентининг сурункали тури тўлқинсимон кечиб, қайталаниш ва рамиссия даври билан алмашилиб туради. Қорин соҳасидаги оғриқ одатда ингичка ичак тутқичи проекциясига мос ҳолда тарқалади. Иштаҳа пасайиши, эпизодик ҳолда қўнгил айнаши, қусиш, ич келишининг бузилиши кузатилади.

Кўриқда қорин димланиши, қорин парданинг таранглиги зарарланган лимфа тугунлари соҳаси пальпация қилинганда кучли оғриқ аниқланади. Чуқур пальпацияда эса киндик соҳасида кучли оғриқ аниқланади.

Қорин бўшлиғидаги лимфа тугунларининг катталашганлигини ҳам рентгенологик лимфографияда аниқланади, лекин ультратовуш сканерлаш ёки КТ ёрдамида яхшироқ аниқланади. Бунда зич ҳосилалар лимфа тугунлари, кальций тузларининг ўсиши ҳосил (ташҳис ноаниқ бўлган вақтда).

Чарви лимфа тугунларининг захарланиш ташҳисида ноаниқлиги мавжуд бўлса, лапароскопия усулини қўллашга кўрсатма бўлади. Кўриқ вақтида туберкулёз дўмбоқчалари ва тошмалари аниқланади, қорин ички ўсиши ва ташҳис верификацияси учун қорин парда ва лимфа тугунлар биопсияси ўтказилади.

Қорин парда сили – туберкулёзнинг кам учрайдиган тури бўлиб, асосан ёш аёлларда учрайди.

Патологик анатомияси ва патогенези - қорин парда туберкулёзи билан яллиғланиш гематоген – диссемиранган туберкулёз ёки қорин бўшлиғи азолари туберкулёзи асорати ҳисобига ҳосил бўлиши мумкин. Жуда кам ҳолатларда қорин парда туберкулёзи мустақил ривожланиши мумкин.

Қорин парда силининг қуйидаги шакллари фарқланади: экссудатив, пластик ва ярали.

Экссудатив шаклида қорин бўшлиғида сероз, сероз-йирингли ёки геморрагик суюқлик бўлади. Сероз суюқлик қолдиғида лимфоцитлар учрайди. Қорин парда кенгайган, гиперемияланган, кўпгина дунглик ёки казеоз пиллакчалар билан қопланган. Оғир ҳолатларда қорин пардада яраланиш кузатилади. Қорин бўшлиғидаги суюқликдан суртма тайерланиб, микроскоп остида кўрилганда туберкулез таёқчалари аниқланди.

Клиникаси. Клиникасида беморнинг қорин соҳасида қисман захарланиш ҳисобига оғриқ, диспептик бузилишлар, метеоризм, ичак перисталтикасини ошиши (ўткир ичак тутилиши) кузатилади. Қорин парда туберкулезининг экссудатив шаклида суюқлик ҳажми ортиши ҳисобига қорин катталашади.

Пластик шаклида қорин ўртача шишган, асимметрик, баъзан кўтарилган бўлади. Қорин пальпация ва перкуссия қилинганда қорин деворида оғриқ юзага келади. Бемор ҳолатининг ўзгариши билан қорин соҳасидаги суюқлик ҳам ўз жойини ўзгартиради, бу ундуляция симптоми.

Диагностика. Қорин парда туберкулезида қорин бўшлиғидаги суюқликда туберкулез таёқчалари камдан кам ҳолларда топилади. Агарда иммунфермент усули орқали суюқлик текширилса, кўп ҳолларда экссудат таркибидан туберкулез таёқчаси антителалари топилади.

Лапараскопик биопсия ўтказиш яхши натижа беради. Қорин парда туберкулези билан касалланган беморларда туберкулин синамаси мусбат бўлиши мумкин. Туберкулин тери остига юборилганда реакция ўчоқ кўринишида ёки қорин соҳасида оғриқни кучайиши билан юзага чиқади.

Ичак туберкулёзи. Ичак туберкулёзи одатда авж олиучи упка туберкулёзи, қорин ички минфатик тугунлари ёки бошқа органлар натижасида келиб чиқади. Базан ичак туберкулёзи тарқалган тарзда учрайди. Бунақа ҳолатларда ичак туберкулёзи диагнозини кўйиш бир қанча қийинчилик туғдиради.

Патагенез ва патологик анатомияси. Ичак туберкулёзи бирламчи туберкулёзнинг лимфоген тарқалиши орқали мезинтериал лимфатик тугунларининг зарарланиши билан тушинтирилади. Упканинг деактруктив туберкулёзи бор беморлар узидан чиққан балгамни ютиш орқали ичак туберкулёзини келтириб чиқаради.

Гемотаген ва минфа гемотаген ичак деворига МБТ тушиши иккиламчи туберкулёз учун унчалик аҳдмиятли эмас.

Ичак туберкулёзи ривожланишда ошқрзон ичак тизимини носпесифик касалликлари ҳамда туберкулёз инфекциясига умумий ва маҳаллий қаршилигини пасайиши билан асосланади. Купинча имиёсекал соҳада туберкулёз ёлгон усмаси йўғон ичакдаги думбоқлар инфильтратлар эрозиф яралар ҳосил бўлади.

Клиникаси. Касалликни эрта вақтида беморда шикоятлар булмайди. Туберкулёз интоксикациясидан кейин умумий симптомлари кузатилади. Қорин соҳасида тез-тез оғриқлар кейинчалик оғриқни ун ёнбош соҳага утиш билан характерланади. Кузиш даврида кунгил айланиши ва қайд қилиш кузатилади.

Беморда баъзан ич кетиши ёки ич котиши кузатилади. Кузиш даврида қорин бир оз дам булади, полпацияда қорни юмшоқ оғриқди, ёнбош ичак қовузлогини силастик қискариши кузатилади. Қуричак оғриқли ва қаттиқ булади. Ичакдаги туберкулёз яраси тешилиши натижасида уткир перотипик юзага келади. Яра битгандан кейин купинча чандиққолади. Гемограммада СОЭ ишган булади. Ахлатда шиллиқ ва лейкоцитлар аниқланади.

Ташхис. Ошқозон ичак трактини рентгенологик ва эндоскопик текшириш керак. Туберкулёз билан зарарланган ичак ва тулиш дефисти қовузлоқнинг этоник кенгайиши аниқланади. Ошқрзон ва 12 бармоқли ичак туберкулёзни аниқлашда гастродуоденоскопия (биопсия билан) қилинади.

Йугон ичак туберкулёзида колоноскопия (биопсия билан) қилинади. Биоптат туберкулёз билан зарарланганини гистологияда аниқланади.

Кўз туберкулёзи. Гематоген кўз туберкулёзининг энг кўп учрайдиган жойи бу- кўз олмаси қаватлари ҳисобланади. Поликлиника ва стационар офтальмологлари кўз туберкулёзига гумон қилинган беморларни вақтида аниқлашга жавобгардир.

Сурункали торпид ёки рецидивланувчи эндоген иридоциклит, периферик увеит, хориоретинит, ноаниқ этиологияли панувеит бундан ташқари булар билан биргаликда кўрув

нерви, шох парда, склера, ретина ҳамда унинг томирлари қўшилиб келадиган касалликлар кўз туберкулёзи ривожланишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади.

Бу беморлар “поликлиник” гуруҳни ташкил қилади ҳамда буларга кўз органини ва организм умумий текширувлари ўтказилади. Агар беморда кўз туберкулёзига оид белгилар аниқланса, туберкулёзга қарши диспансерга жўнатиш лозим ва у ерда туберкулёзга махсус текширувлар ўтказилади.

Туберкулёз увеитига энг характерли белгилари: Эрлих зонасида шох парданинг ёғли преципитатлари, орқа стромал синехиялар, шох парда сезгирлигини сақланиши чегараланган хориоретинал ўчоқларнинг секин ўсиб бориши, айниқса касалликнинг сурункали ёки тўлқинсимон кечишида.

Кўз сили диагностикаси. Туберкулёз жараёнини аниқ текшириш учун патологик кўз ўчоғини гистоморфологик ва микробиологик текширувларни қўллаш керак. Асосий, диагностик информатив мезонлари бўлиб ҳисобланади:

Кўз туберкулёзига офтальмологик картина характерлидир; туберкулинни (10 дан 50 ТЕ гача) қилганимизда яллиғланиш жараёнининг авж олиши, яъни ўчоқли реакциянинг бўлиши; тор таъсирли туберкулоустатиклар билан тесттерапия қилинганда терапевтик эффектнинг бўлиши.

Юқорида келтирилган мезонлардан учтаси ёки иккитаси аниқланса 96-98 % ҳолларда катталарда туберкулёз этиологияли кўз касаллиги борлигини ишончли аниқлаш мумкин. Болаларда ва ўсмирларда бу мезонлардан ташқари организм туберкулёз инфицирланиш белгилари ва кўз туберкулёзидан ташқари локал белгиларнинг бўлиши шарт.

Кўз силини даволаш.

Беморга кўз туберкулёзи ташҳиси тўғри қўйилгандан сўнг этиотроп узоқ муддатга, интенсив, комплекс патогенетик терапия назорат остида даволанади. Шунинг назарда тутиш керакки, охириги пайтда кўз туберкулёзи аниқланган беморларни асосий даволаш курси 9-12 ойгача тавсия қилинган.

Асосий даволаш курси (6 ой) 2 фазадан иборат. Дастлабки фазасида махсус туберкулёз стационарида ёки санаторийсида интенсив 3 ёки 4 та химиопрепаратлар билан даволанади. Кейинги 4 ойда даволашни 2 та химиопрепарат билан санаторияда ёки, агар касал рози бўлмаса яшаш жойида амбулатор даволанади. Тизимли даво билан биргаликда параллел ҳолатда маҳаллий этиотроп даво олиб борилади.

Асосий химиотерапия курси тугатилгандан сўнг кўрсатмага қараб мавсумли

курс тавсия этилади. Клиник кўринишининг оғирлигига кўра беморда даволашни 2 та категорияга ажратилади.

Даволашнинг дастлабки фазасида (2 ой) кўз туберкулёзининг оғир шакли билан касалланган беморга 4 химиовоситаси тавсия қилинади, қолган беморларга (ўрта оғир шаклида) 3 та химиовоситаси тавсия қилинади. Даволашнинг кейинги фазасида (4 ой) иккала категориядаги касалларда 2 та химиовоситасини ҳар куни ёки ҳафтасига 3 маҳал тавсия қилинади.

Зарурат бўлса даволаш тактикасига коррективлар қўшилади. Тизимли давога параллел равишда маҳаллий этиотроп даво қилинади. Химиотерапия фонида патогенетик терапия ўтказилади: яллиғланишга қарши, десенсибилизацияловчи воситалар, иммуномодуляторлар, сўрилиш ҳамда репарация жараёнини стимулловчи воситалар, кўрсатмага кўра лазер ва микрохирургик даво услублари қўлланилади.

Асосий антибактериал даволаш курси тугагандан сўнг беморларга мавсумли антибактериал даволаш курси (1-2 йил давомида) ўтказилади. Замонавий антибактериал терапия билан асосий курс тугагандан сўнг клиник самарага эришиш эҳтимоли кўп.

Кўз туберкулёзини клиник тузалганлигини ҳулоса қилиш учун комплекс мезонлар мавжуд. Булар: шикастланган ўчоқда экссудация ва инфильтрация белгиларининг йўқлиги, бошқа жойдаги туберкулёзнинг фаол рентген-клиник-лаборатор белгиларнинг йўқлиги, 2-50 ТЕ дозада туберкулин юборилганда ўчоқли ва қисман умумий реакциянинг йўқлиги.

Туберкулин синамасини қўйишга қарши кўрсатма бўлса флуоресцент ангиография, кўз ёш кристаллография қўллаш мумкин.

Хулосалар

1. Кўз туберкулёзи бор беморларни аниқлаш, диагностикаси ва даволаш сифатини ошириш учун офтальмологлар билан бирга фтизиатрлар қўшилиб даволашни олиб бориш лозим. Кўз туберкулёзи бор беморларни вақтида аниқлаш учун окулистда фтизиатрик сезгирлик бўлиши ва шу касалликнинг характерли белгиларини билиши керак.
2. Кўз туберкулёзига гумон қилинган беморлар поликлиника ва стационарларда офтальмологлар томонидан ҳар кўнги иш жараёнида аниқланади. Натижада хавфли “поликлиник” гуруҳ шаклланади.
3. Умумий даволаш статционар окулистни тактикаси беморларни текширувлар натижасига боғлиқ: кўз туберкулёзига оид характерли офтальмологик белгилар аниқланса беморни шу яқин вақт ичида туберкулёзга қарши диспансерга ташхисни аниқлаш учун йўлланма берилади.
4. Кўзнинг туберкулёзи этиологияли касаллигида верификацияни туберкулёзга қарши шифохонадаги окулистлар ҳал қилади. Кўзнинг гематоген ва туберкулёз аллергик касалликларни қиёсий ташхислаш зарур, чунки даволаш ва диспансеризация характерига кўра фарқланади.
5. Кўзнинг гематоген туберкулёзли беморларни фтизиоофтальмологлар томонидан даволанади.
6. Умумий шифохона офтальмологи кўз туберкулёзи асоратида лазеръ микрожарроҳлик амалиётини бажаради. Буни фтизиоофтальмологлар билан келишиб жарроҳликдан олдинги ва кейинги туберкулёзга қарши даволашни ривожлантиради.

Кўз туберкулёзи бор беморлар тузалганидан сўнг яшаш жойидаги умумий даволаш стационарлардаги офтальмолог назорати остида бўлади.

Тери сили. СМБ нинг (Кох бактерияси) терига кириши ва натижада юзага келадиган тери шикастланишининг турли гуруҳ клиник кўринишларидир. Терига ёки оғиз шиллиқ қаватига кўзгатувчи кўпинча ички органлар туберкулёз ўчоғидан қон ёки лимфа орқали келади (иккиламчи туберкулёз). Тери туберкулёзи ривожланишига қуйидагилар олиб келади: гормонал дисфункция, асаб системаси ҳолати, астения, инфекциян касалликлар ва б.

Тери туберкулёзи 3 йўл билан юкиши мумкин. Экзоген инфекция манбаи организмдан ташқарида жойлашганда ривожланади (бирламчи инокуляциян туберкулёз (туберкулёзли шанкр) ва сўғалли тери туберкулёзи). Иккинчи инфекция юкиш йўли – эндоген, терини маҳаллий (скрофулодерма) ва лимфатик (туберкулёзли бўрича) ёки қон томир бўйича (туберкулёзли бўрича ва милиар туберкулёз) тарқалиши. Учинчи йўл – ички орган фаол туберкулёз ўчоғидан кўзгатувчининг аутоинокуляцияси (орифициал туберкулёз).

АҚШ да 1984 й гача туберкулёз касалликлар сони камайган. 1985 й дан яна ўсишни бошлади. Аҳолининг кўпайиши, инъекцион наркотиклар қабул қилиши, туберкулёзга қарши курашишни тўхтатилиши, ОИТС эпидемиясининг тарқалиши туберкулёзни авжланишига олиб келди. Хавфли гуруҳга ёши катталар, уйсизлар, алкоголиклар, наркоманлар, камалганлар, ОИВ- инфицирланганлар киради.

Бирламчи туберкулёзли шанкр терига бевосита *m.tuberculosis* кириши натижасида ривожланади. Кўзгатувчи соғлом терига кира олмайди, фақат жароҳатланган тери орқали юқади. Бошқа кам учрайдиган йўллари ҳам мавжуд. Жинсий алоқа пайтида, оғиздан-оғизга сунъий нафас берганда, суннат қилинганда ва бошқалар.

Кўзгатувчи юққандан сўнг 2-4 ҳафтадан кейин шикастланиш ривожлана бошлайди ва кичкина, оғриқсиз, тузалмайдиган чегараланган яра хотуберкулёз бўлади. 3-8 ҳафта ўтгандан кейин регионар лимфаденопатия, лимфа тугунлари зичлашиши оғриқсиз бўлиши кўзатилади.

Терининг люпоидли сили (туберкулёзли ёки оддий сўгал) кўпинча 5-15 ёш болаларда, кам ҳолларда қарияларда учрайди. Узоқ муддат ва кучли кечиши билан характерланади. Зарарланиш юз соҳасида, баъзан шиллиқ қаватлар шикастланиши билан бирга келиши мумкин. Терида нўхатдек, оғриқсиз, юмшоқ консистенцияли, оч-қизил рангдаги дўмбоқча пайдо бўлади (люпома).

Дўмбоқча устига ойна билан ботуберкулёзганда қизил ранг йўқолиб, оқиш фонда “олма желеси”га ўхшаш доғ кўринади. Люпома ойлаб, йиллаб секин ўсади. Кейинчалик яра

хотуберкулёз қилиб битади, ўзидан кейин оқ чандиқ из қолдиради. Бунинг устига яна люпома чиқиши мумкин. Баъзан “бўрича” сарамасли яллиғланиш, фил оёқлик ва ўсма билан асоратланиши мумкин.

Туберкулёзли “бўрича” тери туберкулёзининг сурункали прогрессияланувчи шакли бўлиб, бошқа жойлардан тарқалиб, тери ва шиллиқ қаватларга гематоген ва лимфоген йўл орқали юқади. 40% беморларда асосида лимфаденит ётади, 10-20% да эса ўпкаси зарарланганлар, кўпинча жараён бош, бўйин, бурунда, юзда ва қулоқда учрайди. Бирламчи тери шикасти юмшоқ қонсистенцияли, беморни безовта қилмайдиган кўнғир-қизғиш рангдаги папуладан ташкил топган.

Коллигватив тери сили (скрофулодерма) – энг кўп учрайдиган тери туберкулёзининг шакли. Болаларда, ўсмирларда ва ёши катталарда учрайди. Тери ости клечаткасида ҳар хил катталикдаги чуқур жойлашган, хамирсимон қонсистенцияли, кўкиш рангдаги бироз оғриқли тугунлар пайдо бўлади.

Индуратив тери сили . Кўпинча 16-40 ёш аёлларда локализацияси симметрик болдирда. Дерма чуқур қаватида ва тери ости клечаткасида зич тугунлар хотуберкулёз бўлиб, устидаги тери секин- аста пушти-кўкиш рангга киради. Тугунлар ёрилиб, яралар хотуберкулёз қилади, секин битади, ўзидан кейин туберкулёзлик чўзилган чандиқ из қолдиради. Бу касаллик қайталанишга мойил бўлиб, кўз ва қиш мавсумларида қайталанади.

Папулонекротик тери сили кўпинча қизларда ва ёш аёлларда учрайди. Елка терисида, болдир, сон кам ҳолларда тана ва юз терисида хотуберкулёз бўладиган зич, ярим шарсимон, катталиги нўхатдек пушти-кўкиш рангдаги тугунлар жойлашади. Тугун марказида некроз ўчоғи бўлиб, секин қурийди ва кулранг қипиқланиш хотуберкулёз қилади. Битгандан кейин ботуберкулёзган “штампланган” чандиқ қолдиради. Касаллик кўз-қиш ойларида рецидивланишга мойил.

Лихеноид тери сили. Ўпка туберкулёзи ва лимфа тугунлари зарарланган болалар ва ўсмирлар касалланади. Одатда кўкрак қафаси, орқа, қорин ва тананинг ён қисмлари терисида майда гуруҳлашган, усти енгил кўчадаган қипиқлардан ташкил топган дўмбоқчалар хотуберкулёз бўлади. Битгандан кейин пигментация, баъзан нуқтали чандиқ қолдиради.

Анатом сўғали (сўғалли туберкулёз, прозектор сўғали, сўғалли тери туберкулёзи). Бу инфекция билан зарарланган одамлар қайта ташқаридан инфицирланиши натижасида келиб чиқади. Қайта инфицирланиш тери бутунлиги бузилгандагина бўлади. Касалланишга хавфли омиллар- касби билан боғлиқ бўлганлар бу тиббиёт ходимлари ва талабалари, патанатомлар аутопсия пайтида, фермерлар.

Даволаш туберкулёзга қарши терапия умумий принципларга таянган ҳолда ўтказилади. Одатда комплекс даво ишлатилади. Бу стрептомицин, фтивазид, рифампицинни ўрта терапевтик дозада берилади. Битта асосий ва иккита рецидивга қарши даволаш курси ўтказилади. Асосий курс давомийлиги 6 ой, рецидивга қарши 3 ой. Курслар орасидаги интервал 4-6 ойни ташкил қилади.

Махсус воситаларга комплекс ҳолда қувватловчи воситалар, витаминлашган парҳез, рационал режим қўшилади. Ярали турида дез эритмалар билан ювиш ва малҳам ишлатилади. Скрофулодермада хирургик дренажлаш даволаш муддатини қисқартириши мумкин.

ХУЛОСА

Маъруза матнида оғиз бўшлиғи, ўпкadan ташқари аъзолар туберкулези этиопатогенези, шунингдек туберкулезни турли локализацияси клиник кечиши, лаборатор-рентгенологик ўзгаришлари ва қиёсий ташхисотини ҳамда даволаш билан биргаликда кечиши тўғрисидаги билимларни ўзлаштириш.маълумотларини, туберкулёзни профилактик чора тадбирлари ва унинг асоратлари ҳақида асосий ҳолатлар ёритилган. Талабалар маърузадан олган билимлари асосида ҳамда бўладиган амалий машғулотлар давомида туберкулёз билан курашиш бўйича ташкилий усулларни ўтказиш бўйича амалий кўникмалар ҳосил қилади.

Маъруза №10 Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси.

Машғулот соати: 2 (90мин)	Талаба сони
Машғулот шакли	Ахборот маъруза ва слайд маъруза
Машғулот режаси:	1. Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши.. 2. Даволаш принциплари. 3. Туберкулёз профилактикаси 4. Туберкулёз профилактикаси усуллари 5. Даволаш тамойиллари 6.Хулоса
Машғулот мақсади	Таълимий: талабаларгаЎзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси, усуллари натижалари ҳақида тушинчалар ҳосил қилиш. Туберкулёз беморларини эрта аниқлаш жараёнидаги долзарб муаммолар ҳақида маълумот бериб, билим ва кўникмалар посил қилиш Тарбиявий: Талабаларга Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси. эрта аниқлашдан иборат Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида,илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш воситалари	Маъруза матни, проектор, компютер
Машғулот услуби	Ахборотли ва тақдимотли маъруза.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория

Маъруза машғулотивнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Талабалар давоматини тек шириш, хонананинг дарс жараёнигатайёрлигини назорат қилиш	Маърузачини тинглаш, сўралагн саволларга жавоб бериш
Мавзуга кириш 15 дақиқа	Мавзунинг долзарблигини илмий асосланган маълумотлар ва клиник мисоллар ёрдамида очиш бериш	Эшитиш, ёзиш, тушинча посил қилиш
Асосий босқич 55дақиқа	Ўзбекистонда силга қарши курашни ташкил қилиниши. Даволаш принциплари. Туберкулёз профилактикаси ҳақида маъруза режасига мос ҳолда маълумотларни оғзаки тушинтириш, зарур маълумотларни ёздириш, слайдлар ёрдамида берилаётган маълумотларни намойиш этиш	Эшитиш, кўриш, ослаб қолиш, ёзиш
Якуний босқич: а) 5дақиқа б) 5дақиқа	Мавзуни хулоса қилиш, саволларга жавоб бериш. Етказилган ахборотларни мустаҳкамлаш учун бемор ёки курация видеотасвири кўрсатиш	Кўриш, эшитиш, ослаб қолиш, маълумотларни мустаҳкамлаш, саволлар бариш
Мустакил талим учун топшириқлар 5 дақиқа	Маърузани ўзлаштириш даражасини ўрганиш учун намойиш қилинган бемор ташхисни тўлиқ ёзиб бериш ёки стандартна мос тек шириш режасини тузиш	Берилган вази фани ёзма равишда бажариб, ўқитувчига тақдим этиш

ЎЗБЕКИСТОНДА СИЛГА ҚАРШИ КУРАШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИНИШ.

Туберкулёз юкумли касаллик сифатида учинчи минг йилликнинг бўсағасида ҳам долзарб муаммолигича сақланиб қолмокда. Ҳар йили дунёда бацилляр туберкулёз турларига чалинган 8-10 млн. киши қайд қилинади ва қарийиб 3 млн. киши силдан ҳаётдан кўз юмади, булар орасида 75% ни ишга яроқли 15-40 ёшдаги шахслар ташкил этади. Ўзбекистонда ҳар

йили қарийиб 20000 нафар бемор туберкулёз билан оғриб уларнинг 2 мингдан кўпроғи (2002 йил) вафот этади. Роберт Кох туберкулёз кўзғатувчисини кашф этганига 120 йилдан ошиқ вақт ўтди. Бу давр ичида ушбу инфекцияни бартараф этишга бўлган ёндашувлар кўп мартаб ўзгариб турган.

Ҳамма даврларда ҳам силга қарши диспансер бу даража қарши кураш ишини ташкил этишда асосий муассаса бўлиб ҳисобланади.

«Диспансер» сўзи инглизча «Dispensation» - тарқатиш, тақсимлаш демакдир. Англияда камбағаллар учун шифохоналар ва хайрия дорихоналари шундай аталган.

Диспансерни ташкил этиш ғояси XIX-асрда 1887 йили Эдинбург (Шотландия)да пайдо бўлган. Фтизиатр ва жамоат арбоби Роберт Филипп(R.Philip) нинг ташаббусига мувофиқ силга чалинган беморлар учун биринчи диспансер очилган эди. Кейинчалик бундай диспансерларни 1901 йили Францияда Кальметт (Kalmette) очади.

Филипп ҳам Кальметт ҳам бундай шифохоналарга катта умидлар билан қараганлар. бу диспансерлар катта ижтимоий ҳасталиқ ҳисобланган силга қарши курашиш ишини ташкил этиш борасида кенг жамоатчиликни сафарбар этадиган муассасалар саналган.

Россияда биринчи бор силга қарши диспансер Москвада 1904 йили ташкил этилиб, у беморларни кузатиш билан бирга уларни даволаш билан ҳам шуғулланган.

Ўзбекистон Республикасида бундай дастлабки шифохона 1920 йил Тошкентда очилган эди. Унга шифокор В.П.Серебренников раҳбарлик қилган. Республикада бу шифохона даволаш ишларидан ташқари силга қарши курашиш ва уни профилактика қилиш масалалари билан ҳам машғул бўлган.

Профилактик йўналиш (болалар ва ўсмирларни силга қарши эмлаш, қайта эмлаш, туберкулёз беморларидан ажратиш, кимёвий профилактика, касалликни эрта аниқдаш, даволаш, туберкулёз ўчоғида эпидемияга қарши чораларни, санитария маорифи ишларини ўтказиш) силга қарши диспансернинг етакчи йўналиши саналади.

Силга қарши барча чора-тадбирлар бепул, давлат ҳисобидан амалга оширилади. Амалдаги директив ҳужжатларга мувофиқ, силга қарши диспансер турли ихтисосдаги малакали мутахассислар (фтизиатрлар, педиатрлар, фтизиоортопедлар, жаррохлар, рентгенологлар, лаборантлар)га эга бўлмоғи зарур. Шу ўринда бир фактни алоҳида айтишимиз керакки, бу дунёвий даража қарши кураш мамлакатимиз мустақилликка эришгандан кейин янги босқичга ўтди. Бу соҳадаги комплекс даволаш ҳамиша юртбошимиз раҳбарлигидаги Ўзбекистон ҳукуматининг асосий диққат-эътиборида турибди.

СИЛГА ҚАРШИ ДИСПАНСЕР ИШИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ ВА УНИНГ ТУЗИЛИШИ

Силга қарши диспансернинг асосий иши хизмат кўрсатаётган тумандаги аҳоли орасида силдан касалланиш ва инфекцияланишни, ногирон бўлиш ва ўлимни камайтиришдан иборат.

Диспансер куйидаги йўналишлар бўйича иш олиб бориши шарт:

Туберкулёз профилактикаси (болалар ва ўсмирларни силга қарши эмлаш ва қайта эмлаш, профилактик химиотерапия, умумий даволаш тармоғининг тиббиёт ходимлари орасида туберкулёз ҳақида санитария маорифини ўтказиш).

Умумий даволаш тармоғи ва СЭС ходимлари билан биргаликда биринчи навбатда аҳолининг турли ҳил гуруҳлари орасида силни барвақт аниқлаш бўйича чора-тадбирларни уюштиришда ва ўтказишда иштирок этиш.

Беморларни стационар ва амбулатория шароитларида комплекс (мажмуий) даволашни уюштириш.

Силга чалинган беморларни реабилитация (қайта тиклаш) на ишга қайтариш бўйича чораларни амалга ошириш.

Ҳар йили умумий даволаш тармоғи ва СЭС билан биргаликда туманда силга қарши чора-тадбирларни режалаштириш ва туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатни аниқлаш.

УЧАСТКА ШИФОКОР ФТИЗИАТРИНИНГ ИШ ВАЗИФАСИ

Участка фтизиатри диспансерда асосий мутахассис бўлгани учун туберкулёз клиникаси, дифференциал ташхисоти, давоси, эпидемиологияси, профилактикаси, шунингдек статистика ва ишга қобилиятлилик экспертизаси соҳасида махсус тайёрланган бўлиши,

бундан ташқари, у чегарадош соҳаларда(терапия, пульмонология, рентгенология ва соғлиқни сақлашни ташкил этишда) ҳам муайян билимларга эга бўлиши лозим. Шу сабабли участка фтизиатри лавозимига фтизиатрия бўйича махсус ўқиш курслари (фтизиатрия бўйича клиник ординатура ёки бирламчи ихтисослик малака ошириш) дан ўтган шифокорлар тайинланади.

Кейинчалик у ҳар 5 йилда малака ошириш курсларида ўқитилиши лозим. Муассаса раҳбарининг тавсиясига мувофиқ, участка фтизиатри ўз билимларини доим ошириши, туберкулёз бўйича барча директив ва адабиёт манбалари билан танишиб бориши шарт.

Участка фтизиатрининг вазифаларига қуйидагилар киради:

1. Силга қарши диспансерларда бирламчи беморларга тўғри. ва ўз вақтида ташхис қўйиш.
2. Диспансер назоратида турган беморларни текшириб ва кузатиб туриш.
3. Даволаш, зарур бўлганда жарроҳлар билан биргаликда беморларни операция қилишга ва сихатгоҳ-курортларда даволаниш учун танлаш.

4. СЭС эпидемиологи билан бирга туберкулёз ўчоғида даволаш-соғломлаштириш тадбирларини амалга ошириш.

5. Кимёвий даволашни қисқа муддатли курси жорий этилгани учун DOTS стратегияси усулини қўллаш.

6. Умумдаво тармоғи врачлари билан бирга поликлиникада оилавий поликлиникаларда, ҚВП да мунтазам равишда силга қарши профилактик тадбирларни амалга оширишда методик ёрдам бериш.

7. Фтизиатрия участкаси ҳудудида жойлашган корхоналар ва муассасаларда силга қарши тадбирларни уюштириш.

8. Участка тармоғида туберкулёз эпидемиологик кўрсаткичларни ҳар йили таҳлил қилиш.

9. Ветеринария хизмати ва СЭС билан бирга қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари (қорамол) орасида туберкулёз билан касалланганларини аниқлаш, даволаш-соғломлаштириш

ТУБЕРКУЛЁЗ БИЛАН ОЎРИГАН БЕМОЛЛАРНИ ЎЗ ВАҚТИДА АНИҚЛАШ

Туберкулёз касаллигини, айниқса унинг бацилляр (юқумли) шаклини ўз вақтида аниқлаш эпидемиологик нуқтаи назардан муҳим аҳамиятга эга. Битта бацилляр бемор бир йил мобайнида 10 та янги одамга касалликни (айниқса контактда бўлганлар орасида) юктириш манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин. Шу сабабли замонавий диагностик усуллари қўллаш туфайли бу дардни тез топиб, оз фурсатда даволаб юбориш имконини беради. Силнинг бошланғич шаклларида чалинган беморларни икки йўл билан профилактик ва клиник йўл билан аниқланади.

Ўз вақтида аниқланган туберкулёз шаклларида куйидагилар мансуб: ўчоқли, чекланган, яллиғланган туберкулёз шакллари ва тарқоқ силининг парчаланмаган даври, шунингдек кўкрак ичи лимфа тугунлари сили шулар қаторидан ўрин олади.

Силни ўз вақтида аниқланганлик мезонлари қуйидагилар ҳисобланади:

- а) жараённинг чекланганлиги (1-2 сегмент атрофида),
- б) парчаланиш ва бациллярлик йўқлиги;
- в) дарднинг тузалиб кетганлиги ҳам шулар жумласидан. Клиник нуқтаи назаридан бу бошланғич жараёнлар қайтар бўлиб, даводан кейин катта қолдиқ ўзгаришларни камдан-кам қолдиради.

Ўз вақтида аниқланмаган жараёнларга қуйидагилар мансуб эканлигини айтиб ўтиш лозим: фиброз-ковак за ковак туберкулёз, сурункали тарқоқсил (парчаланиш босқичида), туберкулома, фаол цирротик туберкулёз.

СИЛНИ ЎЗ ВАҚТИДА АНИҚЛАШНИНГ УМУМИЙ УСЛУБИ

Ўзи хизмат қилаётган туманда силга чалинган беморларни вақтида аниқлаш ва ҳисобга олиш силга қарши диспансернинг энг муҳим вазифаси ҳисобланади. Беморларни ўз вақтида аниқлаш ишини ташкил этиш бу дардга йўлиққан касалларни муваффақиятли даволаб юбориш гаровидир. Бунинг учун туберкулёз диспансери ходимлари мавжуд шарт-шароитларни ҳисобга олган ҳолда иш юритиш, яъни:

1. Касаллик ривожланиш механизмларини чуқур англаш.
2. Касалликнинг бошланғич шакллари клиникасини билиш.
3. Касалликни аниқлаш услубини такомиллаштириш.

4. Аҳолини туберкулёз касаллиги бор-йўқлигига текширув ўтказиш бўйича керакли ташкилий ва моддий шарт-шароитларни яратиш. Бу иш куйидаги йўллар билан амалга оширилади:

4.1. Силга қарши диспансер кучи билан туберкулёз ўчоғида профилактика ва умумсоғломлаштириш тадбирларини амалга ошириш.

4.2. Турли хил хасталиклари борлиги сабабли поликлиника назоратида турган ва туберкулёз ривожланиш хавф факторлари мавжуд беморларни силга текшириш.

4.3. Болалар ва смирлар ўртасида оммавий туберкулинодиагностика ўтказиш.

4.4. Мажбурий гуруҳ аҳолиси йилда бир маротаба флюорография кўригидан ўтказиш зарур. Булар гуруҳига энг авваламбор савдо ва овқатланиш муассасаларида, коммунал-хўжалик, ветеринария соҳасида, мактаб ва мактабгача бўлган ташкилотларда ишлайдиган ходимлар киради.

Флюорографик текширишдан ўтказилиши лозим бўлган «Хавфли гуруҳ»га мансуб шахсларга куйидагилар киради:

1. Нафас йўллари касалликларига тез-тез чалинадиган шахслар (бронхит, ларингит, сурункали носпецифик ўпка касалликлари - СНЎК, бронхиал астма, пневмосклероз, ўпканинг касб касалликлари ва бошқалар).

2. Қандли диабетга чалинган беморлар.

3. Туғруқдан кейинги даврдаги аёллар, яра меъда-ичак яра касаллиги бўлган беморлар, рухий хасталар, шунингдек узоқ вақт гормонлар билан даволанганлар ва эндокрин касалликларга дучор бўлган беморлар.

4. Сурункали алкоголизм, наشاءанд касаллари ва СПИД билан зарарланган шахслар.

5. Мамлакатимизнинг Вазирлар Махкамаси 7.12.1999 й. 520-сонли қарори асосида силни барвақт топиш учун туғруқ ёшидаги аёллар, нафақахўрлар, инвалидлар ва ёлғиз қолган кексалар ҳам ҳар йили 1 марта профилактик флюорографик текшириш билан қамраб олиниши зарурдир.

ДИСПАНСЕРНИНГ УМУМДАВО ТАРМОҒИ ВА СЭС БИЛАН ИШЛАШИ

Силга қарши диспансер ўзининг кундалик ишини куйидагича тузиши лозим:

1. Умумдаво тармоғи билан ишлаш.
2. Санитария-эпидемиология назорати билан боғланиш.
3. Ветеринария хизмати билан ишлаш.
4. Аҳолини гуруҳларга бўлиб текширувни амалга ошириш.

УМУМДАВО ТАРМОҚ ВРАЧЛАРИНИНГ ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ВАЗИФАЛАРИ

Силга қарши олиб бориладиган профилактик тадбирларни, яъни болаларни эмлаш, қайта эмлаш, туберкулин ташхисоти билан, флюорография билан қамраб олиш амалга ошириш умумдаво тармоқ шифокорларига юклатилган. Ушбу тадбирларни режалаштиришда, сифатли амалга оширишда ва унинг самарадорлигини ўрганишда туберкулёз диспансери ходимлари томонидан доимий методик ёрдам берилиб туриши зарурдир.

ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИ ЖАРАЁНИ ФАОЛЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Бу дард дастлаб белгисиз кечгани, унинг шакллари хаттоки рентгенда текшириб кўрилганда ҳам пайқаш мушкул бўлади. Бундай ҳолларда ўзига хос жараённинг клиник фаоллигини аниқлашга доир турли-туман усуллар қўлланилади. Булар жумласига клиник, рентгенологик ва лаборатор текширув усуллари, шунингдек бу дардни қисқа муддат ва шу давр ичида жараён динамикаси мобайнида танлаб даволаш усули ҳам киради. Клиник кузатув маълумотларининг кўрсатишича, туберкулёз касаллигига биринчи навбатда субфебрил ҳарорат, шунингдек салгатолиқиб қолиш, ориқлаб кетиш, иштаҳа камайиши, гоҳида эса қуруқ ёки нам хириллашлар хос бўлади. Периферик қонда аксари ҳолларда ЭЧТ нинг бир оз ошиши, лейкоцитлар сонининг кўпайиши, нейтрофилларнинг чапга силжиши ва моноцитоз кузатилади. Бу маълумотларнинг ҳаммаси жамланганда туберкулёз касаллиги жараёни кечаётганлиги ҳақида хулоса чиқарилади. Касаллик ташхисотида якуний маълумот рентгенологик текширув бўлади (балғамда туберкулёз микобактерияси аниқланганда).

Ҳозирги вақтда ЖССТ тавсиясига биноан, биринчи навбатда бактериоскопик текширувга аҳамият берилади, бактериологик текширув эса микобактериянинг унга қарши препаратларга нисбатан сезувчанлигини ва унинг тур-хилини аниқлашда ишлатилади. Ўзига хос реактивликни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, у туберкулин синамаси (Манту реакцияси) ни қўйиш йўли билан аниқланади. Зарур бўлганда тери остига Кохнинг синамасини қўйилади. Бунинг учун қуйидаги миқдордаги туберкулинни тери ичига юбориш тавсия этилади: нормергияда - 20 ТБ, гиперергияда - 10 ТБ, гипоергияда эса -100 ТБ гача ишлатилади. Айни пайтда организмнинг умумий реакцияси, тана ҳароратининг ошиши, нохуш кайфият, ЭЧТ тезлашуви, гемограмманинг ўзгариши, шунингдек яллиғланиш ҳажми (соя катталиги) кўпайиб, томир-бронхлар сояси қорайганда юз берувчи маҳаллий реакция ҳам ҳисобга олинади, Кох синамасини кимётерапиядан олдин қўллаш тавсия этилади, акс ҳолда бу даво синама натижасини бузиб кўрсатиши мумкин.

ТУБЕРКУЛЁЗ ПРОФИЛАКТИКАСИДА ДИСПАНСЕРНИНГ ТУТГАН ЎРНИ

Силга қарши ишнинг муҳим бўлими унинг профилактикаси ҳисобланади, у соғлом одамларга туберкулёз касаллиги юқишининг олдини олишдан ва бу юкумли хасталикка қарши курашишни ташкил этишдан иборат. Шу боис туберкулёз профилактикаси иккита асосий йўналиш ижтимоий ва санитария йўналишларига эга бўлади.

Ижтимоий профилактика қаторига беморнинг уй-жой ва маиший, экологик шароитларини яхшилаш, жисмоний тарбия ва спортни ривожлантириш, овқатланиш гигиенасига риоя қилиш қиради.

Санитария профилактикасига эса туберкулёз инфекцияси ўчоғини соғломлаштириш бўйича қўриладиган тадбирлар мажмуи, силга қарши эмлаш ва санитария маорифи иши мансубдир.

Силга қарши эмлаш (специфик профилактика) санитария профилактикасининг муҳим қисми ҳисобланади. Туберкулёз касалларини даво қилиш *катта* профилактик аҳамиятга эга, чунки бу иш натижасида одамларга туберкулёз юктиришнинг асосий манбаи ҳисобланган бацилла ташувчилар камаяди. Силнинг очик тури билан оғриган бемор киши туберкулёз инфекциясининг асосий манбаи саналади (унинг бацилляр тури). Силга чалинган хонаки ҳайвонлар ва уларнинг маҳсулотлари, айниқса сут маҳсулотлари ҳам касалликни юктириш манбаи бўлиши мумкин. Туберкулёз ўчоқларида қорамолларнинг шу хасталикга чалиниши соғлом оилалардагига караганда 2-3 марта кўп учрайди. (К.К.Курманбаев, Я. А, Благодарнўй, 1987 йил).

Эпизоотологик жихатдан нохуш туманларда чорва ва ветеринария ходимларининг туберкулёз билан касалланиши қайд этилади. Ветеринария хизмати ҳайвон маҳсулотлари (айниқса сут) устидан назорат қилиши шарт.

ТУБЕРКУЛЁЗ ИНФЕКЦИЯСИ ЎЧОҚЛАРИ

Касаллик кўпинча туберкулёз ўчоғида ривожланади. Шу сабабли силга қарши асосий тадбирлар, биринчи навбатда туберкулёз ўчоғида амалга оширилмоғи зарур, чунки соғлом одамлар (шу жумладан, болалар) оилада бацилла ажратувчи билан контактда бўлганларида касаллик юқиш хавфи катта. Туберкулёз бактериясини ташқи муҳитга чиқарувчи бемор яшовчи хонадон туберкулёз ўчоғи ҳисобланади. Шу боис ҳар бир туберкулёз ўчоғида яшовчи контактда бўлган соғлом кишилар ҳатто бемор вафот этгандан ёки кўчиб кетгандан кейин ҳам силга қарши диспансер ва СЭС нинг қатъий назорати остида бўладилар.

Бундай ҳолларда бу ўчоқ кам деганда 2 йил бацилляр ўчоқ деб ҳисобланади. Олимлар (Р.Д.Иваницкая, Г.С.Гинзбург)нинг ҳисоблашича, бацилла ажратувчи доим яшайдиган оилаларда контактдагиларнинг бу касалликка чалиниши контакт вақти-вақти билан бўлиб турадиган оилалардагига нисбатан анча кўпроқ учраши кузатилган.

Силга чалинган беморнинг эпидемиологик хавфини билдирувчи бир қатор мезонлар мавжуд: а) бацилла ажратиш хусусияти (доимий, вақти-вақти билан, факультатив, расмий), балғам ажратиш ва уларда нам хириллаш бўлиши; б) балғам ажратиш ва ўпкада нам хириллаш бўлиши, оилада болалар ва ўсмирлар яшаши; в) туберкулёз ўчоғида яшовчи оила аъзолари, туберкулёз бемори томонидан санитария-гигиена талабларини бажариши.

Туберкулёз ўчоғининг атрофдагиларга хавф даражасини аниқлашда биринчи навбатда, туберкулёз беморининг бактерия ажратиш даражасини инобатга олиш зарур. Ҳозирги даврда улар нисбатан 3 гуруҳга бўлинади: 1) кўп микдорда; 2) оз микдорда; 3) расмий бактерия ажратувчилар.

Балғамда туберкулёз микобактерияси бактериоскопик усулда ёки бактериологик текширишда 20 ва ундан кўп колония топилса, бемор кўп микдорда бактерия ажратувчи ҳисобланади. Агар туберкулёз бактерияси балғамни фақат бактериологикусулда 20 тадан кам колония топилса, оз микдорда бактерия ажратувчилар қаторига киритилади. Расмий бактерия ажратувчиларда олдин бактерия ажратган, лекин ҳозир текширилганда, туберкулёз кўзғатувчиси топилмаганлар ҳисобланади.

Шуни ҳисобга олиб, туберкулёз ўчоқлари эпидемиология нуқтаи назаридан қуйидаги 3 гуруҳга ажратилади: биринчи тоифа ўчоғи (эпидемиология жиҳатидан энг хатарли), бунда кўп микдорда ВК ажратувчи бемор ёки оз микдорда ВК ажратувчи бемор билан бирга болалар, ўсмирлар ёки ўчоқда санитария-гигиена шароитлари қониқарли бўлмайди ёхуд бу ерда бемор ичувчи-ичкиликбоз ҳисобланади. Ўчоқларнинг иккинчи гуруҳ тоифаси (эпидемиология жиҳатидан унчалик хавфли эмас), бу ерда бемор кам микдорда ВК ажратади ва атрофида фақат катта ёшдаги кишилар яшайди, оғирлаштирувчи омиллар ҳисобланмиш қониқарсиз яшаш шарбитлари ёки беморнинг норасо юриш-туриши кузатилмайди. Агар расмий ВК ажратувчи беморлар атрофида болалар, ўсмирлар яшаса ёки қониқарсиз турмуш тарзи, ассоциал, санитария гигиена талабларига риоя қилмаслик аломатлари кузатилса, ушбу ўчоқ иккинчи тоифага киритилади.

Учинчи гуруҳ тоифасида (нисбатан қулай вазият), беморлар. шунчаки бактерия ажратади, оғирлаштирувчи омиллар бўлмаган ҳолда фақат катта кишилар бемор билан контакта бўлади. Бу ўчоқларда оилада 2 ва ундан кўп туберкулёз касали мавжуд бўлади. Оилавий туберкулёз касаллигининг янги аниқланган ўчоқлари орасида энг кўп зарарлангани болалар ва навқирон ёшдаги одамлардир. Оилада туберкулёз хастапиклари сонининг ошиб бориши туберкулёз эпид вазиятини янада мушкуллаштиради ва оилага ғоят катта маънавий ҳамда моддий зарар келтиради. Туберкулёз инфекциясининг айниқса бацилляр туберкулёз шаклининг ўчоғи оилавий туберкулёз касаллиги ривожланадиган асосий жой ҳисобланади.

Шу муносабат билан смлга қарши диспансер СЭС ва умумдаво тармоғи билан биргаликда жойларда силга қарши ўтказиладиган тадбирларни кучайтириши зарур.

Хонадонларда қорамол ва парранда сили борлиги аниқланганда ўчоқ учинчи гуруҳга киритилади, касал ҳайвон билан контакта бўлган шахслар касал ҳайвон сўйилганда кейин 1 йил мобайнида кузатиб борилади. Бир ўчоқни бошқа эпидемиологик ўчоққа хавф туғдирувчи шароитлар ўзгарганда тадбирларни участка фтизиатри СЭС эпидемиологи билан бирга ўтказди. Юқорида келтирилган туберкулёз инфекцияси ўчоқларининг таснифи диспансернинг профилактика ишини тўғри олиб бориши ва турли ҳилдаги ўчоқларга алоҳида-алоҳида хизмат кўрсатиш имконини беради. Ўчоқларнинг эпидемиологик хавф туғдиришини ҳисобга олиб, уларни врач ёки патронаж ҳамшира қуйидаги муддатларда кўриб чиқишади; 1-гуруҳ ўчоғини - ҳар ойда; 2-гуруҳ ўчоғини - 2 ойда бир марта ва 3-гуруҳ ўчоғини - 3 ойда бир марта.

Мустақилликдан кейин Ўзбекистон Республикасининг аҳолини силдан муҳофаза қилиш тўғрисидаги қонунига мувофиқ, санитария-гигиена шароитларини яхшилаш мақсадида бемор турар-жой майдонини кенгайтириш (айниқса контакта бўладиган болалар яшаса) ҳуқуқи берилган, бу эса ўчоқнинг эпидемиологик хавф-хатарини камайтиришга имкон беради.

ЎЧОҚЛАРДА ОЛИБ БОРИЛАДИГАН ПРОФИЛАКТИКА ИШЛАРИ

Бацилляр силга чалинган бемор яшайдиган оиласида силнинг ривожланиш хавфи каттадир. Соғлом одамларнинг бу даражада чалиниши ва инфекция юктириши биринчи навбатда туберкулёз ўчоғида содир бўлади. Шу боис силга қарши диспансер СЭС ходимлари билан бмргаликда бу йўналишда мунтазам равишда санитария профилактикасини олиб бориши лозим. Туберкулёз ўчоғида соғломлаштириш ишларини участка ҳамшираси (қишлоқ жойларида - туберкулёз бўйича фельдшер) врач-фтизиатр раҳбарлигида амалга оширади. ВК кўзғатувчи фаол туберкулёз шаклига чалинган бемор биринчи марта аниқланганда (айниқса

балғамда КБ бўлса) участка фтизиатри СЭС эпидемиологи билан биргаликда 3 кун мобайнида ўчоққа бориши ва уни соғломлаштириш бўйича тадбирлар режасини тузиши шарт. Беморни даволаш чоғида врач-фтизиатр 1-гуруҳ ўчоғини ҳар чоракда бир марта, 2-гуруҳ ўчоғини - ярим йилда бир марта ва 3-гуруҳ ўчоғини йилига бир марта бориб кўриши шарт.

Ўчоққа борганда оммабоп тилда хоҳ бемор бўлсин, хоҳ бемор атрофидаги одамлар бўлсин, санитария-гигиена қоидаларига амал қилиш бўйича тушунтириш иши олиб борилади. Бунда биринчи галда оилада фаол ўпка сили билан оғриган беморга барча шароитларни яратиш лозим. Бунинг учун беморга алоҳида хона ёки парда тутилган алоҳида кароват ажратилиши лозим. Ҳукумат қарорига мувофиқ, бацилла ажратувчи туберкулёз билан оғриган беморга майдони 10 кв.м.дан кўшимча яшаш жойи ажратилади беморга алоҳида жой берилгунга қадар беморни бошқа оила аъзоларидан вақтинча ажратиб қўйилади, унга алоҳида идиш-товоқ ва ўрин-кўрпа берилади. Биринчи галда болалар ажратилади. Уларни ясли, боғча санаторийларга ва мактаб интернатларга юборилади. Бемор яшаётган хона мунтазам шамоллатиб турилади ва нам латта билан йиғиштирилади. Ўрин-кўрпани, жилдларини очиқ ҳавода қуриштириш лозим. Бемор учун идиш-товоқ алоҳида бўлиши зарур, уни беморнинг ўзи ювиб тургани, алоҳида шкафда сақлагани маъқул, унинг кийим-кечаги юкумсизлантирилгандан сўнг алоҳида ювилади.

Беморда чўнтакда олиб юриладиган иккита алоҳида туфлагич бўлиши керак, зарур бўлганда алмаштириш мумкин бўлади; туфлагич 5 % ли хлорамин ёки 20 % ли хлорли охак ёхуд гипосульфат натрий эритмасида чайилади, юкумсизлантирилгандан сўнг туфлагич 2 % ли совун-сода эритмаси билан ювилиб, кейин эса қуруқ, иссиқ шкафда ёки автоклавда стерилланади.

ТУБЕРКУЛЁЗ ЎЧОҒИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ДЕЗИНФЕКЦИЯ ЧОРАЛАРИ

Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида жорий, якунловчи ва даврий дезинфекцияни силга қарши диспансер, якунловчисини дез-станция ўтказди. Сан-эпидстанция (СЭС) барча дезинфекция тадбирларини умумий назорат қилади. Одатда, якунловчи дезинфекцияни (беморни касалхонага ётқизилгандан, бемор кўчиб кетганидан ва у вафот этганидан сўнг) дез станция ўтказди.

Участка ҳамшираси якунловчи дезинфекцияни ўтказмш ҳақида оилани огоҳлантириши лозим. Дезинфекция ўтказилганда бемор оиласига моддий зарар етказмасликка ҳаракат қилиш керак. Ўтказилувчи дезинфекция оила аъзолари ўртасида тушунтириш ишига боғлиқ бўлади. Даврий дезинфекция вақги-вақ^и билан, бемор ўз жойини ўзгартирганда ва бу ўчоқ бацилляр ҳисобланиб, ўтказиб турилади.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР ОРАСИДА ДИСПАНСЕР ХИЗМАТИНИ ТАШКИЛ ЭТИШ, СИЛГА ҚАРШИ МАХСУС ЭМЛАШ

БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш силга қарши тадбирларни амалга оширишда етакчи ўрин эгаллайди.

БЦЖ билан эмлаш ва қайта эмлаш самарадорлигини ўтказилган илмий тадқиқотлар тўла-тўқис исботлаб берди. У фаол специфик профилактика усули сифатида тасдиқланди. БЦЖ вакцинаси бутун дунёда асосий эмлаш препарати бўлиб, силни специфик профилактика қилиш учун кенг қўламда ишлатилади.

1890 йилда Роберт Кох силга қарши эмлаш учун туберкулин ишлатишни тавсия этган эди, лекин бу иш самарасиз бўлиб чиқди, чунки бу дорининг жавоб иммун (эмлаш) реакцияни келтириб чиқармаслиги исботланган эди.

Силга қарши вакцинани яратиш бўйича кўп йиллик, машаққатли ишлар бошлаб юборилди. Хўкиз типигади микобактериялар картошка мухитида 13 йил мобайнида қайта экиш усулида ўстирилди, бунда уларга глицерин ва ўт (сафро) кўшиб борилган, натижада бу микобактериялар қисман ўз вирулентлигини йўқотган.

Шундай қилиб, Кальмет ва Герен БЦЖ деб номланган янги штам яратишди. (Bacille Calmet Gerен).

Вакцинанинг кўп йиллар давомида қўлланилиши, клиник кузатувлар, тажрибавий тадқиқотлар БЦЖ вакцинасининг самарадор ва мутлақо безарар эканлигидан далолат беради.

Бу самарадорлик эмлаш материалининг сифатига, унинг миқдори (дозаси) ва юбориш техникасига боғлиқ бўлади. Мусбат туберкулин реакциялари, эмлашдан кейинги маҳаллий белгилар борлиги ва уларнинг ўлчамлари БЦЖ билан эмлаш таъсири остида юз берувчи иммунобиологик қайта тузилишнинг энг ишончли кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Болаларда БЦЖ вакцинаси юборилган жойда юз берувчи маҳаллий эмлаш реакциялари пайдо бўлиш тезлигига, реакция жадаллигига, кечмиш табиатига, пайдо бўлиш ва битиб кетиш муддатларига қараб ажратилади. Экспериментал маълумотлар асосида реакциялар эмланган жойда специфик яллиғланиш элементлари кўринишида бўлиб, БЦЖ билан эмлаш таъсирида аъзо ва тизимларда содир бўладиган иммуногенез жараёнлари кучаяётганидан гувоҳлик беради.

БЦЖ БИЛАН ЭМЛАШ

Ҳамма соғлом бўлиб туғилган чақалоқлар туғруқхонада 4-5 кунни БЦЖ билан эмланади. Вакцина катгий равишда тери ичига 0.05 мг дозада 0,1 мл ҳажмда қўлланилади. Игнаси 0415-сонли қия кесиклари бўлган бир марталик шприцлар ишлатилади. Вакцина совуттигда кўпи билан 0°ҚС4С° даража бўлган ҳароратда сақланади. Чақалоқлар эрталабки соатларда, уларни педиатр кўздан кечиргандан сўнг палатада эмланади. БЦЖ вакцинаси тери ичига бевосита тўғри юборилганда дори юборилган жойда терида катталиги 5-8 мм келадиган оқ рангли инфилтрат ҳосил бўлади, у 10-15 дақиқа ўтгач ном-нишонсиз йўқолиб кетади.

Янги туғилган боланинг алмашиш варақасига эмлаш санаси, вакцинанинг серияси, контрол рақами, тайёрловчи институт ва дозаси ёзиб қўйилади. Чақалоқ туғруқхонадан чиқарилганда БЦЖ билан эмланганлик ҳақидаги маълумотлар алмашув картасига ёзиб қўйилади, карта эса болалар поликлиникасига юборилади. Бундан ташқари, БЦЖ билан эмланганлик ҳақидаги барча маълумотлар журналларга ёзилиб, ҳар ойда ҳисобот тариқасида ҳудудий санитария-эпидемиология станциясига таъдим этилади.

Чақалоқларда БЦЖ билан эмлашга вақтинчалик монеликлар (1997 й. 00760-сонли Сан Пин бўйича) куйидагилар ҳисобланади: чала туғилган вазни 1800 г. гача бўлган чақалоқ, қатор ўткир хасталиклар, гемолитик касал, асфиксиянинг оғир ва ўртача ағирлиги, сепсис, булар ўрта ҳисобда 3,5-4 % ни ташкил этади. Сепсисда, гемолитик касалликда ва МНС (марказий нерв системаси) зарарланганда бола соғайиб кетганда 1 йил ўтгач эмлашга руҳсат берилади. Эмлашга бўлган доимий монеликлар қаторига туғма ферментопатиялар мансуб бўлади, бу ҳодисалар 0,3 дан 0,5 % гача учраб туради. Касаллиги туфайли ҳаётининг биринчи кунларида эмланмаган болалар чақалоқларни парваришлар бўлимидан олдин эмланиши зарур, туғруқхонадан чиққунгача эмланмаган болалар эса болалар поликлиникасида (амбулаториясида) рўйхатга олингач кузатиб борилади ва касалликдан тузалганларидан сўнг эмланади. Айни пайтда 2 ойлик ва ундан катта бўлган болаларга олдиндан 2 ТБ Манту синамаси ўтказилади.

Болалар поликлиникасида, амбулаторияда ҳамма болаларга 63-сонли шакл очилади. Унда барча профилактик эмлашлар, БЦЖ га эса 1-3-12 ойда эмлаш реакциялари ҳам қайд қилинади (БЦЖ билан эмлашдан кейин маҳаллий реакциялари (кичик чандиклар). Ривожланмаган болаларни участка педиатри ва фтизиатри кузатиб борадилар, сўнгра 2 ёшлигида туберкулин синамаси манфий бўлиб чиққанда улар яна БЦЖ билан эмланади. Силга чапинган касаллар ва айниқса бактерия ажратувчилари бўлган оилалардаги чақалоқларни эмлашга алоҳида эътибор берилиши зарур. Фаол силга чалинган бемор билан контактда бўлган чақалоқлар эмланганларидан кейин дарҳол 2 ойлик муддатга, иммунитет ишлаб чиқарилиши вақтида ажратиб қўйилиши, бемор эса касалхонага ётқизилиши, квартира дезинфекция қилиниши, бордию она силга чалинган бўлса, унга боласига юқтирмаслик чоралари ўргатилади. Туғруқхоналарда-палаталар ёки бўлимларда ётганлар, туғруқ, бўлимида ётган бошқа туққан аёлларга касаллик юқтирмаслик чораларига ўргатилади.

БЦЖ БИЛАН ҚАЙТА ЭМЛАШ

Туғилганда эмланган болаларда иммунитет 5-7 йил давомида сақланади. Эмлашлар орасида 5-7 йил танаффус қилиш БЦЖ дан кейин унга давомли иммунитет бўлмаслигига асосланади. Бу муддатда иммунитет атиги 4-45 % эмланганларга сақланиб қолади. Айниқса 7 яшарлик

болаларнинг қарийб 50 % (туғилганларида БЦЖ билан эмланган) эмлашдан кейинги аллергияни йўқотадилар. Айнан 5 ёшда эмлашлар орасида танаффус қилиш ўринли бўлади, у кўп йиллик илмий тадқиқотлар билан асослаб берилган. Бундай интервалда турғун иммунитет яратилади, унинг таъсирчанлиги ошади, силдан бирламчи инфицирланиш даражаси 1.5-2 барабар, касалланиш эса 5-7 марта камаяди. Шу сабабли 7 ёшда БЦЖ билан бир марта эмлашгача камайтириш бўйича ЖССТ нинг тавсияларига қарамасдан, республикада қарор топган эпидемиологик вазият ва эмланганларда иммунитетнинг сақланиш муддатларига асосланиб, эмлашлар тақвимида 7 ва 14 ёшда БЦЖ билан қайта эмлаш қолдирилган.

БЦЖ билан қайта эмлашни илгарилари инфекция юққан болаларда асоратларга йўл қўймаслик учун туберкулинга манфий натижа олганларига 2 ТБ Манту синамаси қўйилгандан кейингинаўтказиш зарур. Олдиндан туберкулинга синама қўйиб аниқланмасдан, инфекция юққан болалар нотўғри эмланганда юз берувчи асоратлар 45 % гача учраб туради.

Туберкулин синамаси қўйилган муддат билан БЦЖ ни қайта эмлаш орасидаги муддат 2 ҳафтадан ошмаслиги ва 2 ТБ Манту реакциясидан кейин 3 кун ўтиши лозим.

БЦЖ билан қайта эмлашга организмнинг умумий реакциялари ва эмлаш белгиларининг ривожланиш динамикаси вакцина билан ҳил бўлсада, аммо бунда иммуногенез жараёнлари биров тезлашади. Агар эмланган чақалокларда эмлашга бўлган маҳаллий реакциялар 6-8 ҳафта ўтиб пайдо бўлса, БЦЖ билан қайта эмланганларда 1-2 ҳафта ўтгач юзага келади.

БЦЖ билан қайта эмлаш ўтказиш техникаси ва юбориладиган доза БЦЖ билан эмлашдаги каби бўлади (тери ичига 0,1 мл дан 0,05 мг). БЦЖ билан қайта эмлашга ажратиш учун 2 ТБ Манту реакциясига режалар ва эмлашларнинг ўзи болалар поликлиникаларида поликлиника мудирлари ёки иммунолог раҳбарлигида амалга оширилади. Бу ишга поликлиниканинг бош врачлари жавобгар бўлади. Режалар ҳудудий СЭСга ва силга қарши диспансерга юборилади, тақдим этилган эмлаш режалари текшириб кўрилади вазарур бўлганда уларга тузатишлар киритилади.

СИЛГА ҚАРШИ ЭМЛАШ АСОРАТЛАРИ

БЦЖ билан эмлашдан ва қайта эмлашдан кейин қоладиган маҳаллий асоратлар, 0,02-0,03% ҳолларда учраб туради. БЦЖ билан эмланганларни кўп йиллар мобайнида ўтказилган кузатишлар вакцинанинг мутлақо безарарлигини тасдиқлаб берди. Маҳаллий асоратлар сабабларига қуйидагилар киради: вакцинани тери ичига юбориш техникасининг бузилиши, вакцинани ортиқча миқдорда юбориш, БЦЖ штаммининг юқори вирулентлик хусусиятлари, болаларни танлаб олиш услубининг бузилишлари туберкулин реакциялари, шубҳали ёки мусбат бўлган болаларни эмлашга рухсат бериш шулар жумласидандир.

Асоратларга қуйидагилар киради: катталиги 10 мм гача келадиган битиши қийин бўлган яралар, совуқ абсцесслар, регионал лимфаденитлар (қўлтиқ, бўйин), эмланиш реакцияси жойидаги .10 мм гача келувчи келл-оид чандиқлар. Адабиётларда баён этилган бирмунча оғир асоратларнинг камдан-кам рўй бериш эҳтимоли бор: БЦЖ-сепсис, БЦЖ-остит, Кох феномени, қизил волчанка скорофулодерма шулар қаторига киради. Асоратлардан қўлтиқ ости лимфаденитлари ва совуқ абсцесслар биринчи ўринда туради.

1. ЛИМФАДЕНИТЛАР клиник кўринишига кўра, жараён босқичига (инфильтрация, абсцесс беришига ва кальций тўпланишига) қараб ҳилма-ҳил бўлади. Регионар, лимфа тугунлари лимфаденитлари эмланган чақалокларда эмлангандан 2-3 ой ўтгач маҳаллий реакцияларсиз ва белгисиз кечади, Лимфа тугуни 2-5 см келадиган диаметрда катталашиб, тери лимфа тугунига бирикиб кетган бўлади ва кўкимтир тим-қора рангга киради, кейин эса марказда флюктуация ва оқма яра пайдо бўлади, Давони жараён босқичига қараб ўтказиши лозим. Болаларга кимё препаратларини қўллаган ҳолда (тубазид, этамбутол) 3-6 ой мобайнида даволанишлари зарур. Зарур бўлганда умумдаво билан бирга тугун ичидаги йиринг тортиб олиниб, 5 % ли салюзид эритмаси юборилади. 1 см дан ошган кальцинати бор лимфа тугуни заҳарланиш симптомлари мавжудлигида специфик кимёвий даво қилган ҳолда операция қилиб олиб ташланади.

2. СОВУҚ АБСЦЕСС Бу дард юз берганда эмланган жойда аввалига зич инфильтрат пайдо бўлади, у оғриқсиз, терига ёпишиб кетган бўлади. Совуқ абсцессларнинг

ривожланиши асосан вакцинани тери ичига юбориш техникаси бузилгани ва дорининг тери остига тушишига алоқадор бўлади. Абсцесс пайдо бўлганда ҳарорат кўтарилмайди, регионар лимфа тугунларида реакция содир бўлмайди ва буларнинг барчаси боланинг умумий аҳволига таъсир қилмайди. Гоҳо 2-3 ой ўтгач, бу яраўз-ўзидан сурилиб кетади ёки бошқа ҳолда марказида юмшаб қолиб, флюктуация пайдо бўлади. Яра секин-аста битади ва яллиғланиш реакцияси кузатилмайди. Абсцесс ўз-ўзидан ёрилиб хидсиз суюқ йиринг ажралиб чиқади. Ҳосил бўлган оқма яра узок вақт торпид кечади. Совуқ абсцесс ўрнида чуқур яра ҳосил бўлади ва узок вақт битмайди, битиб кетганда эса юлдузсимон чандик қолади. Совуқ абсцесснинг дастлабки босқичини дорилар билан даволаса бўлади, гидрокортизон суртма дориси ва 10 % ли фтивазид, дока бойламлар қўйилади. Флюктуация пайдо бўлганда шприц ёрдамида казеоз массани тортиб олинадиган ва 5 % салюзид эритмаси юборилади. Бордию, совуқ абсцессга маҳаллий даво кор қилмаса, уни капсуласи билан бирга кесиб олиб ташланади.

Ярага гипертоник эритма ва Шостаковский балзами шимдирилган боғлам қўйилади. Яра 1-2 ҳафта ўтгач битиб кетади.

3. ЮЗАКИ БЦЖ ЯРА вакцина юборилган жойда 3-4 ҳафта ўтиб пайдо бўлади. Катталиги 15-20 мм келадиган инфильтрат пайдо бўлган жойнинг марказида яра юзага келиб, йирингли-сероз пўстлоқлар ҳосил бўлади, улар бир оз вақтдан кейин кўчиб тушади. Ўрнида анча вақтгача курукроқ чуқурлик ҳосил бўлади, грануляцион тўқималар билан атроф-теваракда яллиғланиш реакцияси қайд қилинмайди.

Ярага даво қилиш учун сепма дори кўринишидаги изониазид кукуни қўлланилади, яра атрофлари бактерияга қарши суртма дори (тетрациклин, синтомицин) билан ишланади.

4. КЕЛЛОИД ЧАНДИҚЛАР. Эмлаш реакциясидан кейинги жойда бириктирувчи тўқимали ўсмасимон катталашган ҳолда ўсиб чиқади, у зич консистенцияда, очиқ рангли бўлади. Келлоид чандиқлар асосан БЦЖ билан қайта эмлаш ўтказилгач пайдо бўлиб, препубертат ёшдаги киз болаларда кўпроқ кузатилади, бу - эмлашдан кейинги чандиқ киймм-кечак ва унинг чоклари таъсир кўрсатгани туфайли юз беради. Улар ўз кечиши ва табиатига кўра нокеллоид чандиқлардан фарқ қилмай, терининг ҳар қандай зарарланган жойида (операциядан ва куйишдан кейинги чандиқлар, фурункуллар ўрнида) пайдо бўлади.

Одатда, бундай чандиқлар ўсмайди. Гоҳо эса улар аста-секин ўса бошлайди, ўсиб борганда ифодаланмаган оғриқ сезгилари билан давом этади (қичишиб, чандиқ соҳасида санчиб-санчиб туради). Келлоид атрофида пуштирдннг доира пайдо бўлиб, чандиқ ичида томирли тўри кам кўринадиган. Келлоид чандиқларга ҳафтада 1 марта 0,5 % новакаинли лидаза ва гидрокортизон эритмасини санчиб-санчиб туриб, даво қилинади. Даволаш курси 5-10 тадан иборат. Бордию даво наф бермаса, пирогенал қўлланилади, у мушак ичига, 25 МПД (минимал пироген доза) дан бошлаб, дозаси аста-секин, 10 кун давомида 150 МПД микдоригача ошириб борилади, ҳаммаси бўлиб 30 та инъекция қилинади. Пирогенал қўллангандан сўнг чандиққа 64 ТБ ли, кунора 10 марта туберкулин қилинади. Асосан катталиги 1 см дан ортиқ келадиган йирик келлоидларга даво қилинади.

СИЛНИНГ КИМЁВИЙ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Кимёвий профилактика специфик усули сифатида туберкулёз билан касалланиш хавфи ошган гуруҳлар учун мўлжалланган. Силни профилактика қилиш мақсадида соғлом кишиларнинг туберкулоз статик препаратларни қабул қилишини биринчи марта 1955 йилда Парижда болалар силига бағишланган анжуманда таклиф этилган эди. Кимёвий профилактика силга чалинган беморлар билан контактда бўлган соғлом одамларга, айниқса бацилла ажратувчиларга ва касаллик ривожланишининг олдини олиш учун биринчи марта инфекция юққанларга тавсия этилган эди.

Бирламчи ва иккиламчи кимёвий профилактика фарқланади. Бирламчисини беморлар ва касаллик юқмасин, деб бацилла ажратувчилари билан контактда бўлган соғлом болаларга ва ўсмирларга тайинланади. Иккиламчисини - биринчи бор инфекция юқтирганларга (туберкулин реакцияларининг виражи), шунингдек туберкулинга нисбатан гиперергик реакция кўрсатадиган болаларга ва ўсмирларга буюрилади.

Бундан ташқари, бу профилактика инфекция юқтирганлар ёки носпецифик касалликлар (коллагеноз, лейкоз, бронхиал астма, қандли диабет, сурункали носпецифик ўпка

хасталиклари) ва болалар касалликлари (қизамик, кўкйўтал) сабабли стероид препаратлар билан даволанганларга, силдан оғриб ўтганларга тааллуқлидир.

Кимёвий профилактиканинг деярли соппа-соғ кишиларга тайинлангани учун уни буюришдан аввал фаол туберкулёз хасталигининг борлигини истисно этиш учун бу одамларни тўлатўкис текшириб кўриш лозим. БЦЖ билан эмлангандан сўнг 2 ой давомида ГИНК препаратларининг эмлашдан кейинги иммунитет ишлаб чиқишни бузмаслиги учун кимёвий профилактика ўтказишга рухсат берилмайди.

Болаларга ва ўсмирларга кимёвий профилактика ўтказишда унинг туберкулёз инфекцияси ўчоқларидаги самарадорлиги қайд қилинган, булар орасида туберкулёз билан касалланиш 5-10 марта камаяди, касал бўлиб қолганларида эса - жараён бирмунча осойишта кечади.

Бирламчи инфицирланиш ва болалар учун дастлабки 6 ой касаллик ривожланишининг энг хавфли даври ҳисобланади, шу боис бу профилактика туберкулёз инфекциясининг илк ривожланиш босқичида ўтказилмоғи даркор. Кимёвий профилактика учун ГИНК препаратлари гуруҳи (тубазид, фтивазид) қўлланилади, бу дорилар кам захарли бўлиб, юқори бактериостатик фаолликка эга. Бу препаратлар одам организмнинг барча тўқималарига ва аъзоларига кириб боради. Изониазид (тубазид) биринчи бор инфекция юқтирган болапарда ва ўсмирларда кимёвий профилактика ўтказиш учун асосий препарат ҳисобланади. Кимёвий профилактика курслар тариқасида ўтказилиб, бир даво курси 3 ойдир. Туберкулёз инфекцияси юққанларда туберкулинга сезувчанлик ошганда кимёвий профилактиканинг дастлабки курсидан сўнг ёки бир йил ўтиб гиперергик сезувчанлик сақланганда бундай профилактикани такроран ўтказмоқ даркор.

Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида контактда бўлганларга кимёвий профилактика аввалги услуб бўйича бактерия ажратувчини ҳисобга олишда ўтказилади (кузатувнинг дастлабки йили давомида). Кейинчалик болаларда ва ўсмирларда кимёвий профилактиканинг қанчалик давом этиши (инфекция ўчоқларида) ҳар хил бўлиб, у ўчоқнинг эпидемиологик ҳолатига боғлиқ бўлади. DOTS стратегиясининг жорий этилиши муносабати билан бу профилактикани узлуксиз равишда, дастлабки кузатув йили давомида 6 ой муддатда ўтказмоқ лозим.

Бунда тана вазнига нисбатан олинганда 8-10 мг/кг дозада изониазид тайинланади, бир кечаюкундузда болаларга кўпи билан 0,5 гр ва ўсмирларга 0,6 гр буюрилади. Бир суткалик доза бутун курс давомида бир қабулга ҳар куни ёки ҳафтасига 3 маҳал (интермиттирловчи усул) тайинланади. Шунда ҳам препаратни мунтазам қабул қилиб туришга амал қилиш зарур, бунга тиббиёт ходимларининг назорат қилиши ва ота-оналар билан тушунтирув ишини олиб бориш йўли билан эришилади.

БОЛАЛАРДА ТУБЕРКУЛЁЗ КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ

Туберкулёз касаллигини ўз вақтида аниқлаш болалар диспансер бўлимининг асосий вазифаларидан биридир. Қуйидагилар болаларда бу хасталикни ўз вақтида аниқлашнинг асосий мезонлари ҳисобланади: бирламчи инфицирланганлик (вираж) ни аниқлаш, касалликни асоратсиз батамом тузатиб юбориш мумкин бўлган ҳолда бошланғич, кичик маҳаллий туберкулёз шулар жумласидан.

БЦЖ билан эмлашни ёппасига қўллашнинг замонавий шароитларида болаларда туберкулёз хасталигини аниқлаш ишида муайян қийинчиликлар мавжуд.

Уларга сабаб - инфекция ва эмлашдан кейинги аллергия орасида дифференциал ташхис қўйиш мураккаблиги, аллергияга тери сезувчанлигининг сусайиши, силнинг бошланғич даврида касаллик симптомларининг бўлмаслиги ва умумтармок, врачларининг силга нисбатан хушёрликни йўқотишидир.

Силнинг бошланғич даврида ташхис қўйиш аввалроқ инфекция юқтирган беморларда касаллик авж олганлигини аниқлаш асосий вазифалардандир. Амалиёт кўрсатиб беришича, хатто иш яхши йўлга қўйилганда ҳам болаларни ёппасига ҳар йили текширувдан ўтказишда касаллик анча олдинроқ, инфекция юқтирганларда кўпроқаникланади. Уларга қуйидагилар киради: 1-туберкулин реакцияларининг виражи бор болалар ва ўсмирлар; 2-туберкулинга нисбатан ўта сезувчан шахслар; 3-туберкулёз инфекцияси ўчоқларида контактда бўлганлар; 4-анча вақт ва тез-тез касалланадиган болалар ва ўсмирлар; 5- БЦЖ билан эмланмаган ва эмлашдан сўнг эмлашдан кейинги белгилари бўлмаган болалар.

Болалар муассасаларида туберкулин синамаларини вакцинаторлар бригадаси (поликлиника ҳамширалари) педиатр бошчилигида қўйишади.

Туберкулин синамалари натмжаларини педиатр ўқийди. Синамалар натижапарини 72 соатўтгач аниқлашади. У кўндаланг ўлчамда тиниқ рангсиз миллиметрли чизгич билан ўлчанади.

Катталиги 2-4 мм келадиган папула пайдо бўлганда ёки фақат ҳар қандай гиперемия (қизариш) бўлган реакциялар шубҳали ҳисобланади; ўлчами 5 мм ва ундан ортиқ бўлса - мусбат реакция саналади. Барча текширув натижалари ишчи журналларга ёзиб қўйилади, сўнгра ҳисоб карталарига киритилади (112, 63 ва 26-шаклларда). Бунда туберкулинга мусбатлар орасида сезувчанлиги ортиқ бўлган болаларни (12 мм ва ундан ортиқ) ва туберкулинга ўта сезувчан шахсларни (инфильтрат кўринишида - 17 мм ва ундан ортиқ), шунингдек илгари инфекция юқтирган болаларни динамикада туберкулинга ўта сезувчанлик ошиб бориши (6 мм ва ундан ортиқ) га алоҳида аътибор бериш зарур.

Инфекцион ёки вакциналашдан кейинги аллергияга дифференциал ташхис қўйишда қуйидагиларни инобатга олмоқ керак: 1) БЦЖ билан эмлаш пайтидан ўтган муддат; 2) туберкулинга нисбатан реакциянинг катталиги, характери ва хусусиятлари; 3) реакциянинг йиллар бўйича динамикада ўзгариши; 4) БЦЖ дан кейинги чандиқнинг катталиги; 5) туберкулёз билан оғриган бемор билан контакт бор ёки йўқлиги.

Эмлашдан кейинги реакцияларнинг инфекцион аллергиядан фарқ қилувчи мутлоқ мезони бўлмайди. «О» гуруҳда масалани динамикада кузатиш йўли билан тез-тез ҳал этишга тўғри келади, шунда 2 ТБ Манту реакцияси 5 ойдан сўнг қайтарилади. «Виравж»га ташхис қўйишда битта кимёвий препарат (изониазид ёки фтивазид) билан 3 ойга кимёвий профилактика буюрилади.

Сўнгги йилларда болалар ва ўсмирларнинг флюорографик текшируви иктисодий қийинчиликлар мавжудлиги сабабли асосан хавфли гуруҳларда ўтказилади.

Умумдаво стационарларда туберкулёз бор йўқлигига зотилжам хасталиги чўзилиб кетган, экссудатив плеврити, лимфа тугунлари катталашган ва номаълум сабабли интоксикацияга учраган болалар ва ўсмирларни текшириш лозим. Туберкулёз инфекцияси ўчоқларида яшовчи бундай болалар ва ўсмирларни услубий тавсияларга биноан фтизиопедиатр текширади.

Фтизиопедиатрлар, педиатрлар, умумдаво тармоғи ҳамширалари билан болаларда туберкулёз профилактикаси ва уни эрта аниқлаш масалаларида уларнинг билимларини ошириш бўйича ташкилий-услубий ишларини олиб боришлари, шунингдек эпидемиологлар билан биргаликда олиб бориладиган ишлар сифатини назорат қилиб боришлари зарур.

КАТТА ЁШДАГИ БЕМОРЛАР ДИСПАНСЕР ШАРОИТИДА КУЗАТИШ ГУРУҲЛАРИ

Ўзбекистонда силга қарши курашиш диспансери назоратида туриши лозим бўлган катта ёшдаги беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1-гуруҳ—нафас аъзолари фаол сили:

-А гуруҳча—фаол туберкулёз касаллиги илк бор аниқланган, кўзиган ёки қайталанган.

-Б гуруҳча—самарасиз даволаш туфайли сурункали туберкулёз жараёни билан хасталанган беморлар.

-В гуруҳча—силга қарши дориларга полирезистент туберкулёз таёқчалари ажратадиган беморлар.

2 гуруҳ—нафас аъзоларининг фаол бўлмаган сили:

-А гуруҳча — ўпка ва плеврада катта қолдиқ ўзгаришлар қолган (фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар, шунингдек Ёгуруҳдан самарапи даволаш ва тузапгандан сўнг ўтказилган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқўзгаришлар бўлган, лекин силни кўзғатиш омиллари мавжуд беморлар: илк бор фаол бўлмаган нафас аъзоларининг сили аниқланган беморлар.

-Б гуруҳча—Ёгуруҳдан самарали даволанган ва клиник тузалган, ўпка ва плеврада кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган, туберкулёз кўзғатувчи омиллари бўлмаган, фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар ҳамда илк бор фаол бўлмаган нафас аъзолари сили аниқланган беморлар.

3 гуруҳ—ўпкадан ташқари аъзолар сили:

-А гуруҳча—ўпкадан ташқари аъзоларнинг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталанган ва кўзиган), ҳамда ўпкадан ташқари аъзоларнинг сурункали сили билан хасталанган беморлар. -Б гуруҳга—ўпкадан ташқари аъзоларнинг фаол бўлмаган, ; шу жумладан илк бор аниқланган нофаол туберкулёз билан хасталанган беморлар.

-В гуруҳча—ўпкадан ташқари аъзолар силидан тузалиб, клиник соғайишдан сўнг қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

4 гуруҳ—туберкулёз билан хасталаниш хавфи юқори бўлган шахслар: -А гуруҳча—туберкулёз таёқчаси ажратадиган беморлар ёки туберкулёз билан хасталанган қишлоқ хўжалиги ҳайвонлари билан мулоқотда бўлган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги одамлар. -Б гуруҳча—туберкулёз таёқчаси ажратмайдиган фаол туберкулёз билан хасталанган бемор билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар.

-В гуруҳча—туберкулёз билан илк бор зарарланган (вираж) туберкулинга гиперергик реакция берган, БЦЖ дан сўнгги асорат бўлган болалар ва ўсмирлар.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАР НАЗОРАТ ГУРУҲЛАРИ

Туберкулёз диспансери назоратида туриши лозим бўлган болалар ва ўсмирлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1- гуруҳ — фаол кўкрак ичи сили:

-А гуруҳча—биринчи марта фаол кўкрак ичи сили хасталиги аниқланган ёки касаллик қайталанган (рецидив) хуруж қайд этилган. Бемор болалар ва ўсмирлар, силдан захарлаганлар;

-Б гуруҳча—самарасиз даводан кейин, ривожланган, сурункали турга ўтган кўкрак ичи сили билан оғриган касал болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—кўкрак ичи фаол сили билан оғриган, силга қарши дориларга сезгирлигини йўқотган (полирезистент), туберкулёз қўзғатувчисини ажратувчи бемор болалар ва ўсмирлар.

2 гуруҳ — нафас аъзолари нофаол сили:

-А гуруҳча-1 гуруҳдан самарали даволаниб ўтказилган болалар ва ўсмирлар, ўпкада ва плеврода катта қолдиқ ўзгаришлар бўлган кўкрак ичи нофаол сили, туберкулёз ривожланиш хавфи бўлган омиллар мавжуд кичик қолдиқ ўзгаришлари бор, биринчи марта топилган кўкрак ичи нофаол сили билан хаста болалар ва ўсмирлар;

-Б гуруҳча—туберкулёз ривожланиш хавфи омиллари бўлмаган кичик қолдиқ ўзгаришли, 1 гуруҳдан самарали даволаниб ўтказилган, биринчи марта топилган нбфаол кўкрак ичи сили . билан касал ўсмирлар ва болалар.

3 гуруҳ—ўпкадан ташқари туберкулёз.

-А гуруҳча- ўпкадан ташқари жойлашган фаол туберкулёз (биринчи марта топилган, қайталанган, сурункали туберкулёз):

-Б гуруҳча—ўпкадан ташқари жойлашган нофаол туберкулёз (биринчи марта топилган нофаол туберкулёз ҳам) билан оғриган бемор болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—ўпкадан ташқари жойлашган, силдан клиник соғломлашган ва катта қолдиқ ўзгаришлари бор болалар ва ўсмирлар.

4 гуруҳ — туберкулёз ривожланиш хавфи юқори бўлган болалар ва ўсмирлар;

-А гуруҳча—туберкулёз қўзғатувчисини ажратувчи фаол туберкулёз беморлари ва ҳайвонлар билан мулоқотда яшовчи болалар ва ўсмирлар;

-Б гуруҳча — фаол туберкулёз беморлари (туберкулёз таёқчасини ажратмайдиган) билан мулоқотда яшовчи болалар ва ўсмирлар;

-В гуруҳча—туберкулёз билан бирламчи зарарланган (вираж), гиперергик сезгирликдаги туберкулёз билан зарарланган (инфицирланган) ва БЦЖ эмлашидан кейинги асоратлар мавжуд болалар ва ўсмирлар.

ТУБЕРКУЛЁЗ ЖАРАЁНИ ДИНАМИКАСИНИНГ АСОСИЙ КўРСАТКИЧЛАРИ

Бу жараён динамикаси ҳақидаги масалани тўғри ҳал қилиш учун уларни яхшилаб изоҳлаш учун силга қарши муассасаларнинг амалий ишида ишлатиладиган қатор тушунчаларни келтирамиз.

1. Жараённинг фаоллиги.

а) Фаол жараёни, касалликнинг клиник рентгенологик белгилари билан бирга давом этувчи туберкулёз ўзгаришлари деб ҳисоблаш зарур. Бу белгилар қуйидагилардир: интоксикация симптомлари, перифокал реакцияси бўлган фиброз ва ўчоқли тузилмалар, деструкцияси бор ёки усиз намоён бўладиган инфильтратив ўзгаришлар (бактерия ажратувчанлиги бор йўқлиги), ЭЧТнинг тезлашуви, лейкоцитар формуланинг силжишлари ва х.к. шулар жумласидан. Булар даволаш, эпидемияга қарши, тиклов (реабилитацион) ва қатор махсус тадбирларни ўтказишга даъват этади. Бронхологик, цитологик, биокимёвий ва иммунологик тадқиқотлар натижалари ҳам туберкулёз жараёни фаоллигини тасдиқлаш мумкинлини беради.

2. Бактерия ажратувчилар.

Туберкулёз касаллиги аниқланган шахслар ёки силга қарши диспансер муассасасида ҳисобда турганлар бактерия ажратувчилар тариқасида ҳисобга олинади. Улар қуйидагилар:

а) туберкулёз микобактериялари ҳар қандай текширув усулида, ҳатто битта текширишда (аммо туберкулёз жараёни фаоллигидан далолат берувчи клиник — рентгенологик маълумотлар мавжуд бўлганда) аниқланган беморлар:

б) туберкулёз микобактерияларини икки марта, ҳар қандай усулда (ҳатто ўпкада аниқ рентгенологик туберкулёз ўзгаришлари бўлмаганда оқи фаол бўлмаган клиник рентгенологик туберкулёз жараёни мавжуд бўлса аниқлаш, Бу ҳолларда специфик эндобронхит, казеоз лимфа тугунининг йўлига тешиб ўтиши ёки рентгенологик усулда қийин аниқланадиган унча катта бўлмаган ўчоқнинг парчаланиши бактерия ажратувчанлик манбаи бўлиши мумкин.

3. Жараённинг турғунлашуви - специфик жараённинг тузалиб кетганини акс эттиради, ҳудди касаллик сўнишидаги каби таърифланади.

4. Клиник жиҳатдан соғайиш — дифференциаллашган кузатув муддатлари билан тасдиқланган туберкулёз жараёнининг бир қадар тузалиб кетишидир.

Уларга қуйидагилар киради:

-интоксикация клиник белгиларининг йўқолиши;

-гемограмма ва ЭЧТ кўрсаткичларининг асл ҳолига келиши;

-беморни физикал текшириш усулларида ва беморнинг шикоятлари асосида аниқланадиган ўпка сили маҳаллий белгиларининг йўқолиши (йўтал, балғам ажратиш, ўпкада эшитиладиган қуруқ ва нам хириллашлар), везикуляр нафас олишнинг тикланиши;

-бактериоскопик ва бактериологик, кўрсатмалар бўлган ҳолларда биологик усуллар билан аниқланадиган бактерия ажратувчанликнинг тугаши;

-нафас аъзолари сили рентгенологик белгиларининг йўқолиши (ўчоқларда сурилиши жараёнининг ва плевра ҳамда ўпкада инфильтратлар борлиги, ўчоқ ва фокусларнинг зичлашуви ва кальцинациялашуви) ўпкада парчаланиш бўшлиқларининг тузалиши;

-қатор клиник, биокимёвий синамапар ва иммунологик кўрсаткичларни аниқлаган ҳолда тери остига туберкулин юборилган синамадаумумий ваўчоқли реакциянинг бўлмаслиги;

-рентгенологик усулда ва функционал тадқиқотларда аниқланадиган ўпка ва плеврадаги силдан кейинги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда иш қобилятини тиклаш.

Ўпка сили тузалишининг рентгенологик белгилари ҳам аста-секин намоён-бўлиб, клиник — лаборатор кўрсаткичлар суратидан сустроқ бўлади.

Шундай қилиб, беморларни фаол кузатув гуруҳидан фаол бўлмаган кузатув гуруҳига ўтказиш учун клиник ва лаборатор соғайиш кўрсаткичлари билан бир қаторда бациллаларнинг барқарор бўлмаслигини ва парчаланиш бўшлиқларининг беркилишини инобатга олоқ зарур.

5. Қолдиқ ўзгаришлар - бу турли катталиқда бўлган зич, кальцийланган ўчоқлар ва фокуслар, фиброз-чандикли ва цирротик ўзгаришлар (шу жумладан қолдиқ санация бўлган бўшлиқлар билан), плеврал тузилмалар, ўпка ва плеврада (кичик ва катта) операциядан кейин юз берувчи ўзгаришлардир.

6. Зўрайиши - самарали даво тугаллангандан кейин клиник соғайиш юз бергунига қадар даврда туберкулёз жараёнининг қайтадан авж олиши.

7. Қайталаниш (рецидив)- илгарилари туберкулёз билан оғриб тузалган шахсларда касаллигининг қайта авж олиши:

- а) эрта — Ива IV ҳисоб гуруҳи кузатув остида бўлган шахсларда;
б) кечиккан — диспансер ҳисобидан чиқариб юборилган шахсларда.

Туберкулёзни DOTS стратегияси бўйича аниқлашни ташкиллаштириш

DOTS (Directly Observed Treatment Short) туберкулёз касаллигига қарши илмий ёндошилган стратегия ҳисобланади, юқори касаллик кўрсаткичига эга бўлган давлатлар учун Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилоти томонидан тавсия этилган. Унинг асосий вазифаси туберкулёзни аҳолии орасида тарқалишини пасайтириш ва у орқали келиб чиқадиган иқтисодий- ижтимоий талофатларнинг олдини олиш ҳисобланади.

DOTS стратегиясининг асосий элементлари:

1. Ёрдам сўраб келган беморлар балғамини микроскопик текширув ёрдамида туберкулёзни аниқлаш.
2. Стандартлашган қисқа вақтли химиотерапия препаратларини назорат остида қабул қилиш билан боғлиқ.
3. Доимий туберкулёзга қарши перпаратларни етказиб бериш.
4. Туберкулёзга қарши хизмат объектларининг мониторинги.
5. Дастурни давлат томонидан қўллаб қувватланиши.

DOTS стратегиясини приоритетларига киради:

- Мусбат кўрсаткичга эга бўлган балғам суртмасидан 70% беморларни аниқлаш;
- Биринчи марта аниқланган, балғам суртмани 85% мусбат беморларни тўлиқ тузатиш.

Туберкулёзни аниқлашни DOTS стратегияси бўйича ташкиллаштириш.

Диагностиканинг асосий мақсади фаол ҳолатларни клиник кўриниши бор беморларни аниқлаш ҳисобланади.

Қўйилган туберкулёз диагнози ва бемор регистратсияси маҳаллий туберкулёзга қарши муассасада ўтказилади.

Туберкулёзни 4 кўрсаткичи асосида тасниф қилинади:

- ўчоқ локализацияси
- касаллик оғирлиги
- балғам суртмасининг бактериоскопик натижаси
- илгари туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлиги

Туберкулёзнинг таснифи бўйича критериялари

1. Ўчоқ локализацияси: ўпка шакли ёки ўпкадан ташқари шакли.

Тавсия этилган даволаш режаси жароҳатланган ўчоқ локализациясига боғлиқ эмас. Инфекция ўчоғини локализациясини аниқланиши туберкулёзни тўғри регистратсияланишига олиб келади. Ўпка туберкулёзи термини касаллик ҳолати сифатида ишлатилади, унда патологик жараён ўпка паренхимасида бўлади.

Ўпкадан ташқари туберкулёзда фақат ўпка паренхимаси туберкулёздан ташқари касалликнинг ҳамма ҳолатларини киритиш мумкин. Ўпкадан ташқари туберкулёз диагнозини қўйишда диагностик материал клиник кўрсаткичлар фаоллиги асосида қўйилади.

- Ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёз ўчоқлари мавжуд ҳолатларни ўпка туберкулёзи каби интерпретация қилиш лозим.

- Оғир ўпкадан ташқари жароҳатланишларда локализациялашган ўпка туберкулёзи шаклида манфий суртма билан ўпкадан ташқари кўринишда регистратция қилинади.

- Ўпкадан ташқари туберкулёз аниқланиш ўчоқларини бир неча аъзоларида жойлашиши ёки системаларида энг оғир жароҳатланган ўчоқ локализациясига боғлиқ.

2. Касаллик оғирлиги.

Қўзғатувчи микдори, ўчоқнинг анатомик локализацияси ва жароҳат тарқалиши касаллик оғирлигини белгилайди. Анатомик локализацияси туберкулёз классификацияси билан боғлиқ.

3.Бактериологик текширув

Бактериологик балғам текширилиши қуйидагилар асосида олиб борилади

- Балғамда МБТ бор беморларни идентификацияси
- Беморлар регистрацияси

4.Туберкулёзга қарши ўтказилган терапия.

Туберкулёз классификациясида шуни билиш керакки, бемор келишидан олдин туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлигини, бу қуйидаги масалаларни ҳал қилиш учун керак:

- Эпидемиологик мониторинг
- Препаратларга нисбатан турғун беморларни идентификацияси ва даволаш режаси.

Беморларнинг терапевтик категорияси:

Беморларни категорияга бўлишда қуйидагиларга эътибор берилади:

- 1.Балғамнинг бактериоскопия текшируви натижалари.
- 2.Туберкулёз билан касал бўлиб ўтганлиги тўғрисидаги ҳужжат.
- 3.Даволанишнинг узилишлари тўғрисидаги ҳужжат.
- 4.Касаллик оғирлиги ва жараёни тарқалганлиги.

I. категория.

Биринчи марта аниқланганлар, илгари даволанмаганлар

А) Ўпка туберкулёзи, мусбат балғам суртмаси билан.

Б)Ўпка туберкулёзи, манфийбалғам суртмаси Билан, лекин катта паренхиматоз жароҳатланиш билан.

В)Ўпкадан ташқари туберкулёз катта жароҳатланган ва оғир кечувчи жараён билан.

II. категория.

- Рецидивланувчи беморлар.
- Даволаниш кечишини ёмонлашиши.
- Бошқалар типига кирувчи ҳамма беморлар.
- Режими бузилгандан кейин даволанган беморлар

III. категория.

-Биринчи марта аниқланган, лекин илгари даволанмаган беморлар манфий суртма билан.

-Биринчи марта аниқланган, оғир бўлмаган ўпкадан ташқари туберкулёз шакли.

IV. категория.

II категория бўйича ноэффektiv даволаниш сабабли сурункали ҳолатга ўтганлар.

Хулоса: Силга қарши муассасаларда туберкулёз беморларини ўз вақтида жойлаштириш, даволаш схемаларини тўғри танлаш, даво этапини тўлиқ қабул қилиш ва ўз навбатида туберкулёз беморлари билан мулоқотда бўлган кишиларни ўз вақтида кечиктирмай «Д» назоратга олиш ва профилактик даво чораларини ишлаб чиқиб ўз вақтида қўллашдан иборат. Бундан ташқари беморларни ДОТС дастури асосида даволаш ишлари интенсив ва қувватловчи фазаларни ўтказишдан иборат. Болаларда силга қарши эмлаш ва байта эмлаш ишларини олиб бориш. Туберкулёз ўчоғидаги ишларни СЭС ходимлари ва участка фтизиатрлари билан тўғри йўлга қўйиб олиб боришдан иборат. Беморларни ташхислаш учун ўз вақтида тўғри текширув ишларини олиб бориш керак. Бунинг учун балғамни бактериологик ва бактериоскопик усулларда текшириш билан бирга рентгенологик текшириш усуллари ҳам аниқ ташхис қўйишда ёрдам беради.

Амалий машғулот №1.

Мавзу номи: Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар-эпидемиологик тартиб.
Ўпка силани ташхислаш ва лаборатор ташхислаш.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Туберкулёз касалликлар клиникасида сан. эпид. тартиб, уни юритиш, талаб даражасида риоя қилиш.
	3. Сан.эпид тартиб аҳамиятли даражаларини ўрганиб чиқиш.
	4.Туберкулёз беморларини текшириш усуллари, лаборатор ва микробиологик усуллари тўғри олиб бориш. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	Таълимий:талабаларга фтизиатрия фани тўғрисида унинг тарихи, буюк алломалар иши, клиникада сан.эпид тартибга риоя қилиш, текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга туберкулёз микобактериясини Циль-Нельсон усулида бўйаш ва туберкулёз таёкчасини билғамда топиш йўлларни ўргатиш, қиёсий ташхислаш, туберкулёз таёкчасини микробларга чидамли турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи:мазуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Фтизиатрия фанини ривожланиши ва туберкулёз касалликлар клиникасида сан.эпид тартиб, туберкулёз беморларини лаборатор текшириш усуллари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, микроскоп, балғам суртмалари ва лаборатор шароитда балғам суртмасини тайёрлаш
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига муофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотида кириш 30 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар

	Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	
Асосий босқич 35 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик тахлилни(когорт тахлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг тахлилни ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт тахлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.**Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:**
- Профessional сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик тахлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талаба билим базасини баҳолаш учун саволлар

1. Дезинфекция усуллари айтинг?
2. Аҳолини санитар билимини ахамияти?
3. Туберкулез микобактерияси турлари?
4. Қандай шароитлар туберкулез жараёнини ривожланишига олиб келади?
5. Туберкулез жараёни патогенези ва патологик анатомия босқичлари?
6. Нафас аъзолари туберкулези қандай интоксикация симптомлари билан намоён бўлади?
7. Нафас аъзолари туберкулези қандай пальпатор маълумотлар билан кечади?
8. Нафас аъзолари туберкулези қандай перкутор маълумотлар билан кечади?
9. Нафас аъзолари туберкулези қандай аускультатив маълумотлар билан кечади?
10. Туберкулез билан касалланган беморлар клиник маълумотларининг қиёсий ташхислашни ахамияти?
11. МБТ аниқлашда қандай лаборатор усул туберкулез клиникасида кенг қўлланилади?
12. МБТ аниқлашда Циль-Нильсен усули босқичларини айтинг.
13. Туберкулез жараёнида УҚТда қандай ўзгаришлар кузатилади?
14. Туберкулез жараёнида қоннинг биохимик маълумотлари қандай ўзгаришлари билан кечади?

Туберкулёз касалликлар клиникасида санитар эпидемиологик тартиб Туберкулёз билан касалланган беморларни текшириш усуллари

Ўпка туберкулёзининг клиник белгилари хилма-хилдир, аммо касаллик махсус бир белгиларга эга эмас. Буни аниқлаш ҳозирда экологик ўзгаришлар билан характерланувчи замонавий шароитларда, одам организмига турли хилдаги вакциналарни кўп марта таъсири, зардорларни ва антибиотикларни ҳамда туберкулёз қўзғатувчисининг хусусиятларини ҳисобга олиш керак.

Бунда асосан 3 та вазиятни назарда тутиш зарурдир:

1. Туберкулёз билан хасталанган беморлар клиник белгилари бошлангандан бошлаб мутахассис – фтизиатрга эмас, балки УАШга мурожаат қилишади.
2. Туберкулёз – бу инфекцион касаллик ва беморлар атрофдагилар учун жиддий эпидемиологик хавф туғдириши мумкин.
3. Туберкулёз касаллигини даволашда махсус туберкулёзга қарши дориларни қўллаш талаб қилинади ва бу етарли билим ва малакага эга бўлган фтизиатр – мутахассис томонидан кузатиб борилиши керак.

Сўраб-суриштириш ва физикал текширув усуллари ўтказгандагина туберкулёзга шубҳа қилиш мумкин. Туберкулёзни эрта ва ўз вақтида аниқлаш учун, шунингдек исботланган ташхис қўйиш учун ҳам махсус текшириш усуллари зарурдир.

Булар фтизиатрияда иммунологик, микробиологик, нур, эндоскопик ва морфологик усуллар ҳисобланади. Булар туберкулёз касаллигининг ташхиси ва қиёсий ташхисида, касаллик кечиши ва даволаш натижаларини баҳолашда асосий аҳамиятга эга.

Асосий белгилар.

Нафас аъзолари туберкулёзининг типик белгилари: ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаха пасайиши, озиб кетиш, тана ҳароратининг кўтарилиши, терлаш, қуруқ ёки балғамли йўтал, ҳансираш, кўкрак қафасидаги оғриқ, қон туфлаш. Бу белгилар турлича намоён бўлиши ва турли кўринишларда учраши мумкин.

Ҳолсизлик, тез чарчаш, иштаханинг ёмонлашуви, озғинлик, сержаҳллик, меҳнат фаолиятининг сусайиши туберкулёз интоксикациясининг эрта белгилари ҳисобланади. Туберкулёзга дучор бўлган беморлар бу белгиларни касаллик билан боғлашмайди, чунки бу белгиларнинг пайдо бўлишини жисмоний ва психик зўриқишдан деб ўйлашади.

Интоксикацион белгилар аниқлашда туберкулёз касалликлари бўйича хавф гуруҳига кирувчи шахслар эътиборни жалб этади. Шундай беморлар чуқур текширувдан ўтказилганда туберкулёзнинг бошланғич шакллари аниқлаш мумкин.

Тана ҳароратининг кўтарилиши (иситма) инфекцион ва ноинфекцион касалликларнинг одатий клиник белгилари бўлиши мумкин. Туберкулёзда тана ҳарорати субфебрил, фебрил ва нормал бўлиши мумкин. Бу кўпинча йирик лабиллиги билан ажралиб туради, жисмоний ва руҳий зўриқишдан кейин ошади. Туберкулёз билан оғриган беморлар тана ҳароратининг ошишини енгиллик билан ўтказишади ва деярли сезишмайди.

Туберкулёз интоксикациясида болаларда куннинг иккинчи ярмида тана ҳарорати киска муддатга 37.0-37.5°C га ошади ва ушбу кўтарилиш даврий равишда кузатилади, баъзан ҳафтасига 1-2 марта ва нормал тана ҳароратлари билан алмашинади. Кам ҳолатларда тана ҳарорати 37°C атрофида, эрталабки ва кечқурунги ҳароратлар оралиғи 1°C оралиғида сақланади.

Туберкулёз касаллигида субфебрил ҳарорат вегетатив бузилишлар туфайли ҳарорат кўтарилишидан фарқли равишда амидопирин буюрилганда одатда тушади (амидопиринли синама). Ҳароратнинг тушиши гидразин- изоникотин кислотаси препаратлари фонида ҳам кузатилади.

Турғун, монотон, кам тебранувчи субфебрил ҳарорат кун давомида бўлса туберкулёз учун характерли эмас ва у кўпинча сурункали носпецифик яллиғланишни, бурун, халқумда, параназал синусларда, ўт йўлларида ёки жинсий аъзоларда бўлганида кузатилади. Тана ҳароратининг субфебрил бўлиши яна эндокрин бузилишларда, ревматизмда, саркоидозда, лимфогранулёматозда, буйрак ракида кузатилади.

Гектик типдаги юқори иситмалаш ўткир кучайиб боровчи ва оғир туберкулёз билан зарарланишда кузатилади (милиар туберкулёз, казеозли зотилжам, плевра эмпиемаси). Интермиттирланувчи гектик иситмалаш милиар туберкулёзнинг тифоид шаклини қорин тифидан фарқловчи белгилардан бири ҳисобланади. Туберкулёздан фарқли равишда қорин тифида ҳарорат кўтарилишга турғун мойиллик бўлади. Кейинчалик узоқ муддат давомида стабил баланд бўлади.

Кам ҳолатларда ўпка туберкулёзи билан касалланганларда нотўғри иситмалаш типи кузатилади. Бунда эрталабки ҳарорат кечкисидан баланд бўлади. Ушбу иситмалаш оғир интоксикациядан далолат беради. Бундай ҳолат туберкулёз бўлмаган касалларда ҳам кузатилиши мумкин.

Интоксикациянинг энг кўп учрайдиган белгиларидан бири кўп терлаш ҳисобланади. Туберкулёз билан касалланганлар касалликнинг бошланғич даврида тунги ёки эрталабки соатларда бош ва кўкракнинг кўп терлаши кузатилади.

Кескин ривожланган профуз терлаш (нам ёстиқ симптоми) казеозли зотилжамда, милиар туберкулёзда ва бошқа асоратланган оғир шаклдаги туберкулёзда ҳамда носпецифик ҳамда ўткир инфекцион касалликларда, сурункали яллиғланиш жараёнлари қўзғалишида кузатилади.

Йўтал жудаям кўп ҳолларда ўпка, нафас йўллари, плевра, кўкс оралиғининг яллиғланиши ва ўсма касалликларида пайдо бўлади.

Туберкулёз касалликларининг эрта босқичларида йўтал бўлмаслиги мумкин. Баъзан беморлар даврий равишда пайдо бўлувчи секин йўталишни сезишлари мумкин. Туберкулёзнинг ривожланиб бориши йўталнинг кучайишига олиб келиши мумкин. У қуруқ (нопродуктив) ёки балғам кўчиши билан (нопродуктив) бўлиши мумкин.

Қуруқ хуружсимон йўтал бронхларнинг катталашган лимфа тугунлари билан эзилганда ёки кўкс оралиғи аъзоларининг силжишида пайдо бўлади. Бундай силжиш экссудатив плевритли беморни плевра бўшлиғида кўп миқдорда экссудат тўпланганда кузатилади. Қуруқ хуружсимон йўтал айниқса бронхлар туберкулёзида пайдо бўлади.

Туберкулёз касаллиги билан касалланганларда продуктив йўтал ўпка тўқимасининг деструкцияси бўлганида (структураси бузилганида), бронхонодуляр окма пайдо бўлганида ҳамда плевра бўшлиғидан йиринг ёки суюқликнинг бронх дарахтига очилишида пайдо бўлади. Туберкулёзда йўтал, бундан ташқари сурункали носпецифик бронхит ҳамда бронхоэктазларда бўлиши мумкин.

Балғам туберкулёзнинг бошланғич босқичида беморларда кўпинча йўқ ёки унинг ажралиши кўшилиб кечувчи сурункали бронхит туфайли бўлади. Ўпка тўқимасининг парчаланиши бошланганидан сўнг балғам миқдори оша бошлайди. Асоратланмаган ўпка туберкулёзида

одатда рангсиз, гомоген ва ҳидсиздир. Носпецифик яллиғланиш қўшилиши йўталнинг кучайиши ва балғамнинг ошишига олиб келади. Бу ҳолатларда балғам йирингли бўлиши ҳам мумкин.

Ҳансираш нафас ёки юрак, қон-томир етишмовчилигининг клиник белгиси бўлиб ҳисобланади. Ўпка касалликларида у асосан нафас юзасининг камайиши, бронхиал ўтказувчанлигининг бузилиши, кўкрак қафаси ва диафрагма экскурсиясининг чекланиши, альвеола девори орқали газлар транспортининг бузилиши ҳисобланади.

Нафас марказига патоген микроорганизмларнинг ҳаёт жараёнлари натижасида ҳосил бўлувчи ва тўқималарнинг парчаланиши натижасида пайдо бўлувчи токсик маҳсулотлар таъсири туфайли ҳам пайдо бўлиши мумкин. Яққол ҳансираш ўпка туберкулёзининг ўткир кечишида ҳамда сурункали диссеминирланган, фиброз-каверноз, цирротик ўпка туберкулёзида ҳам кузатилади.

Ўпка туберкулёзи ва бошқа ўпка касалликлари ривожланиши сурункали ўпка юраги ва ўпка-юрак етишмовчилиги ривожланишига олиб келади. Бундай ҳолатларда ҳансираш яққол кучаяди.

Ҳансираш кўпинча ўпка туберкулёзининг асоратларини спонтан пневмоторакс бўлак ёки ўпкани тотал ателектази, ўпка артерияси тизимида тромбоэмболияда биринчи ва асосий симпиом бўлиб ҳисобланади. Плевра бўшлиғида тез ва кўп миқдорда экссудат тўпланганда ҳансираш кутилмаганда ва кучли ривожланган бўлади.

Кўкракдаги оғриқ трахея, ўпка, плевра, юрак, аорта, перикард, кўкрак девори, умуртка поғонаси, қизилўнгач ва баъзан қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликлари белгилари ҳам бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзида кўкракдаги оғриқ яллиғланиш жараёнини париетал плеврага тарқалиб адгезив плеврит ривожланиши туфайли келиб чиқади.

Оғриқ нафас олганда, йўталганда, кескин ҳаракатларда пайдо бўлади ва кучаяди. Оғриқнинг локализацияси кўпинча ўпканинг зарарланган соҳасини кўкрак девори проекциясида бўлади, бироқ диафрагмал ва медиастинал плевра яллиғланганида оғриқ эпигастрал соҳага, бўйинга, елкага, юрак соҳасига иррадиация беради.

Қуруқ туберкулёз плевритида оғриқ олдиндан ва узоқ сақланади. Оғриқ йўталганда, чуқур нафас олганда, кўкрак қафасига босилганда ва яллиғланишнинг жойлашишига қараб эпигастрал ёки бел соҳасига иррадиацияланиши мумкин. Шу сабабли диагностик кийинчиликлар туғдиради. Экссудатив туберкулёз плеврити билан касалланганларда кўкрак қафасида оғриқ ўткир пайдо бўлади, лекин плеврал экссудат йиғилиши билан камаяди ва сўрилгунча бўғиқ бўлиб қолади. Ўпка туберкулёзи ва бошқа яллиғланиш касалликларида оғриқларнинг кучсизланиши ва йўқолиши асосий касаллик регрессга учрамасдан ҳам бўлиши мумкин.

Туберкулёзда учровчи ўткир перикардит ҳолатларида оғриқ доимий эмас ва кўпинча бўғиқ. У беморнинг олдинга букилган ҳолатида камаяди.

Суюқлик пайдо бўлганда перикардда оғриқ камаяди, аммо у йўқолганда оғриқ яна пайдо бўлиши мумкин.

Кўкрак қафасидаги бирдан пайдо бўлган оғриқ туберкулёз асорати спонтан пневмотораксда пайдо бўлади. Стенокардия ва миокард инфарктдан фарқли ўлароқ пневмотораксдаги оғриқ гапирганда вақтда ва йўталганда кучаяди ва чап қўлга иррадиация бермайди.

Қовурғалараро невралгияда оғриқ қовурғалараро нервлар жойлашган йўл бўйича чегараланган бўлади ва қовурғалар оралиғига босган вақтда кучаяди. Туберкулёз билан хасталанган беморларнинг плевра зарарланишидаги оғриқдан фарқли ўлароқ унда тана зарарланган томонга бурилганда оғриқ кучаяди.

Ўпка раки ва бошқа ўсма касалликларида кўкрак қафасидаги оғриқ доимий ва секин-аста кучайиши мумкин.

Қон туфлаш ёки ўпкадан қон кетиши кўпинча инфилтратив, фиброз-кавернали ва ўпканинг цирротик туберкулёзида кузатилади. Одатда секинлик билан тўхтади ва янги қон ажралгандан сўнг яна бир неча кун тўқ рангли қон қўқалари ажралиши давом этади.

Қоннинг аспирация ҳолатларида ва қон туфлашдан кейинги ривожланган пневмония ҳолатларида тана ҳарорати кўтарилиши мумкин. Қон туфлаш яна сурункали бронхитда,

кўпгина носпецифик яллиғланишли, ўсма ва кўкрак қафаси аъзоларининг бошқа касалликларида учрайди.

Туберкулёздан фарқли ўлароқ пневмония билан хасталанган беморларда одатда бошида қалтираш пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади, кейин эса қон туфлаш ва кўкрак қафасида санчувчи оғриқлар пайдо бўлади. Ўпка инфарктида кўпинча бошида кўкракда оғриқ пайдо бўлади, кейинчалик тана ҳарорати кўтарилади ва қон туфлаш бошланади. Давомли қон туфлаш ўпка раки билан хасталанганларда кузатилади.

Массив ўпкадан қон кетиш фиброз-каверна, цирротик туберкулёз ва ўпка гангренада кузатилади.

Умумий қилиб олиб қараганимизда нафас аъзолари туберкулёзи кўп ҳолларда умумий инфекцион касалликлар сифатида заҳарланиш белгилари билан бошланади ва кўпинча грипп ёки пневмония ниқоби остида кечади. Кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш фонида бемор аҳволи яхшиланиб кетиши мумкин.

Туберкулёзнинг кейинги кечуви бундай беморларда одатда тўлқинсимон: касалликнинг хуруж даври босилиш даври ва нисбий қоникарли билан алмашинади. Ўпкадан ташқари туберкулёз шаклларида шартли равишда туберкулёз интоксикациясининг умумий симптомлари билан бир қаторда беморларда касалликнинг маҳаллий белгилари: туберкулёзли менингитда- бош оғриғи, ҳикилдоқ туберкулёзида - овоз бўғилиши ва томоқда оғриқ бўлиши, суяк ва бўғим туберкулёзида – бўғимда оғриқ, юришнинг ўзгариши ва чекланганлиги, аёллар жинсий аъзоларининг туберкулёзида – қориннинг пастки соҳасида оғриқ, менструал функциянинг бузилиши, буйрак, сийдик йўллари ва сийдик пуфагининг туберкулёзида- дизурик бузилишлар, бел соҳасида оғриқ, мезентериал лимфа тугунлари туберкулёзида- қорин соҳасида оғриқ ва ошқозон- ичак тракти функциясининг бузилиши пайдо бўлади.

Сўраб-суриштириш, физикал усуллар

Анамнездан касаллик қачон, қандай қилиб бошланганлигини аниқлаш зарур: шифокорга қандайдир сабаблар билан шикоят қилиши ёки доимий даврий кўриқларда аниқланиши мумкин. Бемордан белгиларни қандай пайдо бўлгандига ва динамикада қандай кечганлиги, илгари ўтказган касалликлари, травмалар, операциялар ўтказган-ўтказмаганлиги сўралади.

Пайдо бўлиши мумкин бўлган туберкулёзли плеврит, лимфаденитга эътибор берилади. Туберкулёз хавфига олиб келувчи юқори касалликлар бор ёки йўқлиги: қандли диабет, силикоз, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, алкоголизм, наркомания, ОИТС аниқланади.

Айниқса туберкулёз касаллиги юқори регионларда бўлган- бўлмаганлиги, ҳарбий ҳаракатларда иштирок этган- этмаганлиги, беморнинг шаҳар ёки қишлоқда туриш- турмаслиги муҳим аҳамиятга эга. Касби ва иш шароити, моддий, уй шароити, яшаш тарзи, алкоголь истемол қилиш – қилмаслиги, чекиш, шунингдек пеницилар системада бўлганлиги муҳим аҳамият касб этади.

Беморнинг маданият даражаси баҳоланади. Касалланган болаларнинг ота- онасидан туберкулёзга қарши эмлаш ва туберкулин синамаларининг натижалари сўраб-суриштирилади. Яна оила аъзоларининг саломатлиги ҳақида, уйда туберкулёз беморлари билан контактда бўлган- бўлмаганлиги, ўқиш жойида, ишда ва давомийлиги, туберкулёз билан хасталанган беморларнинг бор-йўқлиги ҳақда маълумотлар олиш зарурдир.

Кўрик. Авжланувчи ўпка туберкулёзи билан кечувчи беморларининг ташқи кўриниши нафақат тиббиётда, балки бадиий адабиётларда ҳам тасвирланган, балким *habitus phthisicus* номи билан ҳам машҳурдирлар. Бу тана вазнининг дефицити, оқарган юзда юзнинг қизили, кўзнинг ялтираши ва кенг қорачиқ, иерининг дистрофик ўзгариши, узун ва торайган кўкрак қафаси, коворғалар оралиғининг кенгайганлиги, ўткир эпигастрал бурчак, куракларининг (қанотсимон) орқада қолишидир.

Бундай ташқи кўринишлар чуқурлашиб кетган жараёнларда кузатилади. Беморлар кўригида айтарли бир патологик ўзгаришлар умуман аниқланмайди, бироқ кўрик ҳамма вақт

зарурдир. Бунда кўпинча ҳар-хил муҳим белгилар аниқланади ва тўлиқ ҳажмда ўтказилиши керак.

Беморнинг жисмоний ривожланганлигига, тери ва шиллиқ қаватлар рангига эътибор берилади. Ўмров ости ва усти чуқурчалари яққоллиги солиштирилади, ўнг ва чап кўкрак қафасининг симметриклиги кўрилади, чуқур нафас вақтида уларнинг ҳаракатчанлиги, ёрдамчи мушакларининг нафас олишда иштирок этиши баҳоланади. қовурғалараро ораликнинг кенгайиши ёки торайиши, операциядан кейинги чандиқлар, оқмалар битгандан кейинги чандиқлар аниқланади.

Қўл ва оёқ бармоқларида барабан таёқчалари кўринишидаги деформацияланган дистал фалангаларга ва тирноқлар шаклининг ўзгаришига (соат ойначаси кўринишида) эътибор берилади. Болалар, ўспирин ва ўрта ёшлиларда БЦЖ вакцинасидан кейинги чандиққа қаралади.

Пальпация терининг нам ёки қуруқлик даражасини, тургорлигини, тери ости ёғ қаватининг қалинлигини аниқлашга имкон беради. Яхшилаб бўйиндаги, қўлтиқ остидаги, чов соҳасидаги лимфа тугунлари пальпация қилинади. Агар ўпкадаги яллиғланиш жараёнига плевра ҳам қўшилган бўлса нафас олганда кўкрак қафасининг зарарланган томонининг орқада қолиши, кўкрак мушакларининг оғриши кузатилади.

Сурункали кечувчи туберкулёз беморларида ва катта операциядан кейинги ҳолатларда кўкрак қафаси ва елка камари мушакларининг атрофияси кузатилиши мумкин. Кўкс оралиги аъзоларининг қисман силжишини ҳам трахея ҳолатига қараб пальпация орқали аниқлаш мумкин.

Ўпка туберкулёзи беморларида овоз дириллаши одатий, кучайган ёки сусайган бўлади. Бу цирротик ва инфильтратив туберкулёзда, катта кавернали кенг дренажли бронх устида ўпка зичлашган соҳада яхши ўтказилади. Овоз дириллашининг сусайиши ёки умуман йўқолиши плевра бўшлиғига суяқлик ёки ҳаво йиғилганда, ателектазда, массив пневмониянинг бронх обтурацияси билан кечишида кузатилади.

Перкуссия нисбатан кўкрак қафасидаги ва ўпкадаги дағал ўзгаришларни яллиғланган ёки бўлакли характерга эга бўлган цирротик зарарланишда, плевра циррозида аниқлаш имконини беради.

Перкуссия шошилиш ҳолатлар, масалан: спонтан пневмоторакс, ўткир экссудатив плеврит, ўпка ателектазида асосий диагностик аҳамият касб этади. Қутчасимон товуш ёки калта шпка товушининг борлиги клиник вазиятни тез баҳолаш ва керакли текшириш имконини беради.

Аускультация. Баъзи нафас аъзолари касалликлари, айниқса туберкулёз нафас характери ўзгаришсиз ва ўпкадаги қўшимча шовқинларсиз кечиши мумкин. Бунинг эса сабабларидан бири бўлиб зарарланган зонани зич казеоз некротик массалар билан дренажловчи бронхнинг обтурацияси ҳисобланади.

Сусайган нафас плеврит, плеврал битишмалар, пневмоторакс учун характерлидир. Дағал ёки бронхиал нафас яллиғланган ўпка тўқимаси устида, кенг дренажловчи бронхли гигант каверна устида эшитилади.

Ўпкадаги хириллашлар ва плевра ишқаланиш шовқини рентгенологик ва эндоскопик текширувларда аниқлаш қийин бўлган касалликларни диагностика қилишга ёрдам беради.

Майда пуфакчали нам хириллашлар чегараланган ўчоқда яллиғланиш зонасидаги экссудатив компонентнинг устун келганлигидан, ўрта ва йирик пуфакчали хириллашлар парчаланиш бўшлиғи ёки кавернанинг белгиси бўлиб хизмат қилади. Нам хириллашларни эшитиш учун беморни чуқур нафас олиб чиқарганидан сўнг йўталиб қўйиш, кичкина пауза, кейин яна чуқур нафас олиш сўралади.

Бунда чуқур нафас олиш чўққисида хириллашлар пайдо бўлади, ёки уларнинг миқдори ошади. Қуруқ хириллашлар бронхитда, ҳуштак чалувчи бронхоспазмли бронхитда эшитилади. Қуруқ плевритда плевра ишқаланиш шовқини, перикардитда перикард ишқаланиш шовқини эшитилади.

Микробиологик текширувлар

Микробиологик айнан биктериологик текширишлар муҳим.

- Эпидемиологик жиҳатдан энг хавфли туберкулёз билан оғриган беморларни аниқлаш.
- туберкулёз диагностикасининг верификацияси
- Даволаш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида (организацион шакли, даволаш режаси).
- Даволаш эффективлигини баҳолаш ва прогнозлаш
- Силда эпидемиологик кузатиш мақсадида

Бактериологик текширувлар объектлари бўлиб нафас аъзоларини текшириляётганда олинадиган турли суюқликлар ва тўқималар ҳисобланади. Кўпинча балғам текширилади. Бошқа материаллар бўлиб нафас йўлларини аэрозол ингаляциядан кейинги ювилмалари, бронхиал альвеоляр чайилмалар, плеврал суюқлик ва ошқозон чайилмаси ҳисобланади (кўпинча болаларда балғам ютиб юборилади).

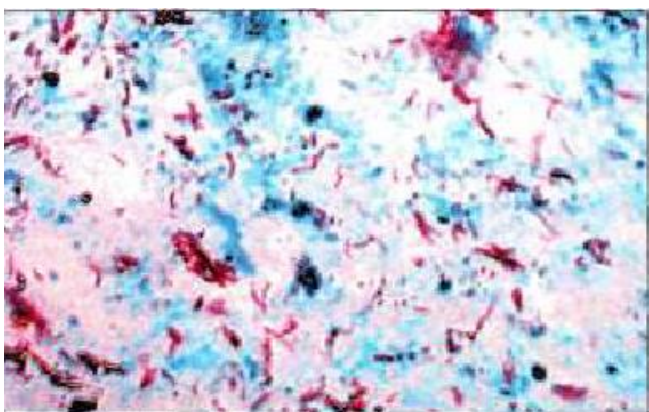
Жарроҳлик операциялари ва кейин лимфа тугунлари, ўпка ва плевра резектатларида текширишлар учун материаллар олинади.

Ўпкадан ташқари туберкулёз билан касалланганларда шубҳа пайдо бўлса турли хилдаги суюқликлар – цереброспинал суюқлик, перикардиал, синовиал, асцитик, бундан ташқари менструал қон, йиринг, суяк кўмиги пунктуати, гранулциялар, синовиал қаватлардан қирималар, лимфатик тугунлар ва уларнинг пунктуатлари, аъзолар резектатлари олинади.

Бактериологик текширишнинг классик усуллари бўлиб диагностик материалнинг микроскопияси ва културал текширувлар (экиш), микроорганизм турини аниқлаш билан бирга ҳисобланади. Туберкулёз таёқчалари топилганда уларнинг кимёвий препаратларга сезувчанлиги албатта аниқланади.

Диагностик материал суртмасининг микроскопияси умумий даволаш профилактика қароргоҳларини бўлиши шарт бўлган текширувдир. Текширишдан мақсад кислотага чидамли микобактерияларини топиш. Услуб Циль-Нилсен орқали бўялган суртмаларни оптик микроскопияси ёки флюорохром бўёқлар билан бўялган суртмани люминисцент микроскопда кўриш.

Ўпка силида бунақа бирламчи ориентирловчи текширувлар эпидемик нуқтаи назаридаги энг хавфли касалларни топишда ёрдам беради. Беморларни бирламчи микроскопик текширувида кислотага чидамли бактерияларнинг аниқланиши ёки шубҳа пайдо бўлишида силга қарши қароргоҳга ташхисли верификация мақсадида жўнатилади. Силга қарши курашишни бактериологик лабораторияларида балғамдаги манфий натижани бир марта эмас, 3 кун ва ундан кўпроқ кунда текширилади. Текшириш учун балғамни эрталабки порцияси олинади. Бундан олдин бемор тишларини тозалаб оғзини чайиши керак.



Ёруғлик микроскопияси.

Кислотага чидамли микобактериялар қизил рангда. Циль-

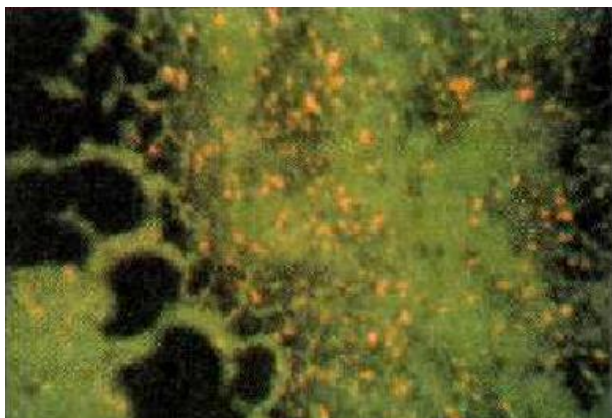
Герметик флаконга 3-5 мл балғам тўплаш зарур, аммо ундан камроқ бўлса ҳам бўлаверади. Балғам бўлмаган ҳолатларда кўзғатувчи 5-15% натрий хлор эритмасини 1% натрий бикарбонат эритмасидан фойдаланилган аэрозолдан фойдаланиш мумкин. Бундай ҳолатларда текшириш учун материал бўлиб бронх ёки ошқозоннинг ювилгвн сувлари ҳам бўлиши мумкин.

Балғам йиғилиши инфекцияни ҳаво-томчи йўли орқали тарқалишини олдини олиш учун алоҳида ажратилган муассасада олинади.

Циль-Нильсен усули бўйича

бўялганда кислотага чидамли микобактерияларни қизил рангга, ўраб турувчи фон қизил рангга ва кислотага чидамсиз микроорганизмлар кўк рангга бўялади. Микроскопик усулнинг аниқлиги ксилротага чидамли микобактерияларни ажратишда флюорохром препаратлари-аурамин ёки родоминли аурамин билан бўялганда кучаяди. Ультрафиолет билан ёритилганда микобактериялар қора- яшил фонда яққол сариқ рангга кўринади.

Бироқ микроскопик усулнинг ҳам ўз чегараси мавжуд. Оддий (тўғридан-тўғри) микроскопия Циль-Нильсен усули бўйича бўяб кўрилганда 1 мл материалда 50000-100000



Препаратни аурамин билан бўялган люминесцент микроскопияси. Микобактерия тўқ-яшил фонда сариқ рангли.

микроб таналари бўлса аниқлаш имконини беради. Бу микдордаги микобактериялар зўрайиб борувчи туберкулёз билан касалланганларининг балғамида бўлади.

Люминисцент микроскопияда 1 мл материалда туберкулёз таёкчаолари 1000 та атрофида бўлганда аниқласа бўлади.

Касалликнинг эрта боскичларида микобактериялар микдори кам бўлади.

Шунинг учун микроскопик текширувда топилиши қийин. Бундан ташқари микроскопия mycobacterium tuberculosis ни

бошқа микобактериялардан (микобактериоз қўзғатувчиларидан) ажрата олмайди ва айна касаллик этиологияси ҳақида етарлича

маълумот бера олмайди.

Микроскопия усулининг камчилиги культурал усулнинг ёки материални озик муҳитига экиш усулини тўлдиради. Туберкулёз микобактериялари культурасини олишда 1 мл суюқ материалда 20 тадан 100 тагача микроб ҳужайраларининг бўлиши етарлидир. Туберкулёз микобактерияларини ажратиш олиш учун стандарт озик муҳити бўлиб қаттиқ тухумли Левенштейн-Йенсен муҳити ҳисобланади, бунда 1-чи колонияларнинг ўсиши 4-8 ҳафтадан кейин кузатилади.

Яна суюқ ва ярим суюқ озик муҳитлари бор. Баъзи усуллар юқори селективли муҳитларни ишлатиш йўли билан микобактерия культурасини қисқа вақт ичида ўстириш имконини беради, аммо микроорганизмни ажратиш (идентификация) олиш учун қўшимча вақт керак бўлади.

Микобактериянинг тоза культурасининг олиниши биохимик усул ёрдамида m. tuberculosis ни бошқа нотуберкулёзли микобактериядан ажратиш, ҳаёт қобилятини аниқлаш, дори препаратларига вирулентлигини аниқлаш имконини беради. Шуниндек яна бактерия ажралишини ҳажми бўйича аниқлаш мумкин: кам-муҳитда - 10 гача колония; суус - 10 дан 50 гача ва кўп 50 ва ундан юқори.

Культурал текширувнинг камчилиги бу унинг 20 гача ўзилиб кетишидир. Аммо бу усулни туберкулезга шубҳа бўлган ҳамма беморларда, айниқса қайта микроскопик текширувининг манфий чиққан натижаларида қўллаш керак.

Культурал текширувни тезлаштириш мақсадида микобактерия ўсувчанлигини радиометрик йўли билан аниқлаш учун аппаратлар ишлаб чиқарилган эди. Бу типдаги аппаратлардаги суюқ озик муҳити таркибида нишонланган ^{14}C пальмитинли кислотаси бўлади. Махсус сенсор микобактериянинг ўсиш белгиларни 12 кун ичида ёки ундан ҳам эртароқ ^{14}C ажалиши орқали илғаб олади.



Микобактерия ўсишини рўйхатга олувчи ва уларни химиопрепаратларга сезгирлиги-ни аниқловчи BACTEC MGIT 960 автоматлаштирилган комплекси

Бошқа услуб микроб популяциясининг ўсиши жараёнида кислородни ютишга асосланган. Ёпиқ камерада кислород концентрациясининг камайиши флюороцеснт индикаторни активлайди. У эса ультрафиолет нурларида ялтирашни бошлайди. Бу аппаратлар ёрдамида микобактерияларни саралаш ва бошқа дори препаратларига сезгирлигини аниқлаш имконини беради.

Яна бошқа мукаммал автоматик аппаратлар кўриб чиқилмоқда. Культурал текширувлар туберкулёз микобактерияларининг дори препаратларига бўлган сезгирлигини ва унга турғун бўлган штаммларни аниқлаш имконини беради.

Микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади, қачонки препаратнинг пост, яъни танкидий концентрацияси қўшилганда туберкулёз микобактериялари ўсиш ва кўпайишдан тўхтаган бўлса, ўшандагина микобактериялар сезгир бўлиб ҳисобланади. Бу концентрацияда препарат турғун микобактерияларга таъсир қилмайди.

Туберкулёз микобактерияларини (МБТ) дори препаратларига турғунлигини тез аниқлашда биологик микрочипларни қўллаш деб ҳам ҳисоблаш мумкин. Буларни ДНК нинг генетик полиморфизмининг баҳолаш учун қўлланилади.

Биологик микротипларнинг миниатюрлиги, махсуслиги ва юқори сезувчанлиги бир вақтнинг ўзида қўзғатувчини аниқлаш қва дори препаратларига сезгирлигини аниқлаш имконининг беради. Бундай текширув натижалари ҳозирча одатий анъанавий культурал усул билан назорат қилинаёпти.

Лабораторияда микобактерияларнинг туберкулёзга қарши дориларга турғунлик даражаси ва спектрини аниқлаш химиотерапияни танлашда, даво эффективлигини назорат қилиш ва эпидемиологик мониторинг ўтказишда муҳим аҳамият касб этади.

Бактериологик натижалари маълумоти етарли бўлмаганда биологик усул билан тўлдирилиши мумкин. Бу усул тахминан туберкулёз микобактерияларини тутган беморлардан олинган биологик материални ҳайвонларга юктиришдан иборат. Одатда денгиз чўчкалоари ишлатилади.

Бу ҳайвонлар туберкулёз микобактерияларига ю қори сезувчан ҳисобланади, тахминан 1 ойдан кейин зарарланган ҳайвонларда туберкулёз ривожланади. Биологик усул жуда юқори сезувчан усул ҳисобланади, чунки 1 мл да 5 та микроб таначасидан кам бўлмаган материал денгиз чўчкасига юборилаётган вақтдан бошлаб туберкулёз ривожланади. Бироқ бу ташкиллаштирилган режа бўйича қийин ва етарлича катта маблағ талаб қилади.

Булар ДНК-гибридизация, изотермал аплификация системасининг кетма-кетлик мўлжали, лигаз занжирли реакция, полимер занжирли реакция (ПЦР) бўлиб ҳисобланади. Кўпроқ кенг қўламда ПЦР туберкулёз микобактериялари учун махсус бўлган праймери билан қўлланилади. Реакция *m. tuberculosis* ДНК нинг махсус қисмини амплификациясига асосланган. ПЦР туберкулёз диагностикаси лабораториясининг тез ва юқори сезгирли усули ҳисобланади. Намунадаги 1-10 хужайра тутувчи ташхисловчи материалда туберкулёз микобактерияларини аниқлаш 5-6 соатда ўтказилиши мумкин. ПЦР ни ўтказиш учун махсус тест- синамалар ва лаборатория зарурдир.

Плевра бўшлиғининг пункцияси

Плевра бўшлиғининг пункцияси катта диагностик ва кўпинча муҳим даволаш аҳамиятига эга бўлади. Плеврал пункция олдидан суюқликнинг борлиги ва локализацияси , газни ва плеврал бўшлиқнинг мумкин бўлган патологик ҳосилаларни физикал ва кўптекисликли рентгенологик тиекширишлар асосида аниқлаб олиш керак.

Одатда пункцияни беморнинг ўтирган ҳолатида бажарилади. Пункция қилинаётган томонда елка юқорига ва олдинга кўтарилиб қовурғалар оралиғи кенгайган ҳолатда бўлади. Беморнинг боши ва қўлини ушлаб туриш яхшироқ. Ў пка ва плевранинг чандикли ўзгаришлари бўлганида веналар жароҳатланса ҳаво эмболияси бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда пункцияни ётган ҳолатда кроват ёки столнинг боши пастга туширилган ҳолатда қилинади.

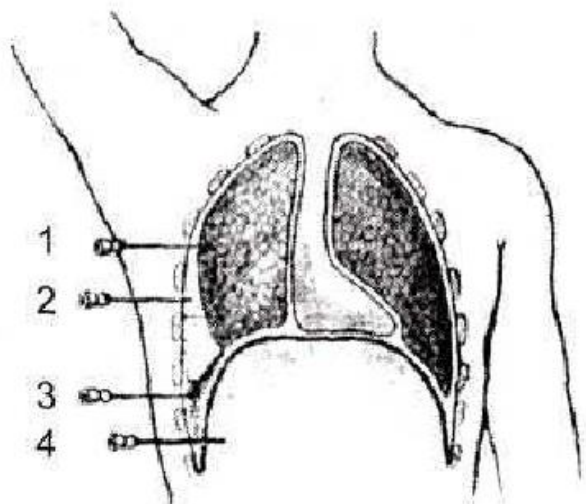
Плеврал бўшлиқдан суюқлик олишнинг классик ўрни бўлиб ўрта қўлтиқ ости ва курак чизиклари орасидаги 7 ва 8 қовурға оралиғи ҳисобланади. Плевра бўшлиғидаги ҳавони одатда ўрта ўмров чизиклари орасидаги 2 қовурға оралиғидан пункция қилинганда сўриб олинади.

Маҳаллий анестезия остида кўкрак қафаси тешилиши етарлича узун ва қалин игнада амалга оширилади.

Уни пастки қовурғанинг юқориги қирғоғи бўйлаб, қовурға остида жойлашган томир ва нервларнинг жароҳатланишидан эҳтиёт бўлган ҳолда амалга оширилади. Игна кран ёки силикон найча орқали шприц билан бириккан бўлиши керак. Суюқлик сўриб олинаётган пайтда шприцни ажратишдан олдин ёпилади ёки найчага қисқич қўйилади. Бу нарса плеврал бўшлиққа ҳпво кирмаслиги учун қилинади.

Плеврал бўшлиқдаги катта миқдордаги суюқликни секинлик билан кўкс оралиғи аъзолари тез силжимаслиги учун олинади. Мураккаб ва нотипик ҳолатларда плеврал пункцияни рентгентелевизион, ультратовушли ёки КТ назорати остида амалга оширса бўлади.

Плеврал пункция асоратлари бўлиб плевра ичига қон кетиши, бош мия томирлари ҳаво эмболияси, ўпкани ошқозон тешилиши бўлиши мумкин.



Плеврал бўшлиғи пункциясида игнани нотўғри киритиш мумкин бўлган вариантлари (схема).

1- Игна ўпкага киритилган.

2-Игна плевра бўшлиғига суюқлик чизигидан юқорига киритилган.

Асоратларининг профилактикаси бўлиб пункция аниқлик билан пункция ўрнини ва игнани йўналишини аниқлаш услубини, қатъий тўғри бажариш ҳисобланади.

Пункция вақтида олинаётган суюқликлар бактериологик текширувлар, суюқликни зичлигини аниқлаш, хужайравий таркибини аниқлаш, оксиллар ва глюкоза миқдорини аниқлаш учун стерил пробиркаларга ажратиб олинади.

Плевра, ўпка ва лимфа тугунлари биопсияси.

Биопсия кўпинча аниқ морфологик ташхис қўйишга имкон берувчи ягона усул бўлиб ҳисобланади

Ўпка, бронхлар, плевра, лимфа тугунларидан биоптатлар олиш учун трансбронхиал трансторакал, видеоторакоскопик, медиастиноскопик, қизитилган очик биопсия ҳамда лимфа тугунларини пункцион биопсиясида қўлланилади. Трансбронхиал биопсия асосий бўлакли шакли, сегментар ёки субсегментар бронхлар патологиясида кўрсатма бўлади. Биопсия учун турли хилдаги техник усуллар қўлланилади: қисқичлар билан тишлаб олиш (қисқичли биопсия) кюретка билан кириш, чўткача билан (чўткали еки брашбиопсия) кириш, проланли губкани босиш (губкали еки спонкбиопсия), аспирация қўлланилади. Усул танлашда олдиндан жараенни рентгенологик маълумотларга кўра бироқ охиригисини бронхоскопия жараенида аниқлаиб танланади.

Янада аниқроқ маълумотлар олиш учун кўпинча турли усуллар кушилган ҳолатда бажарилади бундай ҳолатларда қисқичли биопсияда гистологик текшируви учун етарлича катталиқдаги тукима олиш мумкинлигини тушуниш мумкин. Қириш пункция ва аспирация қисқичли биопсия амалга оширилиши мумкин булмаганда қўлланилади ва олинган маълумоти цитологик текшируви учун мўлжалланади.

Трахея бифуркациясига бронх лимфа тугунларига етиб биоптат олиш учун бронхоскоп орқали махсус игна билан пункция қилиш кенг қўлланилади.

Трансбронхиал қисқичли биопсиясини ўпка тўқимасини текшириш мақсадида амалга ошириш мумкин. Бронхофиброскопияни маҳаллий анестезия остида рентгентелевизион назорати остида рентгенэндоскопик кабинетда амалга ошириш лозим. Маҳаллий жараёнларда биопсияни рентгенологик патология аниқланган зонада қилинади ёки диссеминирланган жараёнларда эса энг ўзгарган зонадан олинади. Бронхоскопни керакли зонага охиригача киритилади, кейин эса озроқ тортилиб қисқичлар итарилади.

Нафас олиши чўққисида енгил қаршилиқни ҳис қилган ҳолатда чуқурроқга итарилади кўкрак қафасидан 3х4см узоқликда қисқичлар очилади ва нафас чиқарилганда браншалари беркитилади.

Одатда бундай йул билан гистологик текшируви учун етарли булган упка тукумасидан 2х3 бўлакча олинди. Асорати одатда булмайди, озгинагина кон туфлаш хавф тугдирмайди. Жуда ҳам кам ҳолларда висцерал плевра шикастланганда пневмоторакс ҳосил булиш мумкин.

Аспирацион ва чўткали биопсияни сегментар, субсегментар ва ундан ҳам майда бронхлардан олишда бронхоскопияни қўлламадан ўтказиш мумкин. Бунинг учун рентгеноконтраст бошқарувли катетрни маҳаллий анестезия йўли билан бурун орқали киритилади ва рентгентелевидение назорати остида патологик соя томон сурилади.

Махсус ускуна билан ёндош тўқима кесилади ва цитологик текширув учун олинади. Агар ўпкада емирилиш бўшлиқлари мавжуд бўлсатекширув якунида уни ювиш ва антибиотиклар киритишмақсадга мувофиқдир. Катетеризацияни бундай якунлаш жаволашдап ижобий натижа беради ва шунинг учун доимо фойдалидир.

Барча бронх орқали ўтказилган муолажалардан сўнг 2-3 кун давомида цитологику текшириш учун балғам йиғиш керак. Кўпинча балғамнинг айнан шу порцияларида илгари топишга муваффақ бўлинмаган муҳим диагностик материал топилиши мумкин.

Игна ва шприц ёрдамида ўтказиладиган **трансторакал игнали биопсия** плевра ва ўпкадан гистологик ва цитологик текшириш учункенг тарқалган материал олиш усули ҳисобланади. У плевра, периферик лимфа тугунларининг шикастланишлари ва қандайдир сабабларга кўра трансбронхиал биопсияни ўтказиш имкони бўлмаганда қўлланилади.

Игна биопсияга қарши кўрсатмалар бўлиб қон ивиш тизимининг бузилиши, эмфизема, ягона ўпканинг шикастланиши ҳисобланади.

Игна биопсия учун ёки оддий ингичка игналар (аспиратор биопсиялар), ёки махсус, нисбатан йўғонроқ игналар (трепанацион биопсия) ишлатилади. Бундай игналар турлича тузилишга эга бўлиб, нафақат цитологик, балки гистологик текширишлар учун ҳам плевра ёки ўпка бўлакчаларини олишга имкон беради.

Игна биопсияни беморнинг горизонтал ҳолатида маҳаллий анестезия остида ўтказилади. Кўкрак қафасини махсус игна билан пункция қилиш ўрни шундай танланадики, у пункция қилинувчи аъзо соҳасига жуда яқин жойлашган бўлиши лозим. Игнанинг ҳолати нур билан текширув усуллари- рентгенологик усуллар ва ультратовуш ёрдамида назорат қилинади.

Рентгенологик усуллардан рентгентелевидениедан фойдаланиш мумкин, лекин энг яхшиси- КТ дир. У игнанинг киритилиш чуқурлигини аниқ ҳисоблашга, игна йўналишини назорат қилишга ва игнанинг охири объектга тушишини таъминлайди. Игнанинг объектгача бўлган йўналиши пункцион датчикли ультратовуш билан назорат қилинганда монитор экранда акс этади.

Бунда игнанинг ҳолати ва йўналишини узлуксиз назорат қилиш, кўриш режимини ўзгартириш мумкин. Муолажа ионловчи нурланиш билан кечмайди. Шунга биноан у бемор ҳамда тиббий ходим учун умуман хавфсиздир ва шунинг учун бирор-бир чекловларга эга эмас.

Игнага материал олингандан сўнг тезлик билан препарат тайёрланади ва цитологик ҳамда гистологик текширув учун берилади. Зарур бўлганда қайтадан материал олиш мумкин. Трансторакал игнали биопсия ёрдамида 80-90% ҳолларда тасдиқланади. У ўпканинг ёмон сифатли ўсмаларида юқори ва яллиғланиш касалликларида паст самарадорликка эга.

Трансторакал биопсиянинг амалиётда кам учрайдиган, эҳтимоли мавжуд бўлган асоратлари қон туфлаш, пневмоторакс бўлиши мумкин. Пункция канали йўли бўйлаб ўсма метастазлари ривожланишига олиб келувчи ўсма ҳужайраларининг имплантацияси камдан – кам қайд қилинади. Унинг олдини олиш учун пункция канали деворини электрокоагуляция қилиш учун махсус анжомлар тўплами ишлаб чиқилган.

Бўйин олди (трансервикал) биопсия олдинги нарвонсимон мушакларда жойлашган клетчатка ва лимфа тугунларини жарроҳлик йўли билан олиб ташлашдан иборат.

жарроҳлик муолажаси маҳаллий анестезия остида ўтказилади. Узунлиги 4-5 см ли кесма ўмров суяги устидан ёки унга параллел ўтказилади. Гистологик текширув учун нарвонсимон мушаклар соҳасидаги тўқималар лимфа тугунлари билан бирга олинади.

Агар лимфа тугунлари пайпасланса, одатда трансцервикал биопсияни эмас, балки игнали биопсияни афзал кўришади. Лимфа тугунлари пайпасланмайдиган ҳолларда трансцервикал биопсия медиастиноскопияга нисбатан кўпроқ маълумот беради.

Очиқ биопсия- Кўкрак қафасини очиш орқали ўпка, плевра ва лимфа тугунларидан биоптат олиш усулидир. Очиқ биопсияни асосан ўпканинг диффуз ва тарқоқ касалликларида, шунингдек бошқа турдаги биопсиялар етарли маълумот бермаган ҳолларда қўлланилади.

Биопсия қовурғалар орасидан ўтказилган кесма (мини-торакотомия) орқали наркоз остида бажарилади. Оддий жарроҳлик асбоб-ускуналари ёки видеоторакокопия анжомларидан фойдаланилади. Очиқ биопсиянинг асосий афзалликлари- даражада ишончлилиги ҳамда ўпканинг битта ёки одатда 2-3 бўлагидан йирик биоптатлар олиш имконининг мавжудлигидир.

Бундай биоптатлардан нафақат гистологик, балки электрон-микроскопик, иммуногистохимик, иммунофлюоресцент текширувлар учун ҳам фойдаланиш ҳам мумкин.

Очиқ биопсиянинг асоратлари бўлиб пневмоторакс, гидроторакс, гемоторакс, оғир беморларда эса- нафас етишмовчилиги бўлиши мумкин.

Периферик лимфа тугунларининг пункцион биопсияси.

Лимфа тугунидан аспирацион ёки трепанацион биопсия ёрдамида диагностик материал олиш мумкин. Лимфа тугуни тўқимасини аспирация қилиш учун игнали оддий шприц ишлатилади. Терини анестезия қилгандан ва лимфа тугунига тешиб кирилганидан сўнг ҳар гал игнани шприцдан ажратган ҳолда 2-3 марта аспирация қиламиз.

Игнани лимфа тугунидан чиқаришдан олдин олинган материал шприцга сўрилиб кетмаслиги учун шприцни игнадан чиқариб олинади. Кейин олинган материал шприц ёрдамида игнадан буюм ойначасига чиқарилади ва цитологик ҳамда микробиологик текширувга берилади.

Трепанацион биопсияни лимфа тугунидан гистологик текширув учун тўқима бўлакларини олишга имкон берувчи махсус игна ёрдамида ўтказилади. Трепанацион биопсия аспирацион биопсияга қараганда нисбатан анча кўп маълумот беради.

Қон ва сийдикни текшириш

Ўпка туберкулёзи билан касалланган беморлар умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар патогномоник белги ҳисобланмайди. Касалликнинг ўткир даврида бироз лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши (таёкча ядроли нейтрофиллар фоизининг сезиларли ошиши), ЭЧТ ошиши кузатилади.

Организмидаги кўпчилик аъзолари туберкулёз билан шикастланган ва яққол интоксикация мавжуд беморларда баъзан гипохром анемия вужудга келади. Туберкулёзли яллиғланиш инволюцияга учраганида лейкоцитлар сони нормаллашуви қайд этилади, лимфоцитлар сони нормагача кўтарилади ва ҳатто ошади.

Қоннинг биокимёвий таҳлилини туберкулёзли яллиғланиш кечиши фазаси ва хусусиятларини баҳолаш, жигарнинг функционал ҳолатини аниқлаш ва ҳамроҳ касаллик сифатида кечувчи қандли диабетни истисно қилиш учун ўтказилади. Ўткир туберкулёзли яллиғланишда альбумин-глобулин коэффиценти камаяди, плазмада фибриноген ва сиал кислоталари миқдори ортади, С-реактив оксил пайдо бўлади. Кўп миқдорда балғам ажратадиган, йирингли плеврал экссудатлари ва буйрак амилоидози мавжуд беморларда гипопроотеинемия кузатилиши мумкин.

Қонда аланин ва аспарагин аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза, билирубин, қолдиқ азот, мочевино, креатинин аниқланиши, шунингдек коагуляцион синамалар(тимол, сулема) жигар фаолияти ва беморнинг дориларни кўтара олиши ҳақида маълумот беради.

Кўпинча туберкулёз билан бирга кечувчи қандли диабетни истисно қилиш мақсадида қонда глюкоза ва гликозилиланган гемоглобин миқдори аниқланади.

Қонни иммунологик текшируви баъзан касалликнинг туберкулёзли этиологиясини тасдиқлаш, унинг фаоллигини аниқлаш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун қўлланилади. Бунинг учун антиген-антитана реакциясига асосланган **иммунофермент таҳлил** қўлланилади.

МБТ га нисбатан антитаналар туберкулиннинг махсус препарати ёрдамида аниқланади-бу қуруқ антигенли эритроцитар диагностикадир. Туберкулёзда иммунофермент таҳлилнинг сезгирлиги 60-70% ни ташкил этади, махсуслиги эса – тахминан 90% атрофида бўлади.

Кўпинча фаол туберкулёзда лимфоцитлар бласттрансформациясининг мусбат реакцияси ва туберкулин билан стимуляция қилинганда лейкоцитлар миграциясининг тормозланиши, шунингдек иммунокомпетент ҳужайралар сонининг камайиши қайд қилинади.

Бу иммунологик текширувларнинг натижалари туберкулёз жараёнининг фазасига боғлиқ. Туберкулёз ривожланиш билан кечувчи беморларда лейкоцитлар миграциясининг тормозланиш реакцияси яққол акс этади. Специфик яллиғланиш авж олганида Т-лимфоцитлар сони ошади ва G ҳамда А-иммуноглобулинлар миқдори камайиши билан бир каторда розетка ҳосил қилувчи В-лимфоцитлар ошади. ППД туберкулин иштирокида лимфоцитлар яққол бласттрансформация реакцияси туберкулёз жараёнининг инволюцияси учун хос.

Иммунологик тестлар туберкулёзнинг қиёсий ташхислаш учун ҳам иш латилади. Рак ва саркоидозда туберкулёздан фарқ қилиб фитогемаглютининли бласттрансформация реакциясида Т-лимфоцитлар фаоллигининг сусайиши қайд этилади.

Туберкулёз билан касадланган беморлар **умумий пешоб (сийдик) таҳлили**да баъзан асосий касалликнинг жиддий ўзгаришлари аниқланади. Масалан, яққол и фодаланган туберкулёз интоксикациясида сийдикда оқсил ва гиалинли илиндрлар пайдо бўлиши мумкин. Ўпка туберкулёзининг амилоидоз билан асоратланиши турғун протеинурия ва микрогематурияга олиб келади. Бўйрак туберкулёзида сийдикда оқсил, лейкоцитлар, кўпинча эритроцитлар, баъзи беморларда МБТ ҳам топилади.

Амалий машғулот №2:

Мавзу номи: Туберкулезда иммунитет ва аллергия. Туберкулезни ташхислашда туберкулин синамалари.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Силда иммунитет ва аллергия, уни юритиш, талаб даражасида риоя қилиш.
	3. Туберкулин диагностика, туберкулин синамалари.
	4.Туберкулин синамаларини қўйиш, натижаларини баҳолаш. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	Таълимиий: талабаларга иммунитет ва аллергия тўғрисида маълумот бериш, иммунитет феноминлари. Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга туберкулин синамаси тўғрисида маълумот бериш, қўйиш техникалари, натижаларини ўқиш, қиёсий ташхислаш, туберкулин турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орали талабалар

	онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мазуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силда иммунитет ва аллергия, туберкулин синамалари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, микроскоп, туберкулин зардоб.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотида кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ёчадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилин ва ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессional сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билиминибаҳолаш учун саволлар

1. Иммунитетнинг 5 та феноменини айтинг?
2. Иммунологик жавобнинг 2 та асосий турини айтинг.
3. Иммунологик жавобнинг қандай хужайралари эффектор хужайралар ҳисобланади?
4. Туберкулинга таъриф беринг.
5. Туберкулин турларини сананг.
6. 2 ТБ билан РМанту қўйишдан мақсад ва усули.
7. Кох синамасини қўйишдан мақсад ва усули.
8. Нафас етишмовчилиги турларини айтинг.
9. Ташқи нафас функциясининг текшириш усуллари.
10. Спирографияда қандай кўрсаткичлар олинади?
11. Туберкулёз билан касалланган беморларда қандай бронхоскопик усуллар қўлланилади.
12. Нафас аъзолари касалликларида рентгенологик синдромлар қандай белгилар билан кузатилади?
13. Рентгенограммада патологик сояланишларнинг асосий турларини кўрсатинг.
14. Рентгенологик ташхислашнинг асосий усулларини айтинг.

Туберкулезнинг иммунитет феноменлари

Организмнинг силга қарши курашишида асосан сўнг пайдо бўлган хужайралар иммунитетига аҳамият берилади. Унинг асосида макрофаглар фаоллигини ошириш ва уларнинг Т-лимфоцитларга таъсирини кучайтириш ётади.

Туберкулёз таёқчаларининг ўзига қабул қилиб олган фагоцитлар парчаланиши натижасида фагоцит хужайрасидан ташқарига туберкулёз таёқчаларининг бўлакчалари чиқиб, α_1 -оксил ва ферментлар билан биргадир, натижада медиатор (интерлейкин-1) пайдо бўлади. Пайдо бўлган интерлейкин таъсирида Т-лимфоцитларининг фаоллиги кучаяди.

Т-лимфоцитлари эса ўз навбатида лимфокин – медиаторларини (интерлейкин 2) ишлаб чиқаради, бу эса макрофагларнинг ҳаракатини ва туберкулёз таёқчаларига нисбатан бўлган ферментатив фаоллигини оширади. Макрофаглар томонидан ишлаб чиқариладиган медиаторлар иммуноглобулинлар сентизига жавобгар ҳисобланган В-лимфоцитларнинг фаоллигини кучайтиради.

Т-лимфоцитлар орасида макрофагларнинг иммунитет жавобгарлигига нисбатан турли вазибаларни бажарувчи хиллари мавжуд. Т-хелперлар макрофагни фаоллаштиради, Т-супрессорлар аксинча макрофаг фаоллигини сусайтиради. Т-лимфоцитларнинг бир қисми Т-келлерлар макрофаглар билан бирга иммунитетнинг асосий феноменларидан бири бўлган хужайраларнинг силга қарши иммунитетини ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик ривожланишини таъминлайди.

Секин ривожланиши ўта сезгирликка хужайраларнинг, туберкулёз таёқчаларининг, антигени билан бўлган ўзаро таъсир реакциялари киради. Иммунологияда секин ривожланувчи ўта сезгирликни аниқловчи лимфоцитларнинг бланс-трансформацияси (шаклининг ўзгариши) лейкоцитлар кўчишининг (ҳаракатнинг) секинлашиши реакциясини аниқлаш қўлланилади. Секин ривожланувчи ўта сезгирлик амалда кенг кўламда аниқлаш учун туберкулин синамасидан фойдаланилади.

Силдан муҳофаза қилишда организм турғинлигини кучайтирувчи гуморол омиллар (комплемнт, лизоцим, пропердин, интерферон) муҳим аҳамиятга эга, булар айниқса иммунитет системасининг физиологик камчилиги бўлган янги туғилган чакалоқларда катта аҳамиятга эга. Катталарни туберкулёз касалидан сақлашда гуморол омилларнинг аҳамияти аниқ эмас, яъни ўрганилмаган.

Туберкулёз таёқчаларининг биринчи марта юкушига ва БЦЖ вакцинациясига қарши иммунитетнинг ташкил топиши, туберкулёз таёқчаларининг кўпайиши ва махсус яллиғланиш жараёни билан бир қаторда ривожланади. Иммунитетнинг кучайиши оқибатида туберкулёз таёқчаларининг кўпайиши сусаяди, яллиғланиш жараёни ҳам камая бошлайди.

Секин ривожланувчи ўта сезгирлик реакцияси вакцинациядан ёки туберкулёз инфекцияси организмга юққандан сўнг 2-3 ҳафата ичида етарли даражадаги иммунитет эса 8 ҳафтадан сўнг пайдо бўлади.

Иммунитет реакциясининг ривожланиши туберкулёз таёқчаларининг таркибий қисмларининг таъсири тўхташи жараёнида кечади. Туберкулёз таёқчаларининг вирулентлигини аниқловчи корд-фактори, фаголизомом ташкил топишини ва туберкулёз таёқчаларининг парчаланиш жараёнини секинлаштиради.

Агар туберкулёз таёқчалари кўп хил популяцияда бўлса ва жуда тез кўпайса, Т-супрессорлар кўпаяди, Т-хелперларнинг иммунологик фаоллиги ва секин ривожланувчи ўта сезгирлик сусаяди, бу силнинг тез ривожланишига ва ириган туберкулёз бўртмаларининг шаклланишига олиб келади.

Бордию туберкулёз таёқчаларининг хили (популяцияси) кам бўлса секин ривожланувчи ўта сезгирлик авж олгандан сўнг макрофаглар Т-лимфоцитлар медиатори таъсирида антиген таъсир этувчи томонга йўналади ва силнинг экссудатли бўртмаси ҳосил қилиш учун шароит яратади.

Макрофаглар ичидаги туберкулёз таёқчаларининг фосфатоидлари таъсирида макрофаглар эпителиясини ва кўп ўзакли катта Пирогов-Лангхас хужайраларига айланади. Бу хужайралар яллиғланиш ўчоғини чегаралаб қўяди. Туберкулёз бўртмаларини пайдо бўлишини туберкулёз инфекциясига қарши иммунологик реакциянинг ҳосили деб қараш керак.

БЦЖ вакцинаси билан эмланган организмда макрофаглар тез ҳаракатланиб туберкулёз таёқчалари кирган жойга етиб келади ва эмланилмаганларга қараганда туберкулёз таёқчаларини кўпроқ хазм қилишга қобилиятлироқ бўлади.

Иккиламчи силга силнинг бирламчи даврида пайдо бўлган иммунитетнинг мавжудлиги ҳосилдир. Унинг яққоллиги силнинг ривожланиши ва кечиши жараёнини белгилайди.

Туберкулёз инфекцияси биринчи марта юққанда ёки бирламчи туберкулёз даволаниб битгандан сўнг сақланиб қолган типик ёки L-шаклидаги туберкулёз таёқчалари организмдаги иммунологик ҳолатни давом эттиради.

Иккиламчи туберкулёз тана аъзоларида жойлашиб асосан туберкулёз таёқчалари битиб кетган бирламчи туберкулёз ўчоқларидан тарқалади (эндоген реактивация) ёки хаво орқали ёки овқатлар билан ютуш орқали (экзоген суперинфекция) юқади. Иккиламчи силнинг иммунитетидида ҳам макрофаглар билан Т-лимфоцитлар асосий аҳамиятга эга бўлиб, улар туберкулёз инфекциясининг тарқалишига ва туберкулёз яллиғланишининг кенгайишига қаршилиқ кўрсатади.

Иккиламчи силдаги инфекция жараёнига яллиғланиш ва тўқималарда эриш жараёни ҳосил бўлиб бу макрофагларнинг парчаланиши натижасида келиб чиқади. Эриш жараёни қон томирларни бузади, лимфоцитлар ва макрофагларнинг туберкулёз таёқчалари томон интилишига қаршилиқ кўрсатади, натижада эришнинг (казеоз) сўрилиши қийинлашади ва туберкулёз таёқчалари фагоцитлар томонидан яхши қамраб олинмайди.

Лимфа безлари касалланганда, хомла даврида айрим сабабларга кўра оч қолганда иммунитетни сусайтирувчи дорилар (иммунадеприв) қабул қилинган даврда, ичкиликбозликка, гиёхвандликка берилган кишиларда рак, қандли диабет касалларда табиий иммунитет сусайиб кетади.

Наслий омиллар ҳам туберкулёз таёқчалари юққандан сўнг пайдо бўладиган иммунитет системасига таъсир кўрсатиши аниқланган. Баъзи кишиларда HLA-антигенларининг мавжудлиги ва туберкулёз билан касалланиш ўртасида боғлиқлик борлиги аниқланган. HLA-антигени макрофаглар Т- ва В-лимфоцитларнинг фаоллигига таъсир этади, натижада туберкулёз жараёнининг кучайтиради ёки сусайтриади. HLA DR2 ва В антигени бор кишиларда БЦЖ вакцинациясидан сўнг хужайра иммунитетни ривожланмаслиги аниқланмаган.

Силнинг морфологик ўзгаришлари кўп қиррали бўлиб ўткир ириш (казеоз) ўчоқларидан тортиб жуда кичик ўзгаришларгача ва ҳатто тўқималарнинг силга хос бўлмаган ўзгаришларигача рўй беради.

Туберкулёз ўзига хос бўлмаган яллиғланиш реакциясидан бошланади. Тажрибада ҳайвонлар ўпкасига вирулентлиги кучли бўлган туберкулёз таёқчалари юқтирилганда бир кеча кундуз ўтиши биланок гистиоцит хужайраларнинг кўпайиши рўй беради; ўпка пуфакчаларининг девори яллиғланади ва етарли миқдорда лимфоцитлар, сегмент ядроли нейтрофил лейкоцитлари тўпланади, кейинчалик қонга тўлишган, яллиғланган қон томирлари атрофида ҳам лейкоцитлар тўпланади, ўпка пуфакчалари ичига эса макрофаглар йиғилади.

Лимфоплазмацитар ва гистамacroфагал бўртмачалар пайдо бўлиб уларнинг ичига эпителиоидсимон хужайралар тўпланади. Силга хос бўлган кўп ўзақли эпителиоидсимон хужайрали, марказида ириш жараёни бўлган бўртмачалар 1-1.5 ой ичида аниқланади.

Туберкулёз бўртмачалари экссудатив (зардобли), лимфоцитарли, продуктивли (сермахсул), эпителиоидсимон катта хужайрали ва ириган холда бўлиши мумкин бўлиб бу ёки бу кўринишларнинг устунлиги организмга юқган инфекциянинг миқдорига, вирулентлигига ва макроорганизмнинг реактивлигига боғлиқ. Қон томир ва бронхларнинг атрофида лимфоид хужайраларнинг кўп тўпланганлиги кўриниб туради.

Туберкулёз янада ривожланган тақдирда бўртмачалар бирлашиб йирик туберкулёз ўчоқлари пайдо бўлади, туберкулёз ўчоқларидан эса казеоз қисмлари мавжуд бўлган пневмоник фокус ташкил топади (яллиғланиш). Яллиғланиш тарқалиб нафас йўлларига ўтиб кетиши мумкин. Казеоз қисми ичига протеолитик ферментларни ажратувчи лейкоцитлар криб, яллиғланиш жараёни бошланса, казеоз қисми суюуклашиб бронх ичига ёрилиши мумкин.

Яллиғланишнинг ириши натижасида кавок-бўшлиқ (каверна) пайдо бўлади ва бу туберкулёз таёқчаларини ўпканинг бошқа қисмларига тарқатувчи манба ҳисобланади, натижада янги-янги туберкулёз ўчоқлари, яллиғланиш ва яна бошқа кавкчалар пайдо бўлиши мумкин. Бронх деворидаги яллиғланиш яраланса ҳам кавкчалар пайдо бўлиши мумкин.

Туберкулёз ўчоғининг битиши, экссудатнинг сўрилиши, казеознинг қуюқлашиб қотиши ва туберкулёз ўчоғининг атрофида қўшувчи тўқималардан иборат қобикнинг пайдо бўлиши билан бирга кечади. Экссудатнинг, хужайра элементларининг сўрилиши, яллиғланиш ва

ковакчаларнинг битишига ва натижада чандик (фиброз-цирроз) пайдо бўлишига олиб келади.

Бундай туберкулёз ўчоқларининг орқага қайтиши натижасида ўчоқ қобиғида коллоген толалари қотади (гиалиноз): ўчоқ қобиғига ва унинг атрофига лимфоцитларнинг тўпланиши иммунологик реакциянинг зўрайганлигини кўрсатади. Ўралиб қолган туберкулёз ўчоқларида силга хос қўшувчи тўқиманинг бўлмаслиги (грануляция) силнинг тузалганлигини ва қолдиқ ўзгариш ташкил топганлигини тасдиқлайди.

Туберкулёз яллиғланишининг ривожланиш тезлиги, унинг яққоллиги ва тўқималар яллиғланиш реакциясининг алмашиб туриши – (альтератив, экссудатив ва пролифератив жараёнларнинг) организмга кирган туберкулёз таёкчаларининг сонига ва вирулентлик сифатига қўп жихатдан боғлиқ. Итларда ўтказилган тажрибалар натижасида шу нарса аниқланганки; агар ит ўпкасига 10 туберкулёз таёкчаси юборилса туберкулёз бўртмачаси, 10^6 – йирик туберкулёз ўчоғи, 10^8 – кавакли туберкулёз пайдо бўлади.

Силни бирламчи ва иккиламчи, кетма-кет келадиган 2 даврга бўлиниши унинг патоморфологик кўриниш хусусиятларида ҳам акс этади.

Силнинг бирламчи даврида асосан лимфа безлари зарарлангани учун доим тарқалган ҳолда ёки лимфа безларининг – казоез ўзгаришлари топилади. Силнинг бу даврига бактиремия (туберкулёз таёкчаларининг қон орқали тарқалиши) хос бўлиб ўпка ва бошқа аъзоларда қон билан тарқалиш натижасида пайдо бўлган туберкулёз ўчоқларининг мавжудлиги аниқланади.

Асосий туберкулёз ўчоғи атрофида кенг қўламда тарқалган яллиғланиш, ўпка ва бошқа аъзоларда силга хос бўлмаган лимфоид ва лимфогистоцитар тугунчалар яллиғланишнинг пайдо бўлиши ва макрофаглар қўпайиши (пролифрацияси) бирламчи силнинг асосий марфологик хоссасидир.

Бирламчи силдан кейин силнинг қон ёки лимфа йўллари билан тарқалган кўриниши пайдо бўлиши мумкин. Бунда туберкулёз ўчоқлари билан бир қаторда ўпка қон томирларининг яллиғланиши (васкулит), касаллик сурункасига кечадиган бўлса ўпка тўқималари оралиғида тур шаклидаги дағаллашган (склеротик) ўзгаришлар пайдо бўлади. Тарқалган туберкулёз авж олиб кетадиган бўлса у иккиламчи силнинг бошланиши бўлиб ҳисобланади.

Иккиламчи силга бирламчи туберкулёз ўчоқларининг қолдиғи мавжудлиги (кальций тузларининг йиғилиб қотиб қолган лимфа безлари, туберкулёз ўчоқлари) хос бўлиб, булар иккиламчи силнинг келиб чиқишида асосий аҳамиятга эга. Бунда туберкулёз-ўчоқ яллиғланиш, кавак шаклида бўлиб асосан аъзоларда, жумладан ўпкаларда жойлашади ва лимфа безлари силнинг ривожланиш жараёнида қатнашмайди.

L-шаклидаги вирулентлиги кам бўлган туберкулёз таёкчаларининг юкуши натижасида ретикулоцит, лимфоид ва макрофаг хужайралар иштирок этувчи ретикулогистиоцитар пролифератив кўринишдаги яллиғланиш ўпка ва лимфа безларида ривожланиши мумкин. Бундай яллиғланишда силга хос бўлган эпителийсимон – хужайрали реакция ва казеоз иштирок этмагани учун бундай реакцияни параспецифик (силга хосроқ) реакция деб аталади, булар одатта бирламчи силда учрайди.

Туберкулёз ўчоқлари атрофидаги силга хос бўлмаган перифокал реакция кўринишидаги яллиғланиш, яллиғланишнинг экссудатив даври бўлиб, морфологик жихатдан қон томирларнинг тўлишиб, шиши ва лимфоцитар яллиғланишидан ибортадир.

Туберкулин диагностикаси

Туберкулин юборишга бўлган реакцияни одам организмни туберкулёз микобактерияларига бўлган специфик сенсбилизациясини диагностик тест сифатида аниқлашда ишлатилади. Уни туберкулинодиагностика дейилади ва кенг қамровли туберкулёзга текширувларда ва клиника амалиётида индивидуал диагностика мақсадида қўлланилади.

Оммавий туберкулинодиагностика деб аҳолининг катта гуруҳларини қўпинча болалар ва ўсмирларни эпидемиологик, клиник ва диагностик маълумотлар олиш учун қўлланилади.

Индивидуал туберкулинодиагностика туберкулёзнинг конкрет клиник кўрсаткичларига кўра алоҳида шахсларга қилинади.

Туберкулин препаратлари. Туберкулин 1890 йил Берлинда Кох томонидан олинган. У махсус туберкулёз таёқчалари культурасидан ажратиб олинган сув-глицеринли тортилма бўлиб, кейинчалик кўхна ёки альттуберкулин (нем. Alttuberculin Koch). Кох кўхна туберкулини таркибига микобактериялар экилган озик муҳитини кўп балласт моддалари қиради. Шу моддалар туфайли улар асосан оксил бўлганлиги учун кўхна туберкулин юборилганда кўпинча турли носпецифик реакциялар кузатиладими.

1934 йили Ф. Зольберт ва С. Гленн Филадельфияда анча тозаланган препарат- Purified protein derivative (PPD-S) яратишди.

Бизнинг давлатимизда қуруқ тозаланган туберкулин 1939 йили Ленинград зардоблар ва вакциналар ИТИ да М.А. Линников таҳрири остида ажратиб олиниб ППД-Л номини олди.

Биохимик таркибига кўра туберкулопротеинлар, полисахаридларнинг, липид фракцияларининг, нуклеин кислоталарнинг мураккаб бирикмаси ҳисобланади. У ўз таркибида микроб таналари қолдиқлари ёки туберкулёз қўзғатувчисининг ҳаёт фаолиятларини маҳсулотларини сақлайди. Иммунологик нуқтаи назаридан туберкулин ўзида туберкулёз микобактериясининг антиген компонентларини нотўлиқ антиген ва специфик аллерген ҳисобланади.

Препарат шартли туберкулин бирликларида дозланади-ТБ. Халқаро стандартга асосан 1 ТБ инфицирланган одамлар 80-90% мусбат реакция берадиган туберкулин миқдори ҳисобланади. 1 ТБ да 0,00006 мг қуруқ ППД-Л қуруқ препарати ёки 0,00002 туберкулин ППД-Л чиқарилади.

Россияда 2 турдаги туберкулин ППД-Л чиқарилади.

-Тозаланган туберкулин стандарт эритмасида – 2 мл эритмадан 1 ампула, унда 0,1 мл 2 ТБ ППД-Л бор.

- Қуруқ тозаланган туберкулин ампулаларда 50 000 ТБ дан, карболизацияланган натрий хлориднинг изотоник эритмасида эритилади.

Тозаланган туберкулин стандарт эритмада 2 ТБ ППД-Л 0,1 мл эритмада оммавий ва индивидуал туберкулин диагностикаси манту синамасида қўлланилади.

Қуруқ тозаланган туберкулин фақатгина махсус туберкулёзга қарши қароргоҳларда турли хилдаги туберкулин синамаларини амалга оширишда қўлланилади.

Туберкулин синамалари методикаси.

Туберкулинни юборишнинг 3 та усули мавжуд: тери усти, тери ичи ва тери ости . Уларни тери ости Кох синамасини (1890), тери усти Пирке синамаси (1907), тери ичи Манту синамаси, қўйишда ишлатилади.

Тери остига туберкулинни жўнатиб Кох синамасини ўтказиш махсус фтизиатрия стационарларида туберкулёзнинг қиёсий таҳлили ва туберкулёзнинг активлик даражасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Туберкулин дозировкасини аниқлаш учун олдиндан унга смезгирлик бўсағасини дозани титрлаш орқали секин ошириш йўли билан аниқланади. Туберкулинни тери остига елканинг юқори 1/3 соҳасига ва баъзан курак бурчагига тери остига юборилади. Болалар учун туберкулин дозаси 10-20 ТБ, катталар учун 20-50 ТБ. Кох синамасини эҳтиёткорлик билан амалга ошириш керак. Чунки у туберкулёз жараёнининг зўрайишига сабаб бўлиши мумкин.

Пирке синамаси ҳозирда жудаям чегараланган қўлланилишга эга. Кўпинча уни тери усти градуирланган туберкулин синамаси билан биргаликда қўлланиди.

Ушбу синамани фтизиатрия стационарларида туберкулёз билан касалланган беморлар ва ўсмирларда туберкулинга индивидуал сезгирликни аниқлаш мақсадида ўтказилади. Тери усти градуирланган синамаси ўтказишда туберкулиннинг турли концентрацияли эритмаларидан фойдаланилади: 100, 25, 5 ва 1%. Синамани билак соҳаси терисида амалга оширилади. Туберкулинни тери устига томизиб, томчи устида терини скарификатор билан қиради.

Энг кенг тарқалган синама – бу Манту синамасидир. Уни врач буйруғига биноан махсус ўргатилган ҳамшира ёки фельдшер туберкулин диагностикаси ўтказишда махсус рухсат берилган ҳужжати бўлган ҳамшира ёки фельдшер шифокор буйруғи билан ўтказиши мумкин. Манту синамаси кўпинча амбулатор шароитда ўтказилади.

Манту синамаси учун махсус бир марталик 1 мл ҳажмдаги ингичка, қисқа, қийшиқ кесимли игнали шприцлардан фойдаланилади. Шприцга 0,2 мл туберкулин эритмаси тортилади ва ундан 0,1 мл чиқариб ташланади. Шунда юборилаётган эритманинг ҳажми 0,1 мл (2 ТБ) бўлади.

Билак тирсак ички юзасининг ўрта учлигида терини 70% этанол билан артилади ва қурилади. Игнанинг кесими юқорига қаратилиб секин- асталик билан тортилган терининг юза қаватига (тери ичига) юзасига параллел равишда киритилади. Терининг ичига игна киритилгандан сўнг шприцдаги 0,1 мл туберкулин эритмаси юборилади. Тўғри бажарилган техникада терида оқиш лимон пўстлоғи кўринишида диаметри 7-9 ммдан катта бўлмаган папула ҳосил бўлади.



Манту синамаси утказилган соҳада папула.

Оммавий текширишларда стандарт эритмадаги 2 ТБ (ППД-Л) билан тери ораси Манту синамаси учун қўлланилади.

Туберкулёз таёқчаси билан инфицирланганларда ва туберкулёз билан касалланишни ўтказилганларнинг ҳаммасида БЦЖ вакцинация қилинганда СТЮС (секинлашган типдаги юқори сезувчан) туфайли туберкулинга жавобан аллергик реакция кузатиши мумкин. Ушбу реакция юқори спецификлиги билан ажралиб туради ва фақатгина айнан ўша антигенларни организмга тушганида ривожланиши мумкин. СТЮС реакцияси туберкулин юборилгандан кейин 6-9 соат ичида шакллана бошлайди максимал чўққисига 72 соатдан кейин чиқади.

Маҳаллий, ўчоқли ва умумий туберкулинга бўлган реакциялар кўриниши туберкулин дозасидан ва ва препаратни юбориш усулидан, организмнинг сенсibiliзация даражасидан ва унинг умумий реактивлигидан келиб чиқади.

Туберкулинни юборишга бўлган маҳаллий реакция туберкулёз таёқчаларига сенсibiliзациялашган организмда туберкулинни тери усти, тери ости ва тери ичига юборилганда юзага чиқади. У кўпинча туберкулин юборилган жойда гиперемия ва инфильтрат шаклланиши – папулалар кўринишида пайдо бўлади.

Баъзида везикулалар, яралар, лимфангитни ва регионар лимфаденитнинг маҳаллий белгилари кузатилади. Туберкулинни тери остига юборилганда туберкулёз билан касалланган беморларда перифокал яллиғланишнинг кучайишида ўчоқли реакция кузатилади. Умумий ёки системали реакция умумий аҳволнинг ёмонлашуви, иситмалаш, гемограмманинг ўзгариши ва туберкулёз интоксикациясининг бошқа белгилари кўринишида юзага чиқади. Умумий реакция туберкулёз билан касалланган беморларда туберкулинни тери остига жўнатилганда ёки баъзи ҳолатларда тери орасига юборилганда кузатилади.

Натижаларни баҳолаш.

Кох синамасининг натижаси 48-72 соатдан кейин баҳоланади ва унда организмнинг умумий ва маҳаллий жавоб реакциялари пайдо бўлганда мусбат ҳисобланади. умумий реакция ҳолсизланиш, ўзини ёмон ҳис қилиш, ҳароратнинг кўтарилиши, гемограмма кўрсаткичларининг ўзгариши ва қондаги оксил таркибининг ўзгаришлари билан характерланади.

Ўпка туберкулёзидаги ўчоқли реакция хириллашларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши, ўчоқлар атрофидаги инфильтрациянинг катталаниши ва балғамда туберкулёз таёқчаларининг пайдо бўлиши шаклида кўринади.

Буйрак туберкулёзида пешобда лейкоцитурия, кўз туберкулёзида яллиғланиш зонаси катталашганлиги кузатилади. Кох синамасида туберкулёз билан касалланган беморларда ўчоқли реакция одатда 10-20 мм диаметрли инфильтрат кўринишида юзага чиқади. Умумий ва ўчоқли реакциялар билан солиштирганда у анча кам диагностик аҳамиятга эга.

Пирке синамасини 48 соатдан кейин инфильтрат диаметри 3 мм ва ундан катта бўлганда 100% ли туберкулинга нисбатан мусбат ҳисобланади. Туберкулинни барча турдаги концентрацияларга мусбат реакция одатда фаол бирламчи туберкулёздан далолат беради.

Манту синамаси натижалари синама ўтказган ҳамшира ёки фельдшер, шифокор томонидан 72 соатдан сўнг баҳоланади.

Бунинг учун шаффоф мм ларга бўлинган чизғич ёрдамида билак тирсакнинг ўқиға кўндаланг кўйилиб, инфильтрат ўлчами қайд қилинади. Инфильтрат бўлмаганда гиперемияни ўлчаб қайд қилинади.

Манту синамасидаги туберкулинга бўлган реакцияни қуйидаги критерияларға қараб баҳоланади:

- ✚ манфий- инфильтрат ва гиперемия йўқ
- ✚ шубҳали- инфильтрат диаметри 2-4 мм, ёки турли ўлчамдаги гиперемия
- ✚ мусбат- диаметри 5 мм ва ундан катта бўлган инфильтрат 5-9 мм ли инфильтратда реакция мусбат, 10-14 мм ли бўлса ўртача интенсивликдаги, 15-16 мм юқори интенсивликдаги реакция деб –ҳисобланади.

Болалар ва ўсмирларда 17 мм даги инфильтратда, катталарда 21 мм ва ундан катта инфильтрат кузатилганда гиперергик реакция деб аталади. Гиперергик реакциянинг бошқа белгилари инфильтратнинг ўлчамиға боғлиқ бўлмаган ҳолда везикулалар, яраланишлар, лимфангит ва регионар лимфаденитнинг ҳосил бўлиши билан кечишидир.

Болалар ва ўсмирлар учун тери орасиға БЦЖ вакцинаси ва ревакцинасидан сўнг 2 ТБ ППД-Л Манту синамаси мусбат чиқиши инфекцион ҳамда поствакцинал аллергиядан далолат бериши мумкин.

Буни ажратиб олиш учун охириги БЦЖ инъекциясидан сўнг ўтган вақт туберкулин реакциясининг интенсивлиги, поствакцинал чандиқнинг борлиги, ва ўлчамлари, касалликнинг клиник белгилари, туберкулёз касали билан контакт ҳисобға олинади.

Поствакцинал аллергия учун характерли бўлган белгиларға шубҳали ва яққол бўлмаган реакцияларни 2-11 мм диаметрдаги инфильтрат билан бирға бўлганда кечиши характерлидир.

Туберкулинга бўлган яққолроқ реакциялар 12-16 мм диаметрли инфильтрат билан бирғаликда келса, кўпинча улар йирик поствакцинал чандиқлари (6-9 мм ва ундан каттароқ) бор бўлган қайта вакцинация қилинган болалар ва ўсмирларда кузатилади. Поствакцинал аллергия қайта синамада 3 ойдан кейин сусайишға мойил бўлади.

Носпецифик аллергиянинг белгилари тез-тез пайдо бўлувчи болаларда Манту синамасини ўтказиш десенсибилизация терапиядан сўнг ўтказиш тавсия қилинади. Туберкулинга бўлган сезгирликнинг олдинги ҳолатда сақланиши ёки даволаш даврида кучайиши аллергиянинг инфекцион характердалигини тасдиқлайди. Манфий Манту синамаси мусбат ёки манфийлиги анергиядан далолат беради.

Мусбат анергия туберкулёз таёқчаси билан инфицирланган соғлом одамларда кузатилади, манфий анергия силнинг зўрайиб борувчи кечишида, ВИЧ инфекция фонидаги туберкулёз билан касалланганларда ёки оғир ёндош касалликлари бўлган касалларда кузатилади.

Манту синамасининг натижаси бўйича туберкулинга бўлган сезгирликни динамикада баҳоланиши туберкулёз микобактериялари билан бирламчи инфицирланганлигини нисбатан бўлса ҳам ўз вақтида аниқлаш имконини беради. Бунинг учун Россияда болалар ва ўсмирларнинг туберкулинга бўлган сезгирлигини бир йилда бир марта текширилади, натижалар амбулатор кузатув индивидуал картасининг мос келувчи бўлимиға белгилаб кўйилади.

Бир йил давомида Манту синамасини 2 ТБ ППД-Л бўйича туберкулинга бўлган реакциянинг биринчи мусбат чиққанлиги вакцинация қилинмаган чақалоқ ёки ўсмирларда туберкулинга бўлган сезгирликнинг **виражи** деб аталади. Янги туғилган чақалоқларда туберкулёзға қарши вакцинация, болалар ва ўсмирларда ревакцинациянинг белгиланган вақтларда кенг шароитларда ўтказилиши туберкулинга бўлган сезгирлик виражининг белгисини кейинги Манту синамасининг туберкулинга бўлган жавоб реакциясининг кучайиши бўлиб ҳисобланади.

Бу кучайиш инфильтрат диаметри 2 ТБ ППД-Л қилинган жойда бир йил олдинги билан солиштирилганда 6 мм ва ундан юқори катталиқда, шу жумладан туберкулинга бўлган гиперергик реакциянинг намоён бўлиши билан намоён бўлади. Виражнинг туберкулинга бўлган сезгирлиги туберкулёз микобактерияси билан бирламчи инфицирланиши борлигини тасдиқлайди ва комплекс даво-профилактик чора-тадбирлар

ўтказишга асос бўлади. Булар бирламчи инфицирланишни клиник яққол туберкулёз ривожланиши билан авжланишини огоҳлантиришга ва инфекциянинг манбаини аниқлашга йўналтирилган.

Манту синамаси бўйича натижаларнинг болалар ва ўсмирлардаги туберкулёз микобактериялари (МБТ) билан инфицирланишининг белгилари:

- ҳар й или кузатилганда БЦЖ вакцинацияси билан боғлиқ бўлмаган мусбат реакция (папула диаметри 5 мм ва ундан катта) биринчи бор кузатилади.
- 4-5 йил давомида мусбат реакция (инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори) бўлиб турғун сақланмоқда.
- бир йил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик бирдан кучайди- инфильтрат диаметри 6 мм ва ундан катталашди.
- бир неча й ил давомида туберкулинга бўлган сезгирлик кучайди- инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори.

Туберкулинга бўлган вираж реакцияси, узоқ сақланувчи мусбат реакцияда инфильтрат диаметри 12 мм ва ундан юқори, гиперергик реакция ва реакциянинг кучайиши соғлом болалар, ўсмирлар ва катталарни туберкулёз касаллигининг юқори хавф гуруҳига киритишга асос бўла олади.

Манту синамасининг натижасини баҳолашда ёндош инфекцион касалликлар (қизамиқ, сувчечак, кўкйўтал) ёки соматик патологиялар (саркоидоз, бронхиал астма, ревматизм, хавфли ўсмалар) ни ҳисобга олиш лозим. Туберкулинга бўлган жавоб реакция организмнинг аллергия ёндашиш қизларда овариал циклининг фазасига, терининг индивидуал сезгирлигига ҳам боғлиқ бўлади.

Кўрсатма ва қарши кўрсатмалар

Оммавий туберкулинодиагностика туберкулёз микобактерияларининг бирламчи инфицирланишни ва туберкулёз касаллигини барвақт аниқлашда, ревакцинацияга кўрсатмани аниқлашда, туберкулёзни эпидемиологик назорат қилиб туришда қўлланилади.

Буни ўтказиш учун ҳамма БЦЖ билан эмланган болалар (12 ойликдан) ва ўсмирларда олдинги натижалардан қатъий назар 2 ТБ даги Манту синамаси ўтказилади. Тиббиёт қарши кўрсатмасига биноан чақалоқлик даврида БЦЖ вакцинаси билан эмланмаган болаларда Манту синамаси 6 ойлигидан 1 й илда 2 марта қилинади (БЦЖ – М вакцинасини олгунга қадар).

Туберкулин синамасини йилнинг бир вақтида, кўпроқ кузда ўтказган маъқул. Болаларда бирламчи инфицирланишга вираж реакцияси билан туберкулинга шубҳа қилинганда, гиперергик ёки туберкулинга юқори сезгирликда фтизиатрга жўнатиш зарур.

БЦЖ ревакцинациясига кўрсатма 7 ёшдаги (1-синф) болаларда ва 14 ёшдаги ўсмирларда (7-8 синф) аниқланади. Туберкулинга (Манту синамаси 2ТБ) манфий реакция бўлган клиник соғлом шахсларда ревакцинацияга кўрсатма ҳисобланади.

2 ТБ ППД-Л ли Манту синамаси соғлом болалар, ўсмирлар ва ҳар хил соматик касалликлари бор шахслар учун безарардир. Бироқ баъзи ўтказилган касалликлар ва эмланишлар болалар терисининг туберкулинга бўлган сезгирлигини кучайтириши ёки сусайтириши мумкин. Шунинг учун тери касалликлари, инфекцион, инфекцион-аллергик ва соматик касалликлар хуруж даврида, аллергия ҳолатларда оммавий туберкулинодиагностикада Манту синамасини ўтказиш қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Оммавий туберкулинодиагностика даволаш профилактика муассасаларида, умумий даво турида ўтказилади. Методологик қўлланманнинг оммавий туберкулинодиагностикасини туберкулёзга қарши диспансерлар амалга оширади. Агар тўғри уюштирилса туберкулинодиагностика ҳар йили 90-95% ҳолларда болалар ва ўсмирларда ўтказилиши керак.

Уюштирилган болалар мажмуасида оммавий туберкулинодиагностикани махсус ўргатилган тиббиёт ходими бажаради, эрта ва мактабгача ёшли болаларда эса Манту синамаси болалар поликлиникасида ўтказилади. Қишлоқ жойларда туберкулинодиагностикани район ва участка поликлиникалари, айрим ҳолларда эса фельдшер-акушер пунктлари амалга оширади.

Индивидуал туберкулинодиагностика ўртача Манту синамасида 2ТБда инфекцион ва туберкулинга бўлган поствакцинал аллергияни таққослама ташхиси учун, туберкулёзнинг юқори хавф гуруҳига кирувчи шахсларининг ҳолатини назорат қилиш учун ўтказилади. Бошқа кўрсатмалар бўлиб туберкулёз билан ташхисланиши керак бўлган кўпгина касалликлар диагностик муаммоси ҳисобланади.

Манту синамасини фаёатгина 2ТБда эмас, туберкулинни бошқа дозаларида ҳам ўтказилади. Бундан ташқари градуирланган Пирке ва Кох синамаси ҳам қўлланилади. Баъзан туберкулинли титр аниқланади. бунда эозинофилли ёки гем оксилли туберкулин синамаси ўтказилади. Ушбу синамаларда организмни туберкулинга бўлган жавоби қон анализидаги силжишларда баҳоланади.

Амалий машғулот №3:

Мавзу номи: Туберкулёзни функционал текшириш усуллари. Бронхоскопия ва рентгендиагностика.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 270 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Туберкулёз беморларини рентгенологик текшириш усуллари
	3. Ўпка сили беморларини функционал текшириш усуллари.
	4. Туберкулёз беморларини текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	Таълимий: талабаларга рентген ва функционал текшириш усуллари тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга рентген текшириш тўғрисида маълумот бериш, қўйиш техникалари, натижаларини ўқиш, киёсий ташхислаш, туберкулин турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мазуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эриштириш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Туберкулёз беморларни текшириш усуллари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси	
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни

	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Ўйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилни ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни. *Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:*

- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, кариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари-специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Нур ташхиси усуллари

Фтизиатрияда рентгенологик ва ультратовуш усуллари, радионуклидди сканирлаш, магнит-резонанс томография (КТ) қўлланилади.

Рентгенологик усуллар

Аҳолини оммавий текширишда, бирламчи ўпка ва кўкс оралиғи касалликлари диагностикасида флюорография кенг қўлланилади. Бу усулнинг башкача номи-фоторентгенография, чунки бунда экрандаги рентген тасвири плёнкага расмга олинади (плёнкали флюорография). Замонавий кадрнинг стандарт формати 100 x 100 мм.

Оддий рентгенография билан солиштирилганда флюорография рентген апаратининг ўтказувчанлик хусусиятини қисман катталаштириш, плёнкага бўлган харажатни ва ишловини камайтириш архивда сақлашни енгиллаштириш имконини беради.

Ўпка флюорограммасининг юқори сифатли қобиляти худди рентген суратиникига яқин, шунинг учун 100x100 формат кадрли флюорограмма умумий ўпка рентгенограммасининг ўрнининг боса олади. Флюорографиянинг энг асосий камчиликларидан бири бу бемор ва персоналнинг юқори нурланувчанлигидир.

Ҳозирда плёнкалар ўрнини анча юқори афзалликларга эга бўлган цифровой (дигитал) рентгенофлюорография босмоқда.

Булардан энг асосийси - бу юқори сифат, информативлиги ва тасвирни компьютерда ишлов берилишидир. Текширилувчининг цифровой флюорографияда нурланиши плёнкалига қараганда 10-15 марта паст (тўғри проекцияда шунга ҳос 0.05 ва 0.7 мЗВ). шунингдек катта тезлик да тасвирни тез олиниши, бараварига тасвирни кўриш ва бир неча тасвирда қоғозга расм босилиб чиқилиш имкониятини, унинг масофадан кузатилиши, сақлашнинг қулайлиги ва кейинги ҳамма маълумотларнинг олиниши, текширишнинг арзонлигини айтиб ўтиш жоиздир.

Ҳозирги пайтда цифровой рентгенография аҳолини катта контингентларини назоратли текшируви туберкулёз, ўсма ва бошқа кўкрак қафаси органларини ўз вақтида аниқлашда кенг тарқалмоқда. У ҳозирда ўпканинг умумий рентгенографиясининг ўрнини диагностик усул сифатида босмоқда. Россияда саноати ҳар хил цифровой модели сканирлар ва импульсли апаратлар ишлаб чиқарилмоқда.

Ўпка рентгенографияси сурати умумий олдинги тўғри проекцияда олинишдан бошланади (плёнкали кассета олдинги кўкрак деворида). Агар патологик ўзгаришлар ўпканинг орқа қисмида бўлса умумий сурат яхлит орқа тўғри проекцияда ўтказилади (плёнкали кассета орқа кўкрак деворида). Кейин умумий сурат ён проекциялар – ўнг ва чапда ўтказилади.

Ўнг томонлама ён суратда плёнкали кассетага кўкрак қафасининг ўнг ён сатҳи тегиб туради, чапда- чап томони. Ён проекциядаги рентгенограммалар ўпканинг бўлак ва сегментларидаги патологик жараённинг жойлашишини, бўлаклараро тирқишлардаги, ўпка ва юрак сояси ортидаги ўзгаришларни аниқлаш учун зарурдир. Икки томонлама ўпка патологияларини яхшироқ аниқлашда ўнг ва чап ўпканинг алоҳида тасвирини олишда суратларни қийшиқ проекция (сатҳ) да олиш яхшироқдир.

Рентген сурати одатда нафас олган ҳолатда олинади. Ўпканинг коллабирланган қирғоқларини ва пневмотораксдаги плевра тирқишларини, шунингдек ўпка ва плевра

патологиясидлаги кўкс оралиги аъзолари силжишидаги рентген суратларни яхши чиқиши нафас чиқарган шароитда ўтказилади.

Рентгеннинг ёритилганлигини ошириш рентген нурларининг қаттиқлигини ёки экспозициясини ўзгартириш орқали амалга ошириш мумкин. Бундай суратлар қаттиқ ва суперэкспонирли деб аталади. Булар экссудатив плевритли беморлар ва ўпкада бажарилган хирургик операциядан кейинги оммавий плеврал бойламли қўйилмаларда, трахея ва бронх деворларини яхши аниқлашда ўйказилади.

Суперэкспонирли ва қаттиқ суратда одатий суратда кўринмайдиган интенсив қорайиш соҳасидаги ҳар хил тузилмалар (структура) ларни кўриш мумкин. Аммо кичик интенсивлик даги соялар бундай суратларда кўринмайди.

Тўғри ва ён кўринишдаги умумий рентгенограмма заруратга кўра тор тўплам нурлантиришли нишонли суратлар билан тўлдирилади. Бунинг учун беморга шундай ҳолат бериладики, бунда рентген тасвири назорати остида текширилувчи шпка майдониға суяк ва бошқа ҳосилалар ҳалакит бермайди.

Шунга эътибор бериш керакки, баъзи касалликларнинг рентгенологик белгилари шунчалик рельефли бўладики, таъхис қ ў йи ш учун рентгенограммаға бир марта қараш кифоядир.

Рентгеноскопия рентген тасвири ва рентген телевиденияли электрон оптик кучайишни ишлатилиши билан қўлланилади. Бу усулда рентгенографиядан кейин аниқ кўрсатмалар бўйича қўлланилади. Фистулография, ангиография, рентгенобронхологик текширувлар, таъхисловсчи пункция ва назорат остидаги нишонли суратлар шундайусул бўлиб ҳисобланади. Рентгеноскопия плевра бўшлиғидаги бемалол ҳаракатланувчи суюқликни, плевра синусларини ҳолатини ва диафрагма ҳолатини кўришни аниқлаш учун зарурдир. Кўп ҳолларда кўкрак ичи хирургик операцияларидан кейинги 1-чи кунларида рентгеноскопик назорат рентгенографияға қараганда яхшироқдир. Шундай қилиб рентгеноскопиядан кўкрак ичи босими ошганда ёки паст бўлганда ўтказиладиган синамалар ва диафрагма ҳаракатини баҳолашда ишлатилади (Валсальва-Мюллер синамаси, Голькнехт-Якобсон синамаси). Бу синамалар натижасининг документацияси рентгенкино сурат ва видео лавҳа орқали амалға оширилиши мумкин.

Компьютер томография (КТ)да - рентгенологик текшириш усули бўлиб, уни бутун дунё тан олган ва ҳамма клиник тиббиётларда қўлланилади. КТ одам танисини кўндаланг қаватларини суратларини олишни таъминлайди (аксиал проекция). Рентген трубкаси бемор танасининг бўйлама ўқи атрофида айланади.

Ингичка нур текширилаётган қават орқали турли бурчаклардан ўтади ва най бимлан бирға ҳаракатланаётган кўп сонли сцинтилляцион детектори орқали тугилади. Рентген нурлари ўтаётган тўқималарнинг зичлиги ҳар хил бўлганлиги учун уни тутами турли хил и нтенсив л ик да бўлади.

У детекторлар орқали юқори аниқлик да қайд қилиниб, компьютерда қайта ишланади ва телевизион экранда кўндаланг кесимининг кўринишиға айланади. Шундай қилиб КТ сурат эмас, балки компьютер томонидан турли зичликдаги тўқималарни рентген ютиш хусусиятини математик анализи ҳисобланади (ҳисобланилган томография).

Оддий сканирловчи технологияли КТ лар бемор битлан бирға столни қадамли ҳаракатини келтиради ва ҳар айланиш циклидан кейин рентген найи тўхтайди. Улар 2-10 мм гача бўлган қалинликдаги кўндаланг кесимдаги тўқималарни текшира олади. Бир қаватни сканирлаш бир неча секунд давом этади.

Контрастликни кучайтириш вена ичига рентген контраст модда юборилганда олинади. Аксиал (кўндаланг) тасвирларни компьютер ёрдамида тўғри, ён ва қийшиқ томограммаларға қайта тикласа бўлади. Тасвирнинг ёркинлиги ва контрастлигини ҳар хил қилиб ўзгартириш мумкин.

Нафас аъзолари КТ да 6-12 стандарт кесимлар бажарилади. Барча натижалар телеэкранда тасвири билан параллел равишда компьютер хотирасида сақланади ва сурат сифатида полороид фотоқоғозда ёки рентген плёнкасида қайта тикланиши мумкин.

КТ ни яққол имконияти бўлиб текширилаётган тўқима ва муҳитларини зичлигини Хаунсфильд шкаласида, шартли бирликларда миқдорий баҳолаш ҳисобланади. Ушбу шкала

бўйича сувнинг зичлиги -0, ҳавоники -1000 бирлик, ўпканики +600 бирлик, суякники +1000 бирлик ҳисобланади.

Сўнгги йилларда визуализацияни мукамаллашган, тан олинган усуллари бўлиб ўпкани текширишда спиралли ёки мультипланар КТ ҳисобланади. Спирал КТ нинг технологиясига рентген найининг беморнинг бўйлама ҳаракати бўлиб турган ҳолда доимий айланишидир. Бу ҳолатда текширилаётган соҳадаги кесимларни бутун ҳажмий тасвирлари олинади. Рентген найининг тўлиқ айланиши давомида спиралнинг қадамига боғлиқ ҳолатида турли миқдордаги кесимлар қилиниши мумкин.

Юқорида келтирилган сканирловчи усулларнинг афзалликлари бўлиб вақтнинг анча қисқариши (10-20 с) ҳамда бир марта нафас тутилганда текшириш имкониятидир. Аниқлаштириш хусусияти ошади, ҳаракатланувчи аъзолар тасвирлари сифати яхшиланади, болалар ва оғир касалларни текшириш учун қулай шароитлар яратилади. Спиралсимон КТ реконструкция ва юқори сифатли ҳажмли тасвирлар олишга йўл очиб берди.

Бронхоскопик (компьютерли бронхоскопия), бронхографик (компьютерли бронхография), вена ичи контрастлаштириш- ангиография (компьютерли ангиография) ўхшаш суратларни олиш имкониятини берди. Нурланиш хавфи камаяди, сабаби қайтадан кесимларни диагностик саволларни аниқлаштириш учун олиш эҳтиёжи камаяди.

Мультипланар томографияда аниқашлириш детекторларини сони кўпайтирилганлиги ҳисобига сканирлаш вақтит камаяди, артефакт миқдори камаяди ва тасвирни қайта ишлаш имкониятлари кенгаяди.

Умуман олганда такомиллаштирилган радиацион усуллар турли хилдаги кўкрак ичи патологиясини визуализациясида ҳажмли тасвирлар олиш имконини беради ва патологик жараёнларнинг тарқалганлиги, локализациясини борлигини динамикада ўрганиш имкониятини беради. КТ бундан ташқари, трансторакал биопсияда ва мураккаб плеврал пункцияларда юқори аниқликни таъминлайди. КТ ёрдамида махсус ишланган виртуал бронхоскопик манзарани кўриш мумкин.

Магнит резонансли томография (МРТ).

МРТ нинг кўпгина ютуқлари бош ва орқа мия, суяк ва бўғим, кўкрак бўшлиғининг йирик томирларини, юракни ва бошқа ички аъзоларни текшириш имконини беради.

Бу усулнинг энг асосий ютуқларидан бири бемор ва тиббиёт ходими учун нурланишнинг йўқлигидир. Бемор томограф столига ётқизилади. Тананинг текширилувчи қисми кучли магнит майдонига жойлаштирилади. У йўналиши бўйича протонларни айлантириш орқали ташқи магнит майдонига параллел равишда тўқимада магнит майдон ҳосил қилинади.

Радиоузаткичи ғалтакдан импульслар таъсирида магнит майдонига перпендикуляр йўналувчи суммар магнитли вектор ўз йўналишини ўзгартиради ва янги ўқи атрофида айлана бошлайди. Бунинг натижаси ғалтакнинг қабул қилувчи қисмида электр тоқининг индукцияси – магнит резонанс сигналини- белгисининг пайдо бўлишидир.

У махсус анализатор орқали қайта ҳосил бўлади ва оқ-қора мониторли экранга узатилади. МРТнинг тасвири асосан протонлар зичлигига ва текширувчмининг топшириғига, релаксация деб аталувчи вақтга қараб аниқланади. Бунда T_1 остидаги релаксация вақт деб тқушунилади ва бу вақт ичида ташқи магнит майдонига мос келувчи 1-чи бошланғич мўлжалли протонларни тикланиши кузатилади.

Релаксация T_2 бу частотали импульс яратиб берган майдон ҳаракатининг заифлашув вақтидир. Радиочастотали импульслар орасидаги вақтини ўлчаш ҳар хил контрастли тасвирни олиш ва ҳар хил тўқималарни таққослаш имконини беради. Яна ҳар-хил текисликдаги тасвирларни олиш ва уч маротабали реконструкцияларни бажариш мумкин.

МРТ даги тасвирни интерпретацияси (ёритилиши) кўп врачлар учун одатий бўлиб қолган рентген суратнинг ёритиолишига қараганда қийиқроқдир. Масалан, ҳаво, суяк, фиброз тўқима узок T_1 вақтини талаб қилади, қисқа T_2 эса тасвирда қора кўринишда намоён бўлади.

МРТ кардиостимулятор ёки бошқа металл имплантатлари бор беморларда қарши кўрсатма ҳисобланади. Текшириш кераклигича узок давом этиши мумкин, шунинг учун

болалар ва оғир касалларда бажариш қийинроқдир. Ангиопульмонография ўпка артериялари ва унинг шохларини контрастлаш ва рентген текширишдан иборат. Ангиография 2 та асосий усули умумий ва селективга бўлинади.

Умумий ангиопульмонографияда контраст эритмани катетр орқали қўл венасидан юқори ковак венасига ёки юракнинг ўнг бўлмалари бўшлиқларига юборилади. Рентген тасвирларни махсус флюорографик аппаратда стереавий олинади. Ушбу усул кўп миқдорда контраст модда сарфи билан бўлади (50-60) ва у кўпинча айниқса патологик ўзгарган ўпка томирларини аниқ тасвирини бермайди. Томирлар ампутацияси ҳар доим ҳам аниқ маълумот бермайди.

Селектив ангиопульмонография техникавий мураккаброқ, лекин кўп иш латилади. Уни ўпка артериясининг керакли тармоғи катетеризация қилинганидан сўнг амалга оширилади. сериявий суратлар 10-12 мл контраст эритма юборилганидан сўнг олинади. Одатда селектив ангиопульмонографияни кичик қон айланиш доирасидаги босимини қайд қилиш қондаги газларни текшириш билан бирга олиб борилади.

Ангиопульмонографияга кўрсатмалар чегараланган. Уни ўпка артериясининг тромбози ёки эмболияси ҳамда узоқ муддат коллабирланган ўпкани ёйилишга бўлган хусусиятини аниқлаш учун, томирлар ҳолатига қараб пневмофиброз даражасини аниқлашда ишлатилади.

Техникавий имкониятлар умумий ангиопульмонографияни рақамли (цифровой) ва риоптатда венага кўп бўлмаган контраст эритма юбориб бажариш имкониятини беради. Бундай ҳолларда видеосигнални компьютер билан қайта ишланиши юқори сифатли суратлар олиш имкониятини беради.

Бронхиал артериография - бронхиал артерияларни катетеризациялаш, контрастлаш ва рентген текширувлардан иборатдир. Текширувни маҳаллий анестезия ёрдамида рентгентелевидение кузатуви остида олиб борилади. Махсус мандренли игна Билан чов бурмасидан пастда жойлашган сон артерияси тешилади.

Мандренни металллик ўтказма билан алмаштирилиб у орқали артерия бўшлиғига букилган учли рентген контраст катетри киритилади. Кейин ўтказма олинади, катетр бўлса аортагача олиб борилади. Катетрни учи билан бронхиал артериялари тешиклари тартиб билан қидирилиб катетр киритилади ва у орқали контраст модда типак, урографин, уротраст ёки унинг аналоглари. 35 мл/с тезлик да 5-12 мл миқдорда юборилади, сериявий рентгенография ўтказилади.

Бронхиал артериографияга асосий кўрсатма бўлиб ўпкадан номаълум этиологияли ва локализацияли қон кетиш ҳисобланади. Бунақа ҳолатларда артериограммаларда бронхиал артерияларнинг кенгайганлиги, патологик буралмаларнинг бўлиши, контраст модданинг уларнинг чегарасидан чиқиши (экстравазация), ўчоқли ва диффуз гиперваскуляризация, бронхиал артериялар аневризмалари, уларни тромбозлари, артерио-артериал анастомозлар орқали ўпка артериясининг периферик тармоқларини ретроград тўлиши аниқланади.

Текширишга қарши кўрсатмалар: яққол атеросклероз, беморнинг семизлиги, ўпка-юрак етишмовчилиги. Бронхиал артериографиянинг асорати бўлиб сон артериялари пункцияси соҳасида гематома бўлиши мумкин.

Жуда кам ҳоллардаги оғир асорати бўлиб орқа мия томирларининг зарарланишини, оёқларнинг ва чанок аъзоларининг функцияси билан бирга келишидир. Асоратларини профилактикаси услубий ва техник принципларига ва текшириш қисмларига аниқ эътибор қилинганда бўлади.

Бронхография

Бронхларни контраст рентгенологик текшируви бўлиб, маҳаллий анестезия орқали позицион (йўналтирилмаган) ёки селектив (йўналтирилган) бронхография кўринишида бўлади. Позицион бронхографияда катетри трахеяга бурун орқали киритилади, контраст модда юборилаётган вақтда бемор танасига оптимал ҳолат берилади. Селектив бронхография текширилаётган бронхнинг катетеризациясига асосланган. Уни амалга ошириш учун турли хил конструкциядаги катетр ва техник услублардан фойдаланилади.

Олдин бронхография кенг қўлланилган. Ҳозирга вақтда КТни кенг ишлатилиши туфайли Ушбу усул ўзининг олдинги аҳамиятини йўқотган.

Плеврография

Плевра эмпиемаси билан касалланганларда йиринг бўшлиғи чегараларини аниқлаш ва контрастлаш имконини беради. Дастлаб плеврал пункция қилинади, плеврал суюқлик аспирация қилинади, кейинчалик рентгенотелевидение назорати остида плевра бўшлиғига 40-50 мл илиқ контарст эритма юборилади (пропилюдон, урографин).

Рентгенограммани бемор ҳолати ўзгартирилиб турли хил проекцияда қилинади. Текширув тугагандан сўнг контраст моддани плевра суюқлиги билан бирга сўриб олинади. Плеврография орқали олинadиган маълумотларни кўп ҳолларда КТ орқали олиш ҳам мумкин.

Фистулография.

Турли хил торакал ва торако-бронхиал окмалар бор касалларда ишлатилади. фистулографиядан олдин окма йўлини аниқлаш мақсадида зондлаш мақсадга мувофиқ. Контарст модда шприц орқали катетрдан окма йўлига рентгенотелевидение назоратида юборилади. Ёғли ёки сувда рийдиган контраст моддалар ишлатилади. Кейинчалик беморнинг ҳолати ўзгартирилиб турли проекциядаги рентгенография ёки КТ қилинади.

Текширувлар жараёни давомида суратларни анализидан сўнг окманинг анатомик хусусиятлари, унинг плевра бўшлиғи ёки бронхиал дарахти билан туташган-туташмаганлиги аниқланади. Контарст моддани бронх дарахтига кириб кетиш ҳолатида ретроград фистулобронхография ҳосил бўлади.

Текширув тугагандан сўнг катетр орқали препарат сўриб олинади, бемордан эса яхшигина йўталиш талаб қилинади.

Ультратовуш текшируви

Хусусан ультратовушли сканирлаш хавфсизлиги, кўп маротаба ўтказиш мумкинлиги, юқори аниқлик хусусияти билан ажралиб туради.

Фтизиатрик амалиётда ультратовуш усуллари периферик лимфа тугунларини (бўйин, қўлтиқ ости, чов) ўлчамларини аниқ назорат қилиш учун керак. Ультратовуш ёрдамида плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқласа бўлади. У борлигида париетал плевра ва ўпка орасидаги гипоехоген зона пайдо бўлади.

Ультратовушли назoарт плевра бўшлиғини пункция қилишда нуқта танлаш имкониятини беради. Пневмоэктомиядан кейин плевра бўшлиғидаги суюқлик сатҳини динамик кузатиш кўпинча рентгенологик текширув орқали бўлади.

Кўпинча эркалар, аёллар жинсий аъзолари силига шубҳа бўлганда ультратовушли диагностика кўпинча ҳал қилувчи ролни ўйнайди. У шунингдек фтизиоурологик ва фтизиогинекологик даволанаётган беморларда дигнамик жараёнларни назoарт қилиш учун зарурдир.

Радионуклидли (радиоизотопли) усуллар.

Ўпкадаги регионар вентиляцияни баҳолашда етакчи ўринни эгаллайди. Улар радиофармацевтик препаратларни, хусусан нишонланган гамма нурланувчи нуклидларни ингаляцион ёки кўпинча вена ичига жўнатилишига асосланган. Уларга ксенон-ҳаволи аралашма (^{133}Xe), альбумин макроагрегати ($^{133\text{m}}\text{In}$ ёки $^{99\text{m}}\text{Tc}$), индий цитрат ($^{133\text{m}}\text{In}$), альбумин микросфералари ($^{99\text{m}}\text{Tc}$ ёки $^{133\text{m}}\text{In}$) ва ҳ.к. киради. киритилган препаратни тақсимланишининг регистрацияси компьютерли стинтиляцияцион гамма камера ёрдамида амалга оширилади.

Бунда олд, орқа ва ён проекцияларда статик ҳамда динамик сцинтиграфия бажарилади. барча параметрни ўпкани майдонларини юқори, ўрта ва пастки зоналарга бўлган ҳолда фоизларда аниқланади. Бироқ математик моделлаштириш ўпкадаги қон айланиши ва вентиляциясини абсолют катталикларда ҳисоблаш имконини беради.

Ўпкани регионар функцияларни радионуклидли усуллар билан текшириш рентгеноконтраст текширувлардан олдин амалга оширилиши керак. Олинган информация

нафақат вентиляция ва қон айланиш, балки ўпкадаги жараённинг оғирлигини, локализациясини, тарқалганлигини аниқлаб беради.

Ўпкада қон айланиши ва вентиляцияни текширишларини янги йўналишларини МРТ очиб бермоқда. Ҳозирга пайтда ушбу усул ўпкани турли бўлимлаврини олдиндан гиперкутбланган гелий ингаляциясидан кейин вентиляциясини баҳолаш мақсадида қўлланилмоқда.

Позитрон- эмиссион томография- ўпка ичи ҳосилаларирига қиёсий ташхис қўйишда кенг қўлланилмоқда.

ПЭТ асосида хужайра метаболизмини баҳолаш ётади. Вена ичига радиофармакологик препаратлар (флюороокси глюкоза) рақ хужайраларидаги глюкозани кучайган метаболизмига сезгирдир ва сканларда ёрқин доғлар ҳосил қилади. Рақ хужайралари диаметри 1 см дан кичкина бўлган лимфа тугунларида аниқланади. ПЭТ нинг информативлиги КТ билан биргаликда олиб борилганда , тасвирларни аралаштирилганида ортади.

Эндоскопия.

Фтизиатрия амалиётида нафас аъзолари касаллаикларида кенг қўламда бронхоскопия, нисбатан камроқ торақоскопия ва медиастиноскопия қўлланилади.

Бронхоскопия ҳар доим трахеяни кўриш билан биргаликда, яъни трахеобронхоскопия ўтказилади.

Агар олдиндан рентгенотелевизионли ёки рентгенографмикли назоратга заруравт бўлса, унда бронхоскопия рентгеноэндоскопик хонада (рентгенобронхологик текширув) ўтказилади. Бронхоскопия учун шиша толали оптик эгилувчан бронхоскоп-фибробронхоскоп ишлатилади.

Махсус кўрсатмаларга кўра маълум бир эндоскопик аралашмага боғланган ҳолатда қаттиқ (металлдан ясалган) бронхоскоп ишлатилади.

Фибробронхоскоп унча ката бўлмаган диаметрга эга (5-6 мм ва ундан кам) ва яхши букилади. Унинг охири қисмини буралиш бурчагини бошқариш мумкин. Кичик диаметрга эгаллиги ва яхши бошқариш мумкинлиги учун фибробронхоскоп ёрдамида нафақат бўлакли, сегментли, асосий бронхларни балки субсегментар бронхларни ҳам кўздан кечирса бўлади. Фибробронхоскопларнинг барча моделларида бронхлар ичидаги сақланмани сўриб олиш учун ва биопсия қилиш учун каналлар мавжуд. Замонавий фибробронхоскоплар рангли тасвирни мониторга узатиш, суратга олиш ва видеолентага ёзиб олиш хусусиятига эга.

Фибробронхоскопияни одатда маҳаллий анестезия билан премедикация қилингандан сўнг беморни креслода ўтказиб боришнинг остига ёстиқча қўйилгандан сўнг ўтказилади.

Нафас йўллари анестезияси учун новокаин, дикаин, тримекаин, лидокаин эритмаларидан фойдаланилади. Фибробронхоскопни трахеяга пастки бурун йўлидан киритилади. Фибробронхоскопни оғиз орқали ҳам киритса бўлади, лекин бу унчалик қулай эмас ва у бурун йўллари патологияси бўлганида қўлланилади. Наркоз орқали текшириляётганда фибробронхоскоп интубацион трубка орқали ёки қаттиқ бронхоскоп тубус орқали киритилади (комбинирланган бронхоскопия).

Қаттиқ бронхоскопнинг асоси бўлиб, диаметрри 12 мм гача бўлган ковак металл тубус, ёритиш мосламаси, ўпкани турли сунъий вентиляциясининг турли бурчакли кўришга эга бўлган телескоп яна лупа фотоаппарат, кинокамера уланган ҳолатда бўлиши мумкин.

Қаттиқ бронхоскоп билан бронхоскопия қилиш наркоз остида ўпкани сунъий вентиляцияси (ЎСВ) билан биргаликда беморни орқага ётган ҳолатида олиб борилади. Тубус оғиз орқали ҳиқилдоқдан, товуш ёриғи орқали трахеяга, кейинчалик бронхларга ўтказилади. Бронхларни кўздан кечириш тубус орқали киритилган оптик телескопларни қўллашниенгиллаштиради.

Кўпчилик ҳолатларда фибробронхоскопиядан фойдаланилади. Қаттиқ бронхоскопни қўллашга ўпка туберкулёзи беморларида махсус кўрсатмалар мавжуд: ўпкдан қон кетиш диагностикаси ва уни тўхтатиш, кўкрак ичи лимфа тугунлари силида бронхолитни олиш.

Бронхларни кўздан кечирганда шиллиқ қаватни ҳолати ва қон кетмаётганлиги, бронхиал сақланмаларнинг характери, бронхлар ёриғининг диаметри, эластиклиги, бронхиал

деворнинг тонуси ва ҳаракатчанлиги баҳоланади. Барча нормадан четга чиқиш фиксацияланади. Эндоскопик манзара суратга олинади. Диагностик текширувани бактериологик ва патоморфологик текширув учун материал олиш билан тугалланади.

Ўпка сили билан касалланганларда бронхоскопия манфий бактериологик натижа бўлганда туберкулёз касаллигини гистологик верификация қилиш учун материал олиш учун ҳам ишлатилиши ҳам мумкин. Бундан ташқари нафас йўллارнинг пастки қисмларидан хужайра суюқликлари лаборатор текширув учун олиш ва бронхларни лаважини амалга ошириш диагностикада муҳим аҳамиятга эга.

Ўпкани диффуз касалликлари билан касалланганларда Т лимфоцит ва унинг субпопуляцияси миқдорини аниқлаш ва цитограммалар текширишда амалга оширилади. Протеолитик ва антипротеолитик лаваж суюқлигидаги активликка қараб ўпкадаги жараённинг фазаси ҳақида, липидлар ва фосфолипидлар даражасига қараб сурфактант системаси ҳолатига баҳо берилади.

Баъзан лаваж суюқлигида бошқа диагностик материаллар топиб бўлмайдиган туберкулёз таёқчалари ажратиб олиш мумкин.

Торакоскопия (плевроскопия) ҳозирги даврда видеотехникани қўллаш билан биргаликда (видеоторакоскопия) қўлланилмоқда.

Видеоторакоскопия учун турли бурчакли кўришга эга бўлган торакоскоплар, видеокамера, ёритгичлар, рангли тасвири мониторлар ва ёзиб олувчи аппаратура керак. Булардан ташқари махсус қўшимча жарроҳлик ускуналари ҳам керак, чунки кўздан кечириш ва биопсия олишдан ташқари кўпинча турли даволовчи манипуляциялар ҳам қилинади.

Плаврал бўшлиқни эркин кўздан кечириш ва манипуляциялар бажариш учун ўпканинг 1/2-1/3 ҳажмини пасайтириш керак. Шунинг учун кўпинча видеоторакоскопия олдидан сунъий пневмоторакс қилинади. Экссудативли плевритли беморларда енгиллаштирувчи пункциялар суюқликни ҳаво билан алмаштирган ҳолатда қилиниши муҳимдир. Умумий анестезия – бронхларни алоҳида интубацияланган эндотрахеал наркоз ва СЎВ ҳисобланади.

Плевра бўшлиғига кўкрак қафасини тешган ҳолатда иккита ёки учта махсус троакар киритилади, уни бир ёки икки троакар орқали (торакопорт) оптик торакоскоп киритилади ва уни бир ёки икки мониторга тасвир узатувчи видеокамера билан туташтирилади. Бошқа торакопортлар ускуналарни киритиш учун хизмат қилади.

Плеврал варақлар, ўпка, кўкс оралиғи кўздан кечирилади. Кўрсатмаларга биноан кўпинча қисқичли, пункционбиопсия амалга оширилади. Плеврал бўшлиқнинг торакоскопик манзарасини суратга олиш ва телеэкранга узатиб видеолентага ёзиб олиш мумкин.

Видеоторакоскопиянинг асоратлари бўлиб қон кетиш, тери ости эмфиземаси, биопсиядан кейин ўпкадан узоқ муддат ҳаво чиқиб туриши мумкин. Видеоторакоскопияга асосий қарши кўрсатмалар бўлиб: нафас етишмовчилиги ва плеврал бўшлиқнинг облитерацияси ҳисобланади. Усулнинг камчилиги бўлиб ўпканинг алоҳида вентилицияси ва ва кўкрак қафаси бошқа структуралари ва ўпканинг пальпациясининг мумкин бўлмаслиги ҳисобланади.

Медиастеноскопия бўлиб олд кўкс оралиғини кўздан кечирувчи диагностик операция ҳисобланади. Махсус аппарат медиастеноскопдан фойдаланилади. У монитор билан уланиши мумкин (видеомедиастеноскоп). Операция наркоз остида бажарилади. Тўш суягининг бўйинтуруқ ўймаси устидан унча катта бўлмаган кесма қилиниб трахея бўйлаб тўқималар бифуркациягача ажратилади.

Сўнг кўкс оралиғига медиастиноскопнинг тубуси ёки тумшуғи киритилиб тўғридан-тўғри кўз орқали назорат қилиб ёки монитор орқали назорат қилиб паратрахеал ва бифуркацион лимфа тугунларини пункция қилиш, узиб олиш ва олиб ташлаш амалиётлари амалга оширилади. Мумкин бўлган асоратлар: қон кетиш, пневмоторакс, ҳиқилдоқ нервларининг жароҳатланиши.

Кенгайтирилган медиастиноскопия: олдинги кўкс оралиғи орқали медиастиноскоп ёрдамида кириб, махсус ускуналар ўпка илдизи соҳасига борилади, медиастинал плеврани перфорация қилиб, плеврал бўшлиққа кирилади. Бундай медиастиноплевроскопия

натижасида қилинган биопсия чуқур жойлашган лимфа тугунлари, ўпка ва плеврадан қилиш имкониятини беради.

Нафас олиш ва қон айланиш тизимини баҳолаш

Асосан сурункали ва тарқалган ўпка туберкулёзи одатда нафас олиш фаолиятининг бузилишлари ва юрак, қон-томир тизимининг ўзгаришлари билан кузатилади. Улар интоксикация, ўпка, плевра, юронхлар шикастланиши туфайли бўлиши мумкин.

Нафас фаолиятини ва қон айланиш текшириш нозологик ташхисни тасдиқлаш учун одатда унчалик аҳамиятга эга эмас, аммо беморнинг умумий аҳволини баҳолашда, даволаш тактикасини аниқлашда ва айниқса жарроҳлик муолажалари ҳақидаги масалаларни ҳал қилишда ҳамда уларнинг натижаларини баҳолашда муҳим роль ўйнайди. текширишнинг мақсади мумкин қадар нафас олиш, юрак, қон-томир етишмовчилигини ва бу тизимларнинг қўшимча заҳираларини аниқлашдан иборат.

Нафас олиш ва қон айланиш тизимини бемор шикоятлари, анамнези, объектив текширувлар, артериал қон босимини ўлчаш, электрокардиография ва рентгенологик текширувлар асосида баҳолаш мумкин.

Спирография маълум вақт ичида ўпка ҳажмининг ўзгаришларини график(чизиклар) тарзида қайд қилишдан иборат. Спирография жараёнида трахеобронхиал ўтказувчанликни баҳолаш мақсадида Вотчал-Тиффно синамаси ўтказилади. У бемор максимал нафас олгандан сўнг форсирланган нафас чиқаришнинг биринчи секундиди чиқариладиган нафас ҳажмини аниқлашдан иборат (нормада 70% дан кам эмас).

Умумий плетизмография барометрик принциплардан фойдаланишга асосланган. Уни одам танаси учун мўлжалланган плетизмографда - доимий ҳажмли катта герметик камерада амалга оширилади. Беморни плетизмографга жойлаштирилади ва нафас олиш вақтида кўкрак қафаси ҳажми ўзгаришлари қайд қилинади.

Плетизмография одатдаги (тинч) нафас олиш жараёнида ўпкаларнинг чўзилувчанлигини (кенгайишини), нафас йўллариининг ҳаво оқимиға қаршилигини баҳолашға, нафас ҳаракатлдарини ҳисоблашға имкон беради.

Ташқи нафас фаолиятининг қўшгимча кўрсаткичларига қоннинг газ таркиби ва кислота-асосли ҳолатини аниқлаш киради. Нафас етишмовчилигида қонининг нормал газ таркиби таъминланмайди ёки нафас жараёнларининг кучайишит ҳисобига меъёриға етказилади.

Амалий машғулот №4:

Мавзу номи: Силнинг клиник таснифи. Бирламчи туберкулёз.Беморлар курацияси ва касаллик тарихини тўлдириш.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 270 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Силнинг клиник таснифи.
	3. МКБ -10 бўйича туберкулёз таснифи.
	4.Бирламчи туберкулёз. Клиник турлари. Силдан заҳарланиш, бирламчи туберкулёз комплекси, кўкрак ичи лимфа тугунлари сили, текшириш усуллариини асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларға маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоту мақсади	Таълимиий: талабаларға силнинг клиник таснифи, бирламчи туберкулёз тўғрисида маълумот бериш.Текшириш усуллариини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида

	маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга силнинг клиник таснифи, бирламчи туберкулёз тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан штиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силнинг клиник таснифибирламчи туберкулёз турлари тўғрисида маълумот бериш. Мавзуга оид видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулоти кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми таҳлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар таҳлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилин ва ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.**Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:**
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар

1. Туберкулез таснифи турлари?
2. Замонавий тасниф фарқлари?
3. Замонавий таснифнинг асосий гуруҳларини айтинг?
4. Қандай асосий маълумотлар клиник шакллари тавсифлайди?
5. Туберкулез билан касалланган бемор касаллик тарихи бошқа касаллик тарихидан фарқини айтинг?
6. Касаллик тарихини асосий бўлимларини санаб беринг?
7. Шаклланган клиник ташхис қандай қисмлардан иборат?
8. Туберкулезни клиник шаклларида ташхис асоси нима?
9. Клиник таснифда қандай асосий асоратлар кўрсатилган?
10. Клиник таснифга «Туберкулезни даволагандан кейин қолдиқ ўзгаришлар» бўлими нима мақсадда киритилган?
11. Беморлар консультациясини ўтказишда асосий босқичларини айтинг.
12. Беморлар билан мулоқотда асосий, муҳим босқич бўлиб нима ҳисобланади?
13. Бирламчи туберкулезни клиник шаклларининг патогенези.
14. Бирламчи туберкулезни асосий шакллари айтинг.

15. Болалар ва ўсмирларда туберкулез интоксикацияси белгиларини айтинг.
16. Бирламчи туберкулез комплекси клиникаси ва ташхисоти.
17. Кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулези клиникаси ва ташхисоти.
18. БТ туберкулин синамалари (РМанту 2ТЕ) характеристикаси.
19. БТК турли клиник босқичларида рентгенологик маълумотлар характеристикаси.
20. Кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулезининг турли шаклларида рентгенологик маълумотлар характеристикаси.
21. БТ асоратлари.
22. Ташхисни ифодалаш ва асослаш.
23. Қиёсий ташхисот.
24. БТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш.

ХКК 10 бўйича касалликларнинг халқаро классификацияси

Касалликлар классификацияси бу ўз ичига қабул қилинган критерияларга асосан нозологик доналарни камраб олувчи рубрикалогик тизимси.

ХКК мақсади бўлиб тизимлаштирилган регистрацлар, таҳлиллар, интерпритациялар учун шароит яратиш ва ҳар хил давлатларда, турли вақтларда касалланиш ҳамда ўлим тўғрисида маълумотларни таққослаш. ХКК нинг касалликлар классификациясини ва турли хил ҳужжатлаштиришларда руйхатга олинган соғлиқ билан боғлиқ бошқа муаммолар учун қўллаш мумкин.

ХКК-10 да 3 сонли рубрикалар қисқартирилган. 3 талик сон рубрикалар даражасида туберкулёзнинг факат асосий жойлашишлари кодлаштирилади: нафас олиш аъзолари, нерв тизимси шунингдек милиар туберкулёз. Бошқа жойлашишлари 4 талик сон даражасида шифрланади, 10 таликдан сунг.

ХКК-9 бўйича нафас олиш аъзоларининг туберкулёзи тасниф асосига туберкулёз ташхисини тасдиқловчи усул куйилган (бактериологик ва гистологик). Шунга асосан 3 та белгили рубрикалар алоҳида ажратилган: А15 – нафас олиш аъзолар туберкулёзи бактериологик ёки гистологик йул билан тасдиқланган. А-16 нафас олиш аъзоларининг туберкулёзи бактериологик ёки гистологик йул билан тасдиқланмаган.

Солиштириш учун ХКК-9 нинг мавжуд кодлари келтирилган.

Нафас олиш аъзолар туберкулёзининг асосий клиник шакллари

Нафас олиш аъзолари туберкулёзи

ХКК шифрлари			Касалликнинг клиник шакллари
ХКК IX	ХКК X		
	A16	A15	Нафас олиш аъзолари туберкулёзи, гистологик ёки бактериологик тасдиқланган Нафас олиш аъзолар туберкулёзи, гистологик ёки бактериологик тасдиқланмаган.
011	A16.0	A15.0	Ўпка туберкулёзи, бактериологик йул билан тасдиқланган культуранинг усиши бор ёки йуклиги
	A16.0.1	A15.0.1	Ўчоқли
	A16.0.2	A15.0.2	Яллигланган
	A16.0.3	A15.0.3	Казеозли пневмония
	A16.0.4	A15.0.4	Туберкулема
	A16.0.5	A15.0.5	Ковакли
	A16.0.6	A15.0.6	Фиброз- ковакли

	A16.0.7	A15.0.7	Чандикли
012.2 012.3	A16.4	A15.5	Трахея ва бронхлар, хикилдок туберкулёзи
012.1	A.16.3	A15.4	Кукрак кафаси лимфа тугунлар туберкулёзи
012.0	A16.5	A15.6	Гистологик ва бактериологик тасдиқланган туберкулёз плеврити
010.0	A16.7	A15.7	Нафас олиш аъзолар бирламчи туберкулёзи
	A16.8	A15.8	Бошқа нафас олиш аъзолар туберкулёзи(бурун, огиз бушлиги)
	A16.9	A15.9	Жойлашиши аниқланмаган нафас аъзолар туберкулёзи

Нерв тизим туберкулёзи		
ХКК IX 13	ХКК X A17.0 A17.1 A17.8 A17.9	Касалликнинг клиник шакллари Туберкулёз менингити Менингиал туберкулема Нерв тизимсидан бошқа жойлашган туберкулёз Нерв тизимси туберкулёзи

Бошқа аъзолар туберкулёзи A-18		
ХКК IX	ХКК X	Касалликнинг клиник шакллари
0.15	A18 0	Бугим ва суяк туберкулёзи
	A18.01	Сон- чанок бугими туберкулёзи
	A18.02	Тизза бугими туберкулёзи
	A18.03	Умуртка погонаси туберкулёзи
	A18.04	Юза бугимлар туберкулёзи
	A18.05	Елка ва тирсак бугимлар туберкулёзи
	A18.06	Юмшок туқималар туберкулёзи
	A18.07	Бошқа жойлашган туберкулёз
	A18.08	Биргаликдаги шикастланиш

16	A18.1	Сийдик – танотуберкулёз аъзолар туберкулёзи
	A18.1.1	Сийдик пуфаги туберкулёзи
	A18.1.2	Буйрак туберкулёзи
	A18.1.3	Аёллар жинсий аъзолар туберкулёзи
	A18.1.4	Эркаклар жинсий аъзолар туберкулёзи
	A18.1.5	Бошқа жойлашган туберкулёз
	A18.1.6	Биргаликдаги шикастланиш

17	A18.2	Периферик лимфа тугунлари туберкулёзи
	A18.2.1	Жаг ости лимфа тугунлари туберкулёзи
	A18.2.2	Буйин лимфа тугунлари туберкулёзи
	A18.2.3	Култик лимфа тугунлари туберкулёзи
	A18.2.4	Чов лимфа тугунлари туберкулёзи
	A18.2.5	Бошқа жойлашган туберкулёз

	A18.3	Корин, ичак лимфа тугунлар туберкулёзи

14	A18.5	Куз туберкулёзи

0.17.0	A18.4	Тери ва тери ости клечатка туберкулёзи
0.17.0	A18.7	Буйрак усти беги туберкулёзи
	A18.8	Калконсимон без, кизилунгач, миокард, эндокарда аникланган туберкулёз

0.18	A 19	Милиар туберкулёз Тарқоқ туберкулёз Генераллашган туберкулёз Туберкулёзли полисерозит

135	Д 86, Д 86.0 Д 86.8 Д 86.9	Ўпка саркоидози, тер ива бошқа жойда жойлашган лимфа тугунлар
136	B 90	Даволаниш ва операцидан кейинги колдик узгаришлар
	R 76.1	Туберкулин синамаси ижобий эмас
	Z 03.0	
	Z 20/1	Бемор билан контактда бўлиш ёки юктириш

ХКК 10 ва туберкулёз клиник таснифсини қўллаш.

ЖССТ таклиф килган ташхисни асослаш

Ўзбекистон Республикасида бир канча коидалар асосида туберкулёзнинг клиник таснифидан фойдаланилмоқда. Бу рентгено- клиник хусусиятлари туберкулёзли процесс, унинг кечиши, бактерия ажралишининг бўлиши.

Тасниф туртта тузилмага асосланган: туберкулёзнинг клиник шакллари, туберкулёзли процесс бахоси, туберкулёз асорати, туберкулёздан даволангандан кейинги колдик узгаришлар.

Туберкулёзнинг клиник шакллари жойлашиши ва клиник белгилари билан бирга патогенитик ва патоморфалогик туберкулёзли процесс характери фаркланади.

Нафас олиш аъзолар туберкулёзи.

Дастлабки туберкулёз комплекси

Кукрак кафаси лимфа тугунлар туберкулёзи

Ўпканинг тарқоқ туберкулёзи

Милиар туберкулёз

Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи

Ўпканинг яллигланган туберкулёзи

Казеозли туберкулёз

Ўпка туберкулемаси

Ковакли ўпка туберкулёзи

Чандикланган- ковакли ўпка туберкулёзи

Чандикли ўпка туберкулёзи

Туберкулёз плеврити

Юкори нафас йуллари, трахея, бронхлар туберкулёзи

Нафас олиш аъзолар сили, ўпканинг биргаликдаги юксак касалликлари билан бирга

Бошқа аъзо ва тизимлар туберкулёзи

Марказий нерв тизимси ва мия пардаси туберкулёзи

Корин, ичак, чарви лимфа тугунлар туберкулёзи

Бугим ва суяк туберкулёзи

Сийдик- танотуберкулёз аъзолар туберкулёзи

Тери ва тери ости клечатка туберкулёзи

Периферик лимфа тугунлар туберкулёзи

Куз туберкулёзи

Бошқа аъзолар туберкулёзи

Туберкулёз жараёни характеристикаси жараён жойлашишига кура, клиник-рентгенологик белгиларига кура ва бемордан олинган диагностик материалдан туберкулёз микобактерияси бор йуклигига берилади.

Жойлашиши ва таркалиши: ўпкада булаклар бўйича сигментар, бошқа аъзоларда жойлашишига кура.

Фаза:

а) инфильтрация, емирилиш, таркалиш

б) сурилиш, зичлашиш, чандикланиш, охакланиш

Бактерия ажралиши:

а) Туберкулёз микобактерияларининг ажралиши билан (МБТ +)

б) Туберкулёз микобактериялари ажралмасдан (МБТ -)

Туберкулёз асоратлари:

Кон туфлаш, ўпкадан кон кетиш, спонтан пневмоторакс, ўпка-юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, окма яралар ва бошқалар.

Туберкулёз даволангандан кейинги қўшимча узгаришлар:

а) Нафас аъзолари:

фиброз, фиброз ўчоқли, буллёз-дистрофик, ўпка ва лимфатик тугунлардаги кальцинатлар, плеврапневмосклероз, цирроз.

б) Бошқа аъзолар:

турли аъзоларда чандикли узгаришлар ва уларнинг окибатлари, охакланиш ва бошқалар.

Туберкулёзнинг асосий клиник шакллари

Нафас аъзолар туберкулёзи.

Бирламчи туберкулёз комплекси ўпка тукумасида яллигланиш узгаришлари ривожланиши, регионар кукрак ичи лимфа тугунлари шикастланиши ва лимфангит билан характерланади. Бу купинча болаларда кузатилади. Клиник куриниши бирламчи комплекс фазасига, кечиш хусусиятларига, аъзоизм реактивлигига боғлиқ. Бу ҳам симптом билан кечиши мумкин лекин купинча туберкулёз интоксикация белгилари булади. Рентгенологик текширувда ўпкада характерли узгаришлар юзага келади.

Кукрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи (КЛТС) болаларда ривожланади, ўсимирлар ва катталарда бирламчи туберкулёз билан шикастланиш натижасида. Камдан-кам кукрак ичи лимфатик тугунларни эндоген реактивациясидан юзага келади. Катталарда эндоген реактивация жараёни иммунодефицит ривожланган беморларда (масалан, ОИВ-инфекция) характерли.

Тарқоқ ўпка туберкулёзи турли генездеги жараёнларни бирлаштиради. Туберкулёз микобактерияси гематоген, лимфоген, бронхоген йуллар билан таркалиши натижасида ривожланади, клиник-рентгенологик куриниши шунга боғлиқ равишда турлича.

Тарқоқ туберкулёз уткир, уткир ости, сурункали кечади. Уткир кечувчи тарқоқ туберкулёзга миляр туберкулёз характерли. Уткир кечувчи тарқоқ туберкулёз ўпканинг бутун юзасини эгаллаб, майда ўчоқлар пайдо булади. Уткир ости кечувчи тарқоқ туберкулёз интоксикация симптомлари билан утади.

Гематоген генезли уткир ости тарқоқ туберкулёзда бир турдаги дессеминация ўчоғи булиб, у ўпканинг кортикал ва юкори булагада, лимфоген генезлида эса гуруҳ булиб жойлашади, ҳамда ўпканинг кортикал олди ва пастки булакларида лимфангит фонида ривожланади. Ўчоқлар ўпкада симметрик жойлашган, улар “штамланган” коваклар куринишида булади.

Миляр туберкулёз тез дессеминация жараёни билан уткир кечадиган характерда булиб, ўпка, талок, ичаклар, мия пардалари ва бошқа аъзо ва тукумаларни зарарлайди.

Туберкулёз буртмалари асосан продуктив характерда булади. Клиникаси интоксикация белгилари билан утади. Рентгенологик текширувда ўпкада икки томонлама амма жойни эгаллаган майда ўчоқли дессеминациялар аникланади.

Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи продуктив характердаги, куп сонли ўчоқлардан иборат булади. Бу ўпканинг бир ёки бошқа булагининг 1-2 сигментларида, чегараланган майдонли ва кичик симптомлар билан кечувчи туберкулёз ўчоқлари мавжуд. Туберкулёз ўчоқларининг катталиги 10мм булиб, клиник жихатдан белгиларсиз утади.

Рентгенологик текшириш асосий усул ҳисобланади. Фиброз ўчоқли туберкулёз билан огриган беморлар рентгенограммасида туберкулёз ўчоғи интенсив, чегаралари аниқ, атрофида тур шаклида соя куринади.

Ўпканинг инфилтратив туберкулёзи ўпкада яллигланиш узгаришлари борлиги билан таърифланади, асосан эксудатив характерли, казеоз некрози билан ва ўпка туқималарида деструкция бор ёки йўқлиги билан.

Инфилтратив туберкулёзнинг клиник қуринишлари ўпкадаги яллигланиш узгаришларининг қай даражада тарқалиши ва ифодаланганлигига боғлиқ, бу нафас олиш аъзоларининг носпецифик касалликлари билан боғлиқ.

Касалликнинг бошланиши уткир ва уткир ости бўлиши мумкин.

Казеозли пневмония ўпка туқималарининг яллигланиш реакцияси ривожланишида казенификация устунлиги билан таърифланади, шу билан бирга казеоз-пневмоник ўчоқлари катталиги бўйича бир ва ундан ортиқ булакни эгаллайди.

Клиник сурати беморнинг огирлик ҳолати билан, интоксикациянинг ифодаланганлиги билан таърифланади. Беморни текширишларида лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг кескин чапга туберкулёзжиши, бактерия ажралиши аниқланади. Тупланган казеоз масса тез суюқлашиши оқибатида катта бушлик ёки куп сонли катта булмаган коваклар пайдо булади.

Ўпка туберкулемаси диаметри 1 смдан катта бўлган, узида генези ҳар-хил инкапсулирланган казеоз фокусларни камраб лувчи тушунча. Туберкулеманинг инфилтратив пневмоник типии, гомоген, катламли, конгломерант ва “ёлгон туберкулема” деб аталадиган коваклари тулган тури ажратилади.

Ўпканинг кавернали туберкулёзи. Шаклланган каверна ҳамда унинг атрофидаги ўпка туқимасида ифодаланган фиброз узгаришларининг йўқлиги билан характерланади.

Кавернали туберкулёз инфилтратив, тарқалган, ўчоқли туберкулёз билан касалланган беморларда туберкулеманинг парчаланишида ривожланади; парчаланиш босқичи каверналар шаклланиши билан касаллик кеч аниқланса, дастлабки шакл белгиларини йўқотади.

Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулёзи. Фиброз-каверна ва унинг атрофидаги ўпка туқимасида фиброз узгаришлар ривожланиши билан ифодаланилади. Бунда ҳар хил муддатдаги бронхоген юкиш ўчоқлари характерлидир. Одатга қура кавернани дренажловчи бронх зарарланади. Ўпканинг бошқа морфологик узгаришлари, айниқса, пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктазлар ривожланади.

Цирротик ўпка туберкулёзи. Фиброз-кавернали, сурункали тарқоқ, ўпка инфилтратив туберкулёзи, плевра шикастланиши (ўпка-бронх шикастланиши асоратлари), куқрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи инволюцияси натижасида ўпка туқимаси ва плеврада дағал бириктирувчи туқиманинг усиши билан ифодаланилади.

Плеврит туберкулёзи (жумладан эмпиема). Плеврит ташхиси клиник ва рентгенологик белгилар мажмуасига қура аниқланади. Плеврит хусусияти плевра бушлиги пункцияси ёки плевра биопсиясида олинган диагностик материал текшириш натижаларига қура аниқланади.

Плеврит туберкулёзида ажралмалар хусусиятига қура сероз, сероз-фибриноз, йирингли баъзан гемаррагик булади.

Бронх, трахея ва юкори нафас йуллари туберкулёзи. Туберкулёзнинг бу қуринишлари мустикал ёки нафас аъзолари туберкулёзининг бошқа қуринишлари билан биргаликда қулатилиши мумкин. Бронх ва трахея туберкулёзининг уҳта асосий қуриниши мавжуд: инфилтратив, ярали, окмали (лимфобронхиал, бронхоплеврал окмалар).

Ўпканинг чангли касб касаликлари билан комбинерланган нафас аъзолари туберкулёзи (конитуберкулёз, туберкулёзикоз, астестоз ва бошқалар) Бу гуруҳга чангли касб касалликлари билан бирга келувчи ўпка туберкулёзининг барча қуринишлари қиради. Ташхисни шаклланишда дастлаб дастлаб «конитуберкулёз» қурсатилади. Сунгра кенгайган кониоз ва туберкулёз жараёни хусусиятлари ёритилади.

Бошқа аъзо ва тизимлар туберкулёзи.

МНС ва мия пардаси туберкулёзи. Туберкулёз менингити (бош мия пардаси туберкулёзи, орка мия пардаси туберкулёзи, туберкулёз липоменингити)

Бу жараённинг ривожланиши микобактерияларнинг гематоген таркапиши ёки казеоз ўчоқнинг субарахноедал бушликнинг ёриб утиши билан ифодаланилади. Жараён асосан бош миянинг кон-томир йулларида ва ярим шарлар эгатларида ривожланади.

Ичак, корин парда ва корин ичи лимфа тугунлари туберкулёзи.

Ичак туберкулёзи. Илеоцекл сохага таркалган ичак шиллик каватига думбокчалар тошиши билан характерланади. Инфильтратив-ярали жараён думбокчаларнинг ярага айланиши билан ифодаланади.

Корин парда туберкулёзи. Бунда касаллик лимфаденитнинг таркалган шакли ва корин ва чанок бушликлари аъзолари туберкулёзининг асоратлари туфайли келиб чиқади. **Корин ичи лимфа тугунлари туберкулёзи.** Инфильтратив фазасида мезентериал лимфа тугунларининг яллигланиши, казеоз-некроз фазасида эса - лимфа тугунларининг катталаниши, перифокал реакция, корин парданинг бу жараёнга тортилиши билан ифодаланилади.

Суяклар ва бугимлар туберкулёзи.

Умurtка погонаси суяклари ва бугимлари туберкулёзи. Бирламчи спондилит туберкулёз жараёнинг умurtка погонаси танасидан ташкарига таркалмаган ҳолда жароҳатланишини ифодалайди; рентгенологик томографик текширишда умurtка танасида деструкция ўчоғи аникланади.

Кул ва оёқлардаги суяк ва бугимлар туберкулёзи. Дастлаб бугим атрофи остити, метафизда специфик яллигланиш ўчоғи шаклланиши, баъзан найсимон суякларнинг эпифизда бугим фаолиятининг бузилиши ва унда ажралма йигилиши билан (реактив синовиит) ифодаланилади. Оститнинг маълум метафизар жойлашишига жараёнинг суякни бугим юзасидан ташкарисига таркалиш эҳтимоли булиб, атроф юмшоқ туқималари зарарланиши, совук абцесслар ва окмалар шаклланиши билан ифодаланилади.

Бош ва юз суяклари ва бугимлари туберкулёзи. Купрок пешона, тепа, ёнок ва юкориги жағ суяклари жароҳатланади. Калла суяклари туберкулёзида чегараланган ва таркалган деструкция шакллари купрок ички пластинканинг шикастланиши билан кечади.

Туберкулёз-аллергик синовиитлар ва артериитлар. Бугим синовиал кобигининг носпецифик аллергик зарарланиши оқибати ҳисобланади. Бугимда суюқлик пайдо бўлиши, бугим фаолиятининг бузилиши купинча мавсумий хусусиятга эга, хуруж ва ремиссия даврининг тулкинсимон кечиши характерли хусусиятга эга. Болалик ёшида улар бирламчи туберкулёз билан касалланишининг бир қуриниши бўлиши мумкин.

Сийдик ажратиш ва жинсий аъзолар туберкулёзи.

Буйрак туберкулёзи. Касалликнинг бошланғич босқичи бошқа аъзолардаги фаол туберкулёз ўчоқларидан туберкулёз микобактерияларининг гематоген таркалиши билан боғлиқ. Махсус жараёнинг ривожланиши махсус эволюциянинг барча босқичларини, купрок пустлоқ моддасида жойлашувчи махсус ўчоқдан буйрак ва сийдик чиқарув йулларининг тулик парчаланишига утади.

Сийдик йуллари туберкулёзи. Одатда туберкулёзнинг бу шакли фаол буйрак туберкулёзининг асорати ёки хамроҳ касаллиги ҳисобланади. Жараёнинг хусусияти сийдик йуллари девори шикастланишининг даражаси, чуқурлиги, таркалганлиги билан ифодаланилади: бошланғич босқичдаги шиллик ва шиллик ости каватнинг ўчоқли яллигланишидан фиброз, чандикли деформация ва стриктураларга олиб келувчи чуқур некрозли яраларга олиб келгунча.

Эркаклар жинсий аъзолари туберкулёзи. Касаллик иккиланган патогенетик табиатга эга: гематоген дессиминерланган туберкулёзнинг хусуси қуриниши ҳамда буйрак ва сийдик йуллари туберкулёзининг асорати.

Аёллар жинсий аъзолари туберкулёзи. Купинча бачадон найи туберкулёзи (сальпингит) ёки бачадон ортиги туберкулёзи (сальпингоофарит) куринишида булади, баъзан эндометрий ва миометрийнинг зараланиши кузатилиб, бунда жараён цервикал канал ташки жинсий аъзоларга таркалади.

Тери ва териси ости ёг клетчаткаси туберкулёзи. Дастлабки шакллари «бирламчи аффект» (тери копламлари оркали юккандан пайдо бўлган), терининг умумий милиар туберкулёзи, ҳамда иккиламчи скрофулодерма (переферик лимфа тугунлари туберкулёзи) киради. Тери туберкулёзининг иккиламчи шаклларига турлича вариантлардаги мурункали ривожланувчи туберкулёз (волчанка) киради.

Переферик лимфа тугунлари туберкулёзи. Инфильтратив боскичда лимфа тугуни яллигланиши инфекция билан инфекцияланиб (бир ёки бир нечта), лимфа тугунларининг ифодаланмаган перифокал интоксикация белгиларисиз катталашиши билан ифодаланилади. Парчаланиш ёки юмшашсиз кузатилувчи казеоз-некроз боскичи катталашган лимфа тугунларида огрик, перифокал рекция, кескин ифодаланган интоксикация билан белгиланади.

Куз туберкулёзи. Куз туберкулёзининг кенг таркалган шакли булиб гематоген дессименирланган увеит булиб, у олдинги увеит (ирит, циклит, иридоциклит), переферик увеит (орка циклит) ва хориодит (хориоретинит) кабиларга булинади. Кузнинг ёндош аппаратининг туберкулёз билан зарарланиши нисъатан кам учраб, гематоген дессиминация ёки юз териси оркали, баъзан кам холларда экзоген юкиш йули оркали пайдо булади.

Туберкулёз жараёнининг характеристикаси.

Туберкулёз жараёнининг кечишида асосий элементлар қуйидагилар ҳисобланади: локализация, жараённинг давомийлиги, унинг фазаси ва бактерия ажратиш.

Диагнозда қайси сегмент ва қайси булакнинг зарарланганлигига қараб унинг локализацияси ва давомийлигини аниқлаш мумкин.

Жараён фазалари:

а) инфекция, парчаланиш, таркалиш. Улар янги аниқланган беморлар ёки хуруж қилган беморларда (даво вақтида ёки ундан кейин) туберкулёз фаоллиги узғаришларини ифодалайди.

б) сурилиш, зичлашиш, чандикланиш, охакланиш, динамикада фаол туберкулёзни сунганлигини узида акс эттиради.

Бактерия ажрутувчиларига (МБТ+), бактерия ташувчиларга жараённинг фаоллигини тасдиқловчи стандарт лаборатор текшириш усуларидан бири ва клиник рентгенологик маълумотлар билан ташки муҳитга ажратилган суюқлик таркибидан МБТ+ бўлган беморлар киради.

Қолдик узғаришлар

Қолдик узғаришлар туберкулёзнинг эффектив химиотерапия ёки хирургик муолажа ҳамда спонтан тузилишдан кейин (клиник рентгенологик стабилизация) тасдиқланади.

Туберкулёз билан касалланган беморларни ташҳисини шакллантириш

Туберкулёз билан касалланган беморни ташҳисини шакллантириш қуйидаги кетма кетлик асосида амалга оширилади:

Клиник шаклни тавсифлаш, жойлашиши, жараён боскичи, бактерия ажралиши (БК+ ёки БК-), асорати, хамроҳ касалликлари. Ташҳисни шаклланишига мисоллар:

1. Ўпка юқори булаклари таркалган туберкулёзи, инфильтрация ва парчаланиш боскичи, МБТ+, ўпка-юрак етишмовчилиги I даража, Гепатит С.

2. Ўпка юқори булагли фиброз-каверноз туберкулёзи, инфильтрация фазаси, МБТ-, ўпкadan қон кетиши, аспирацион пневмония, ички аъзолар амилоидози, уш шохли нерв неврити:

Бирламчи туберкулёз

Бирламчи туберкулёз одам организмга биринчи марта СМБ тушиши (силдан зарарланиш) ва организм имун реактивлиги пастлигидан қелиб қикади. Силнинг эпидемиологик ҳолати ёмон шароитларда СМБ дан зарарланиш асосан болалар ва

усмирларда, камдан кам ҳолатларда катт ёшдаги одамларда бўлади. Силдан зарарланиш одатда клиник белгиларсиз кечади, туберкулин синамаси ёрдамида аникланади. Катта ёшдаги одамларда бирламчи силнинг клиник-рентгенологик курилиши жуда кам кузатилади. Бундай ҳолатлар асосан болалик ёки усмирликдаги бирламчи туберкулёз жараёнининг клиник тузалиши билан кечганда ва организмга қайтадан СМБ нинг ташки муҳитдан тушишида кузатилиш мумкин. Бирламчи силдан зарарланиш оқибати СМБ нинг сони ва вирулентлиги, организмга тушиш муддати ва муҳим даражага эга организмнинг иммун биологик ҳолатига боглик. СМБ билан зарарланган 90-95% одамларда туберкулёз ривожланмайди. Уларда силдан зарарланиш белгиларсиз кечади ва силга қарши иммунитет ҳосил бўлиши билан тугайди. Бу эса туберкулёз инфекциясига одам организмнинг табиий чидамлилиги ва эмлашдан кейинги иммунитетнинг пайдо бўлиши билан изоҳланади. Умумиу иммун танқисликда, БЦЖ билан эмланмаганлар ёки нотўғри эмланганларда бирламчи силдан зарарланиш касалликка олиб келиши мумкин.

СИЛНИНГ РИВОЖЛАНИШИ ВА ПАТОЛОГИК АНАТОМИЯСИ.

Бирламчи силда жараён асосан лимфа тугунларда, ўпка туқимасида, плеврада, баъзан бўйрақларда, бугинларда, суякларда, корин пардасида бўлади. Махсус яллигланиш майдони унчалик ката бўлмаслиги ва текширганда аникланмаслиги ҳам мумкин. Жараён ката бўлганда уни клиник ва нур ташхиси ёрдамида текшириб аникланади.

Бирламчи силнинг учта асосий тури мавжуд:

- силдан захарланиш;
- кукрак ичи лимфа тугунлари сили;
- бирламчи туберкулёз комплекси.

Силдан захарланиш – энг эртанги бирламчи туберкулёз тури бўлиб, кам махсус узгаришлар билан кечади. У асосан иммун тизимида нисбатан кам етишмовчилик бор одамларда ривожланади. Махсус яллигланиш белгилари макро организм ва СМБ узаро таъсири натижасида лимфа тугунларида кам микдорда казиоз некрозли гранулема ҳосил бўлади. Ташхис усуллариининг етишмаслиги туфайли бу ҳолатни клиник шароитда аниклаш қийин. Организмга МБ Кириши иммун тизимда мураккаб жараён чакиради ва у хужайра ичи иммунитетини шакллантиришга йуналтирилган. Хужайраларда иммун жараён тургунлиги бузилганда – иммунологик жавобга катнашувчилар синтез купайишига биологик фаол моддалар йигилишига ва у уз навбатида мембрана бузилиши ва хужайра метаболизми бузилишига олиб келади.

Силдан захарланишда СМБ асосан лимфа тизимида жойлашади, аста-секин лимфа тугунларига урнашади, унинг оқибатида лимфа туқимаси гиперплазияга учрайди. Шунинг учун купгина лимфа тугунлар катталашади ва юмшоқ эластик консистенцияга эга бўлади.

Периферик лимфа тугунларидаги узгаришлар микрополиаденопатия деб аталади. Унинг биринчи белгиларини силдан захарланишнинг бошлангич босқичида аникланиш мумкин. Микрополиаденопатия бирламчи силнинг барча шаклига хос.

Силдан захарланиш – бирлачи силнинг дастлабки клиник шакли бўлиб, локал узгаршларсиз кечади. У хар хил функционал узгаришлар, туберкулинга юкори сезувчанлик ва микрополиаденопатия билан намоён бўлади.

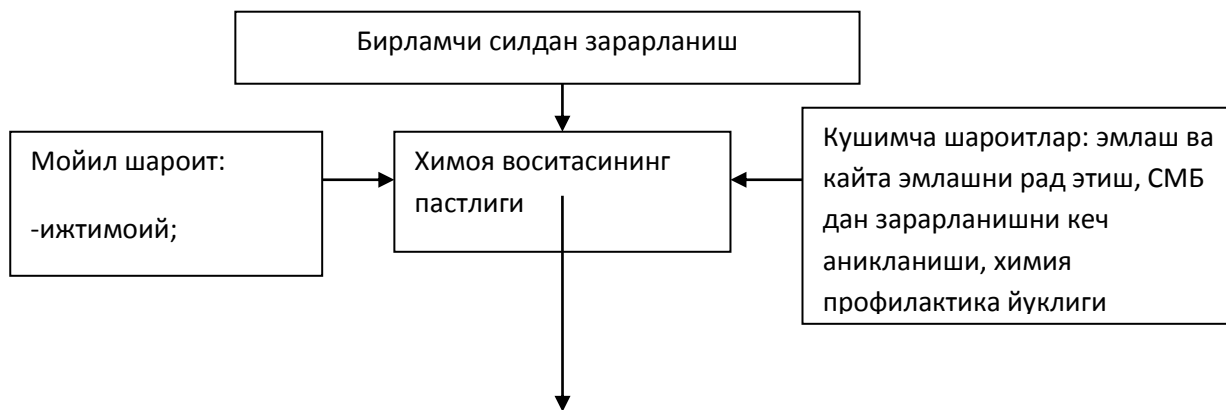
Лимфа тугунга якин жойлашган юмшоқ туқима, бронхлар, кон томирлар, асаб толалари, медиостенал плеврада параспецефик ва носпецефик яллигланиш юзага келади. Патологик жараён авжланади ва бошка гуруҳ лимфа тугунларига таркалади, зарарланган майдон хажми кенгаяди.

Шу йул билан бирламчи туберкулёз комплекси, яъни ўпкадаги яллигланиш, махсус лимфангит ва кукрак ичи лимфа тугунлари яллигланиши ҳосил бўлади. Бирламчи туберкулёз комплексининг шу йул билан ривожланиши патологоанатомлар томонидан хар томонлама урганилган ва узок вақтлар ягона деб ҳисобланган.

Бирламчи туберкулёз комплекси – локал формадаги бирламчи туберкулёз бўлиб, махсус яллигланишнинг 3 та компонентидан иборат: перифокал яллигланиш – бирламчи аффект, регионал лимфа тугунлар туберкулёз ива уларни юоглаб турган туберкулёз лимфангити

Бирламчи туберкулёз комплексида махсускучли параспецефик ва носпецефик узгаришлар кузатилади. Шундай булишига карамасдан касалликнинг ижобий кечиши оркага кайтиш жараёни аста-секин утади. Касалликнинг ижобий окибати ташхиснинг барвакт куйилиши ва уз вактида тўғри даволанишни бошлашга боглик.

Бирламчи туберкулёз ривожланиши



Бирламчи туберкулёз

Бирламчи туберкулёз шакллари	Силга қарши иммунитет	Бактерия популяцияси
Силдан захарланиш	↓	+
Кукрак ичи лимфа тугунлари сили	↓ ↓	++
Бирламчи туберкулёз комплекси	↓ ↓ ↓	+++

Авжланиш

Оркага кайтиш

Асоратлари:

Сурункали кечувчи бирламчи туберкулёз

Таркок силга ёки фиброз ковакли силга айланиши



Бирламчи силда клиник белгиларни шартли равишда 3 та асосий синдромга булиш мумкин:

1. Захарланиш белгилари синдроми
2. Бронх-ўпка-плеврал синдром
3. бошка аъзолардаги узгаришлар синдроми

Захарланиш синдроми бирламчи туберкулёз билан касаллангандаги метаболик ва функционал узгаришлар мажмуаси.

Силдан захарланиш барвакт клиник белгилари МИС функционал булишидир, бу ҳолат ёш болаларда купрок кузатилади. Болалар серзарда, тез хафа буладиган, йиглоки булиб қолади, иштаха ёмонлашади, терлаш кузатилади, жисмоний ва аклий томондан мойиллик пасаяди.

Силдан захарланиш – клиник шаклида захарланиши белгилари асосий (баъзан бирдан-бир) клиник белги ҳисобланади. Силдан захарланишда махсус яллигланишга хос учокли белгилар аниқланмайди. Организмда СМБ борлиги сабабли купрок уларда носпецефик (параспецефик) узгаришлар кузатилади.

Бу узгаришлар купрок периферик лимфа тугунларда яққол намоён бўлади. Пайпаслаб курганда 5-9 гуруҳ лимфа тугунлар 5-14 мм улчамда катталашганлигини билиш мумкин, улар огриксиз, ҳаракатчан, юмшоқ-эластик ҳолатда.

Б.С.К. клиник белгилари мактабгача ёшдаги болаларда яққолроқ намоён бўлади. Кам микдордаги балгамли йутал, фебрил ҳарорат кутарилади.

Доимий курук йутал бронхда туберкулёз жараёни борлигидан гувоҳлик беради. Бундай пайтда аускультацияда маълум жойда йуталганда «чийиллашга» ухшаш курук хириллаш эшитилади. Бронх ҳолатини бронхоскоп ва КТ ёрдамида аниқлаш мумкин.

Доимий захарланиш белгилари кукрак кафасида огрик, курук йутал ҳамда нафас танқислиги белгилари ателектаз ҳосил булиши билан бронхлар утказувчанлиги бузилганлигидан гумон қилишга ёрдам беради. Клиник белгиларнинг намоён булиш даражаси зарарланган бронх калибрига ва ателектаз ҳосил булиш тезлигига боғлиқ.

Куриб текширилганда ателектаз соҳада кукрак кафаси ичига ботган ёки текисланган, жараён томон нафас олишдан орқада қолиши кузатилади. Ўпка товуши ателектаз соҳада тунтоқлашган, нафас ва овоз дириллаши охисталашган баъзан доимий булмаган курук хириллашлар эшитилиши мумкин. Бронхиал диссиминация ҳарорат кутарилиши, йутал пайдо булиши ёки қучайиши билан кечади. Жараён соҳада курук ва майда пуфакчали хириллашлар эшитилади.

Туберкулин диагностика – (2 ТБ билан Манту синамаси) бирламчи силга текширишда муҳим аҳамиятга эга. Туберкулин синамаси натижасининг ҳар йилги курсаткичига қараб зарарланиш муддатини ва беморда бирламчи туберкулёз борлигини аниқлаш мумкин. Бу маълумотлар бирламчи силнинг барвакт шакли вал оқал узгаришларни аниқлашда жуда ката аҳамиятга эга.

Кукрак ичи лимфа тугунлари силива бирламчи туберкулёз комплекси аниқланган беморларда туберкулинга сезгирлик гиперэргик натижа беради. Бирламчи туберкулёз казиозли пневмония ва туберкулёз менингити каби асорат билан кечганда туберкулин натижа манфий (манфий анэргия) кузатилади.

Оддий рентгенограммада бронхопульмонал ва трахиобронхиал гуруҳ лимфа тугунларидаги яллигланиш касалликнинг барвакт босқичида ўпка илдизининг буй ива энига кенгайиши билан асосланади. Илдиз ташки чегараси бурган, ноаниқ, тузилиши бузилган, бронх найи аниқланмайди.

Бирламчи туберкулёз комплексида рентгенологик текширув ҳамма компонентни қуриш имконини беради. Ўпка компоненти кичик улчамда бўлса, уни КТ ёрдамида аниқлаш мумкин. Бирламчи туберкулёз комплексининг рентгенологик қурилиши шартли равишда 3 та босқичга бўлинади: пневманик, сурилиш ва каттиклашиш, оҳакланиш. Бу босқичлар клиник морфологик узгаришларга тўғри келади.

Пневманик босқич ўпка туқимасида улчами 2-3 см ва ундан катта, нотўғри шакли, чегаралари нотекис, ноаниқ, ногомоген қурилишдаги қорайиш соҳа билан характерланади. Қорайишнинг марказий қисми бирламчи ўпка жароҳати рентгенограммада купрок интенсивликка эга, атрофида перифокал яллигланиш камрок интенсивликка эга. Жараён томонда ўпка илдизи кенгайган, шакли бузилган, чегараси ноаниқ бўлади. Ўпкадаги қорайиш илдиз билан боғланган, баъзан бутунлай қушилиб кетган бўлади, бу эса ўпка илдизини аниқ қуришга имкон бермайди. Одатда бу босқич 4-6 ой давом этади.

Сурилиш ва каттиклашиш босқичи аста-секин ўпка туқимасида ва ўпка илдизидаги перифокал яллигланиш сурилиши билан характерланади. Ўпкадаги бирламчи аффект, лимфа

тугунлар ва уларни боглаб турган лимфангит аник Курина бошлайди. Ўпка компоненти одатда чегараланган корайиш ёки урта интенсивдаги Фокс соя, лимфа тугунлар ўпка илдиздаги кенгайиш ва деформация куринишида булади. Бу ҳолат «биполяри ҳолат» дейилади.

Беморларда бирламчи силда хуружсимон курук йутал, учокли курук хириллашлар, ателектаз СМБ ажратиш ҳамда узок муддатли интоксикация кузатилса, фибробронхоскопия килинади. Бирламчи силда ката бронхлардаги узгаришлар эндоскопик куриниши куп киррали. Купрок бронх деворларида катарал эндобронхит ва лимфа тугунлар томонидан босилиши натижасида кон томирлар кенгайганлиги аникланади.

Дифференциал диагностика. Силдан захарланиш бошка касалликлардан диф диагностикаси мураккаброк. Бу формадаги туберкулёз аксарият аникланмайди, баъзан бошка касалликлар сабабли ташхисда хатоликка йул куйилади. Силдан захарланиш асосан болаларда кузатилади. Уни билиш учун хар йили утказиладиган туберкулин синамаси ёрдамида СМБ билан бирламчи зарарланишни аниклаш хал килувчи ахамиятга эга.

Сурункали тонзиллит – болаларда куп учрайди ва купинча захарланиш белгиларининг пайдо булишига олиб келади. Силдан захарланишдан фаркли уларок бодом безларидаги носпецефик яллигланиш тулкинсимон кечади, ангинанинг клиник белгилари авжланиш ва ремиссия билан алмашилиб туради.

КИМТС ни саркоидоздаги аденопатия билан қиёсий ташхислашга тўғри келади.

Саркоидоз – этиологияси аникланмаган касаллик у купрок 25-45 ёшли аёлларда учрайди, лекин болалар ва усмирларда ҳам учраши мумкин. Силга ухшаб саркоидоз ҳам аста-секин бошланади, беморнинг умумий ахволи деярли узгармайди ёки жуда кам захарланиш белгилари, холсизлик, тез чарчаш, субфибрил харорат билан кечиши мумкин.

Йутал ва хансираш касалликнинг кейинги боскичларида кузатилади. Нафас аъзолари саркоидозда бошка аъзолардаги узгаришлар кузатилади, яъни куз, жаг ости ва кулок олди лимфа тугунлари, тери, жигар, талок, буйраклар, юрак вам айда бугинларда саркоидоз биринчи боскичида ўпка илдизлар ва кукс оралиги лимфа тугунлари катталашиши билан характерланади.

Саркоидоз булган беморларда туберкулинга сезгирлик шубхали ёки манфий натижа беради. Бу белги диф. д/тикада эътиборга олинади. Бронхоскопия ҳам анча фойдали маълумотлар беради.

Биоптатда саркоид гранулемалар топилади. Тузилиши бууйича у туберкулёз гранулемасига ухшайди, лекин ичида казеоз некроз булмайди.

Медиостенал лимфа гранулемалар (Ходжкин касаллиги) тана хароратининг кутарилиши, кескин холсизлик, озиб кетиш каби захарланиш белгилари якколлиги билан намоён булади.

Лимфа гранулематозда катталашган лимфа тугунлар атрофида перифокал яллигланиш белгилари йук, баъзан гранулематоз тукима лимфа тугунидан ўпкага интерстициал иплар каби таркалган булиши мумкин ва нихоят лимфагранулематозда кукрак ичи лимфа тугунларидан ташкари переферик лимфа тугунларида ҳам жараён кузатилиши мумкин. Лимфагранулематоз ташхиси лимфа тугунлар биопсиясига асосан куйилади. Унинг морфологик куриниши узига хос: лимфа тугуннинг хар хил хужайра элементлар ичида Беризовский-Риза-Штенберг гигант хужайралари аникланади.

Лимфолейкоз – кукрак ичи лимфа тугунлари икки томонлама катталашиши билан кечадиган хавфли усма. Касаллик аста-секин бошланиб, захарланиш белгилари кучайиб боради. Рентгенограммада лимфа тугунлар чегараси аник, атрофида яллигланиш булмайди.

Ходжкин булмаган лимфома (лимфосаркома иммунобласт лимфома) кукс оралиги лимфа тугунлари усмаси булгани учун уни силдан дифдиагностика килинади. Касаллик бошланганда клиник белгилар унчалик ривожланмайди.

Баъзи беморларда харорат кутарилиши, кечаси терлаш, оза бориш касалликнинг бошида кузатилиши мумкин. Силдан фаркли лимфомада куп гурух лимфа тугунлар анча катталашади, усма тукимаси лимфа тугунлардан атроф тукимага ва аъзоларга, шу жумладан ўпка тукимасига усиб кетади. Лимфа саркомада туберкулинга сезгирлик манфий. Ташхис лимфа тугуннинг биопсияси ва уни гистологик текширув натижасига асосланади.

Силикотуберкулез бронходенит – клиник иммунологик белгилари билан силга ухшаш. Беморларда захарланиш белгилари кузатилади, туберкулинга сезгирлик гиперэргик натижа бериши мумкин. Рентгенограммада куп гурух лимфа тугунлар бироз катталашганлиги аникланади. Силдан фаркли силикотуберкулезда лимфа тугунларда охакланиш лимфа тугун кобигида «тухум пустлоги» га ухшаб ҳосил булади. Сураб суриштириш касбий анамнез таъхис куйишда кийинчилик тугдирмайди. «Тухум пўстлоги»га ухшаган охакланишни бошқа турдаги кониотуберкулезда ҳам учратиш мумкин.

Кукрак ичи лимфа тугунлари силини дифдиагностика қилганда кукрак ичи аденопатияси билан кечувчи системали касалликларни ҳам назарда тутиш керак. Кукрак ичи лимфа тугунлари силини марказий рақ, саркоидоз I-босқичи ва лимфагранулематоз билан дифдиагностик меъзонлари қуйидаги жадвалда келтирилган.

Жадвал. Кукрак ичи лимфа тугунлар сили дифдиагностика

Белгилар	Лимфа тугунлар сили	Саркоидоз I-босқич	лимфогранулематоз	Ўпканинг марказий рақи
1	2	3	4	5
Ёши, жинси	Купрок болалар, 25 ёшгача катталар жинсидан катъий назар	Купрок ёш ва урта ёшдаги аёллар	Купрок ёш ва урта ёшдаги, жинсидан катъий назар	Купрок эркаклар 40 ёшдан юқори, чекувчилар
Периферик лимфа тугунлар	Полиаденопатия	Жуда куп, улчами 1,5 см гача	Жуда куп, катта улчамда, каттик – «қопдаги картошка»	Метастаз оқибатида лимфа тугунлар катталашади (купрок умров ости лимфа тугунлари)
Қасаллик бошланиши ва кечиши	Купрок аста-секин, қам белгилар билан, уз-уздан тузалишга мойиллик	Купрок билинмасда, аста-секин, бошқа аъзоларда узгаришлар билан ва уз-узида орқага қайтиш билан	Ним уткир ёки уткир, авжланиб борувчи, купрок тулкинсимон харорат ват ери қичиши билан	Аста-секин, авжланиб борувчи
Рентгенологик белгилар	Бир томонлама лимфа тугунлар катталашиши устунлик қилади, купрок бронхопульмонал гурух	Икки томонлама бронхопульмонал ва паратрахиал лимфа тугунлар катталашиши	Икки томонлама медиостенал, купрок паратрахиал лимфа тугунлар катталашиши	Ўпка илдизи ва илдиз олди соҳасида чегарадланган қорайиш, ўпка расми ва деформация қучайиши, бронх утказувчанлигини бузилиши, лимфа тугунлар катталашиши
Бронхоскопия	Меърида. Асоратли кечганида бронх сили, оқма, стеноз	Қатарал эндобронхит шиллик қаватнинг қалинлашиши	Бронх девори қавариши, қатарал эндобронхит	Усманинг эндо ёки перибронхиал усиши, бронх харакатини бузилиши, бронхнинг ташқаридан

				босилиши
Балгамни бактериоскопик текшириш	Баъзан СМБ+	СМБ-	СМБ-	СМБ-
Туберкулинга сезгирлик	Гиперэргик ёки нормергик	Шубхали ва манфий	Шубхали ва манфий	Шубхали ва манфий
Биоптатни морфологик текшириш	Туберкулёз гранулемаси, гранулема элементлари	Саркоид гранулема	Нейтрофилли плазмоцит, эозинофилли Березовский-Штенберг хужайралари	Усма тукумаси ва хужайралар

Уткир зотилжам (лобар ёки сегментар) болаларда кизамик ёки кук йуталдан кейин келиб чикса клиник-рентгенологик белгилари, регионал лимфа тугунларининг яллигланишга кушилиши билан бирламчи туберкулёз комплексига ухшаб кетади. Бирламчи туберкулёз комплекси аста-секин бошланади, кам захарланиш белгилари билан кечади, ўпкада хириллаш деярли йук ёки жуда кам микдорда булади.

Рентгенограммада ўпкада корайиш урта интенсивликда, ногомоген тузилишга эга, асосан четларида ва атрофида учокли соялар аникланади. Уткир зотилжамда олдин СМБ билан зарарланган болаларда туберкулинга сезгирлик пасаяди, баъзан анергия холати кузатилади. Бирламчи туберкулёз ривожланганда аксинча туберкулинга сезгирлик ошади, купрок холларда 2 ТБ тери ичига юборилганда гиперэргик натижа кузатилади.

Жадвал. Бирламчи туберкулёз комплекси, уткир носпецефик зотилжам ва узок давом этган зотилжам дифдиагностикаси

Белгилар	Бирламчи туберкулёз комплекси	Уткир носпецефик зотилжам	Узок давом этган зотилжам
Ёши, жинси	Купрок болалар, 25 ёшгача катталар жинсидан катъий назар	Барча ёшдаги одамлар жинсидан катъий назар, купрок совук котишдан кейин	Барча ёшдаги одамлар ёшидан катъий назар
Периферик лимфа тугунлар	Полиаденопатия	Одатда узгаришсиз	Одатда узгаришсиз
Касаллик бошланиши ва кечиши	Купрок аста-секин, кам белгилар билан, уз-уздан тузалишга мойиллик	Уткир, авжланиб боровчи кучли белгилар ва захарланиш билан	Купрок аста-секин, юкори нафас йуллари уткир респиратор касалликлар билан
Рентгенологик белгилар	Чегараланган ногомоген корайиш, учокли соялар, катталашган лимфа тугунлар, аста-секин яллигланиш сохасида охакланиш	Купрок бир томонлама, ўпканинг пастки булагиди чегараланган гомоген корайиш, учокли соялар йук, илдиз сояси озгина кенгайган, тўғри даволанганда тез сурилиш	Ўпканинг пастки булагиди чегараланган гомоген корайиш, озгина пневмофиброз, илдиз деформацияси
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит,	Шиллик каватга таркалган гиперимия, шиш, бронх	Баъзан таркалган катарал эндобронхит

	асоратли кечганида бронх сили, окма, стеноз	бушлигининг шишиши, йиринг	
Балгамни бактериоск опик текшириш	Баъзан СМБ+	СМБ-, носпецефик флора	СМБ-, носпецефик флора
Туберкули нга сезгирлик	Гиперэргик ёки нормергик	Шубхали ёки нормергик	Шубхали ёки нормергик

Уткир зотилжамда кенг спектрли антибиотиклар билан даволанса захарланиш белгилари ва ўпкадаги яллигланишли узгаришлар тез йукола боради. Силда носпецефик антибактериал даволаш деярли наф бермайди. Унинг урнига бирламчи силнинг перифокал яллигланиши уз-уздан сурила бошлаши мумкин, лекин махсус яллигланиш аста-секин сурилади. Бирламчи туберкулёз комплекси охири боскичида ўпка тукумасида ва лимфа тугунларда Са тузлари тупланганлигини аниклаш мумкин.

Бронхоскопияда зотилжамда хар икала ўпка бронхларида диффуз гиперемия ва шишлар аникланади, бронх бушлигида эса шилимшик йиринг тупланади. Туберкулёз жараёнида эса бронх деворларида чегараланган узгаришлар катталашган лимфа тугунлар соҳасида кузатилади.

Беморларда балгамли йутал булса балгамни СМБ, иккиламчи флора, замбуруглар, атипик хужайраларга текшириш керак. Бу текширувлар натижаси катта диагностик ахамиятга эга. Мураккаб диагностик ҳолатларда балгамни кушимча молекуляр-биологик усул билан текширилади (СМБ пракмери учун махсус ПЦР).

Бирламчи туберкулёз комплекси, уткир ва узок давом этувчи носпецефик зотилжам дифдиагностикаси 8.2-жадвалда келтирилган.

Амалий машғулот №5:

Мавзу номи: Ўпканинг диссеминацияли сили. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёз. Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Ўпканинг диссеминацияли сили.
	3. Ўпканинг диссеминацияли сили клиник кечиши, рентген кўриниши, даволаш.
	4. Ўпкадан ташқари аъзолари сили. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	Таълимий: талабаларга силнинг клиник таснифи, бирламчи туберкулёз тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга диссеминацияли сили, ўпкадан ташқари аъзолар сили тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат.

	Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Диссеминацияли ўпка сили, ўпкадан ташқари аъзолар сили тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотида кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилин ва ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар

1. ЎТТ ва ЎТАТ ривожланишининг патогенетик ва иммунологик асослари.
2. ЎТТ ва ЎТАТ клиник вариантларига изох беринг.
3. ЎТТ ва ЎТАТ жараён босқичи ва бактерия ажратишига кўра клиник белгиларини ўзига хослигини айтинг.
4. ЎТТ ва ЎТАТ лаборатор теширишлар: қон ва сийдикнинг умумий таҳлили, балғамни МБТга текшириш, биохимик маълумотларга изох беринг.
- 5.ЎТТ ва ЎТАТда 2ТБ билан ўтказилган Р Манту синамасини баҳоланг.
- 6.ЎТТ ва ЎТАТда Кох синамасини қўйишга кўрсатмаларни аниқланг.
7. ЎТТнинг турли клиник вариантларида қандай рентгенологик ўзгаришлар кузатилади?
8. ЎТАТнинг баъзи клиник вариантларида қандай рентгенологик ўзгаришлар кузатилади?
9. ЎТТ ва ЎТАТ қандай асоратларини биласиз?
10. Ташхисни ифодалаш ва асослаш.
11. ЎТТ турли клиник вариантларини қиёсий ташхислаш?
12. ЎТАТ турли клиник вариантларини қиёсий ташхислаш?
13. ЎТТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш.
14. ЎТТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш.

Ўпканинг тарқоқ туберкулёзи

Тарқоқ туберкулёз микобактерияларнинг гематоген, лимфоген ёки лимфогематоген сочилиши ва бир талай туберкулёз ўчоқларини пайдо бўлиши натижасида пайдо бўлади.

Тарқоқ туберкулёзнинг клиник-морфологик ўзига хослиги аъзоларни ва тўқималарни туберкулёз ўчоқлари билан қўплаб шикастланиши билан намоён бўлади.

Тарқоқ туберкулёзнинг шикастланишнинг тарқалганлигига қараб асосан учта варианты ажратилади:

- *Генераллашган;*
- *Ўпка шикастланиши устунлиги билан;*
- *Бошқа аъзолар шикастланиши устунлиги билан.*

Патогенези ва патологик анатомияси. Тарқоқ туберкулёз, туберкулёз инфекциясининг бирламчи дарви билан мустақкам патогенетик алоқага эга. У бирламчи туберкулёзнинг асоратли кечганда, кучли яллиғланиш реакцияси ва жараённинг эрта тарқалиши натижасида ривожланиши мумкин.

Туберкулёздаги барча тарқалган шикастланишнинг ўртача 90% ни асосида гематоген йўл ётади.

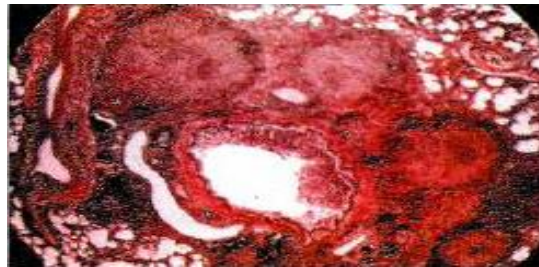
ТМБ нинг тарқалиш йўлига ва қон томир ёки лимфатик томирлар бўйлаб туберкулёз ўчоқларини жойлашишига боғлиқ ҳолда ўпканинг тарқоқ туберкулёзи *гематоген, лимфогематоген ва лимфоген* бўлиши мумкин.

Гематоген тарқоқ туберкулёзни ривожланиши учун албатта *бактеримия* бўлиши шарт. Уни юзага чиқиши учун тўқимадаги аткив ёки бирламчи кўзиган туберкулёз ўчоғидан, майда томирлар деворига яқин жойлашган даволаниш натижасида қолдиқ ўзгаришга учраган патологик жараёндан ТМБ қон оқимига тушиши шарт.

Бактеримиемия – тарқоқ туберкулёзни тарқалиши учун албатта бўлиши керак, аммо ягона сабаб эмас. ТМБ га *ҳужайра ва тўқимани таъсирчанлигини ошириши* ҳам муҳимдир. Бактеримиеда организмнинг қўшимча носпецифик ва специфик сенсibiliзациясини бирмунча кучайтиради ва орттиради. Бундай ҳолда томирлар деворининг ўтказувчанлиги бирдан ортади. Бундай шароитда ТМБ томир атроифдаги тўқимага қондан эркин ва етарлича ўтиши мумкин.



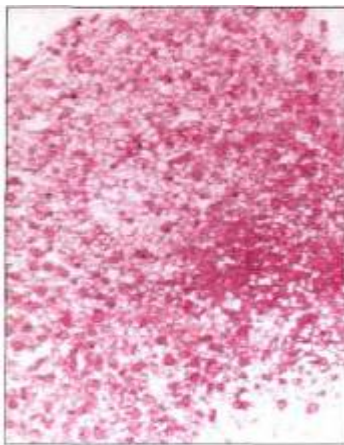
9.1 – расм. Ўпканинг томир атрофи тўқимасидаги туберкулёз гранулёмалари. атрофи Гистологик препарат. х 80. туберкулёз гранулёмалари.



9.2 – расм. Ўпканинг бронх тўқимасидаги

Гистологик препарат. х 70.

Ўпканинг ўткир тарқоқ туберкулёзи туберкулёзга қарши иммунитетнинг бир мунча пасайишида ва ялли бактериемияда юзага чиқади. Мисол учун, қон томир ёрилиб лимфа тугунидаги казеоз массадаги кўп миқдордаги ТМБ ни қон оқимига тушиши. Бактериал агрессияда ўпка капиллярларининг гиперергик реакцияси натижасида капиллярлар ўтказувчанлигининг бир мунча ошишига, капиллярлар деворидан ТМБни альвеоляр тўсиқ ва альвеола деворига ўтишига яхши шароит яратилади.

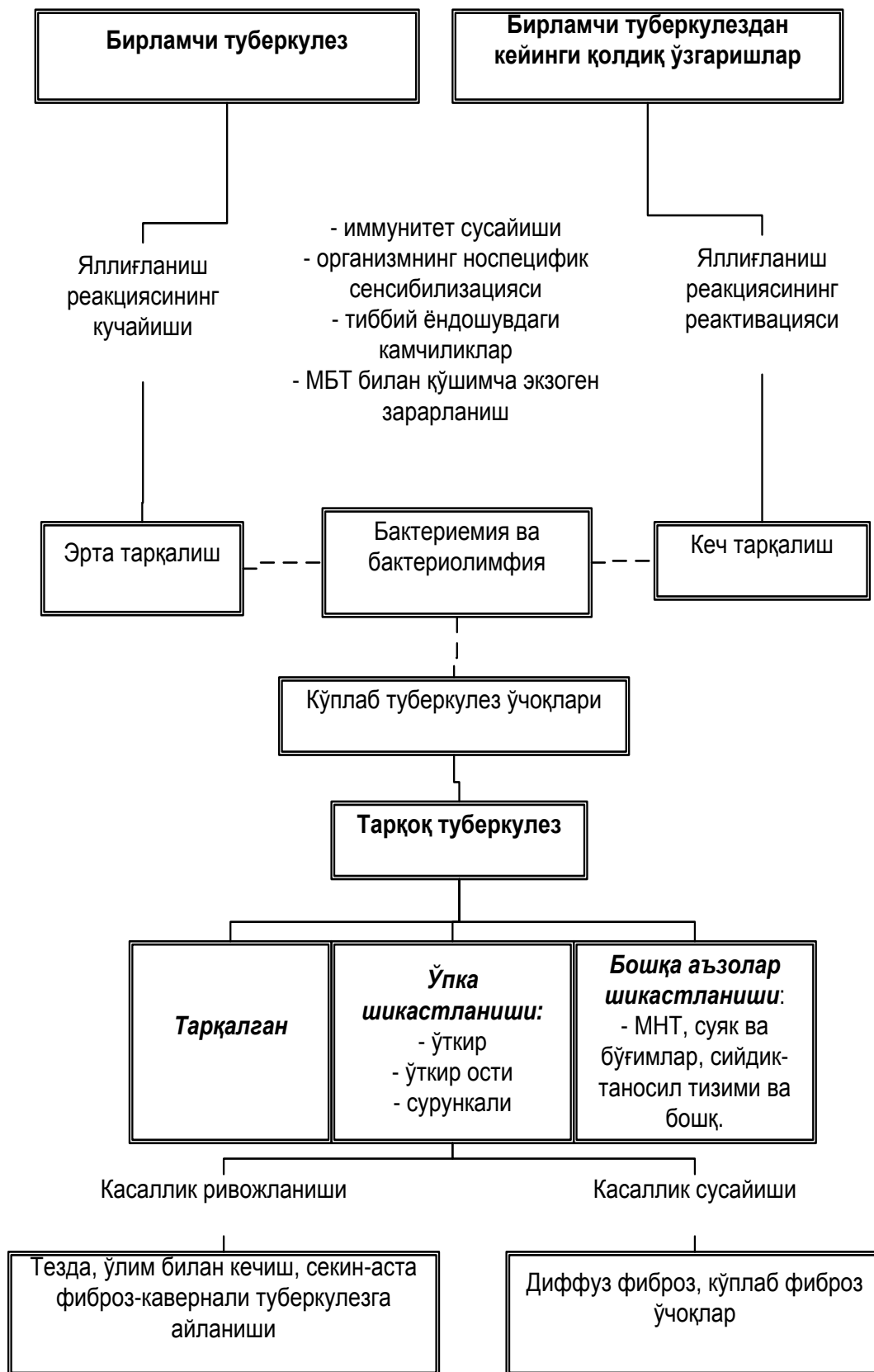


б

Ўткир тарқоқ туберкулёзнинг бундай шакли *милиар* туберкулёз деб аталади. Баъзида кейинчалик туберкулёз жараёнининг тарқалиши: кўп миқдордаги микобактерия аниқланиши билан кўп сонли казеоз ўчоқлар ва бошқа аъзоларда ҳам кузатилади (*туберкулёз сепсиси*). Милиар туберкулёз этиотроп давосиз тез ривожланади ва кўпинча асоратли кечишига олиб келади. Кўпинча туберкулёз менингити ёки йирик казеоз ўчоқлар ҳосил бўлиши билан лобуляр казеоз зотилжам, томирлар деворининг некробиози ва қонни ўпка тўқимасига шимилиши кабилар қўшилади.

Ўпканинг милиар туберкулёзи.

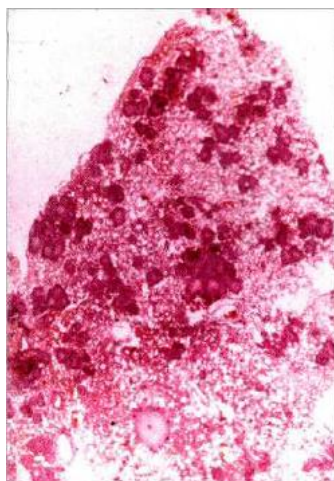
Тарқоқ туберкулез патогенези



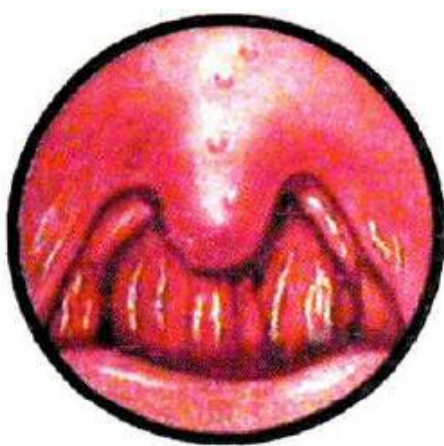
Некротик массаларни эриши натижасида кейинчалик микобактериянинг бронхоген тарқалишига олиб келадиган кўп сонли каваклар шаклланади. Ўсиб боровчи туберкулёз интоксикацияси ва нафас етишмовчилиги одатда касалликнинг биринчи 2 ойида ўлимга олиб келади.

Ўз вақтида қўйилган диагноз ва тўлиқ давода милиар ўчоқлар мутлоқ сўрилиб кетиши мумкин. Эмфизема белгилари бир вақтда йўқолади ва ўпка тўқимасининг эластиклиги тикланади.

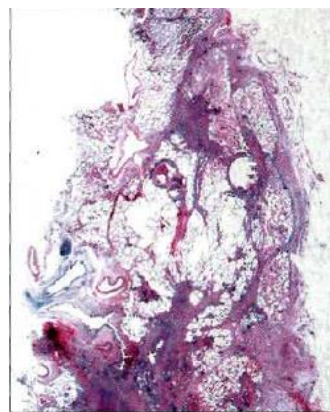
Ўпканинг ўткир ости тарқоқ туберкулёзи иммунитетнинг озгина қўпол бузилиши ва кам сонли бактериемияда ривожланади. Бундай патологик жараёнга бўлак ичи веналари ва бўлаклар аро ўпка артериясининг шохлари жалб этилади. Ўчоқлар, ўртача ва йирик ўлчамдаги (5 – 10 мм. диаметрдаги) венулалар ва артериолалар атрофида шаклланади, ўчоқлар кўпинча қўшилади, емирилиши мумкин бўлган конгломератлар ҳосил бўлади. ўтиши мумкин.



Ўпканинг ўткир ости тарқоқ туберкулёзи.
Гистотопографик кесма

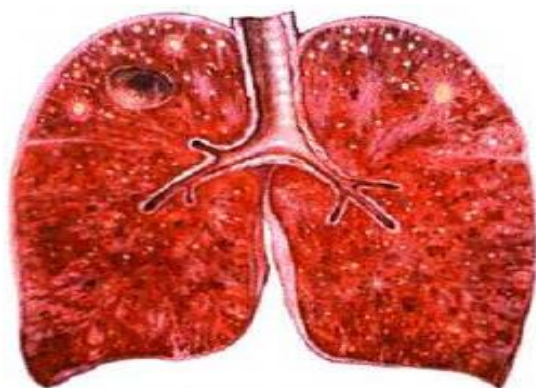


Тарқоқ туберкулёз. Юқори нафас йўллариининг шикастланиши.

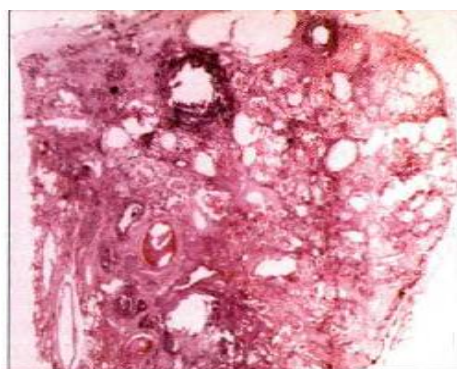


Ўпка эмфиземаси
(ўпканинг ўткир ости туберкулёзи туфайли).
Гистотопографик кесма.

Ўпканинг сурункали тарқоқ туберкулёзи одатда ўз вақтида диагноз қилинмаган қайта лимфогематоген тарқалишнинг тўлқини натижасида аста-секин ривожланади. Тарқалишнинг навбатдаги тўлқини илгари ўзгармаган, қон оқими кам бузилган ўпканинг соғлом майдонида янги ўчоқлар ҳосил қилади. Тарқалишнинг кейинги тўлқини иккала ўпкада ҳам ўчоқларнинг “қаватма-қават” жойлашишига шароит яратади. Биринчи бўлиб чўкки ва орқа сегментлар шикастланади. Патологоанатомик текширувда ўпканинг юқори ва ўрта бўлақларида ўчоқлар кўпроқ микдорда аниқланади. Ўчоқлар субплеврал жойлашади.



а



б

Ўпканинг сурункали тарқоқ туберкулёзи.

а – патологоанатомик препарат расми; б – гистотопографик кесма.

Ҳар-хил вақтда пайдо бўлган ўчоқлар орасида морфологик фарқ мавжуд. Янги ўчоқларда яққол маҳсулотли тўқимали реакция устунлик қилади. Анча илгари ҳосил бўлган ўчоқлар атрофи капсула билан қопланган. Эски ўчоқлар қисман фиброз тўқима билан алмашинган. Баъзида қўшилган кальций қавати аниқланади. Бундай ўчоқли тарқалиш полиморф деб аталади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ туберкулёзи касалларида ТМБ нинг қайта гематоген тарқалиш тўлқини натижасида кўпинча ўпкadan ташқари ўчоқлар шакллинаши, ҳалқум, суяк ва бўғимлар, буйрак, жинсий ва бошқа аъзолар шикастланишига олиб келиши мумкин.

Клиник кўриниши. Тарқоқ туберкулёзда вужудга келадиган ҳар-хил патоморфологик ўзгаришлар ва патофизиологик парокандалик, уни ҳар-хил клиник кўринишида бўлишига сабаб бўлади. Касаллик баъзида назоратдаги флюорографик текширувда тўсатдан аниқланиб қолади. Аммо, кўпинча, тарқоқ туберкулёз касалларининг ўртача 2/3 соғлиғини ёмонлашгани сабабли текшириш жараёнида диагностика қилинади.

Ўпканинг ўткир тарқоқ (милиар) туберкулёзи одатда 3 – 5 кун давомида ривожланади, клиниканинг яққол юзага чиқиши касалликнинг 7 – 10 кунларига тўғри келади. Биринчи бўлиб интоксикация симптомлари пайдо бўлади: ҳолсизлик, терлаш, иштаҳани ёмонлашуви, тана ҳароратининг ошиши, бош оғриғи, баъзида диспептик бузилишлар. Ҳарорат 38 – 39 ° С гача тез кўтарилади, гектик типдаги иситма кузатилади. Интоксикациянинг ўсиши ва функционал бузилишлар тана вазнини йўқолиши, адинамия, кучли терлаши, қарахтлик ёки вақтинча хушни йўқотиш, алаҳлаш, тахикардия ва акроцианоз ҳам кўшилади. Ўзига хос клиник симптом – ҳансираш.

Ўпканинг ўткир ости тарқоқ туберкулёзи одатда секин-аста, бир неча ҳафта давомида ривожланади ва яққол клиник кўринишда бўлмайди. Бирмунча чўзилган шикастланиш бўлишига қарамасдан, бемор ўзини яхши ҳис қилиши ва умумий аҳволи қониқарли бўлиши мумкин. клиник кўринишини кам наъмаён бўлиши ва ўпканинг кўп лаб характердаги шикастланиши ўртасида типик боғлиқлик йўқ.

Сурункали тарқоқ туберкулёзнинг бир мунча доимий клиник симптоми ҳансирашдир. Уни ривожланиши секин-аста ўсиб боровчи диффуз пневмофиброз, эмфиземалар билан боғлиқ. Жисмоний ёки эмоционал зўриқиш ҳансирашни кўзга ташланадиган қилиб қўяди. Туберкулёз жараёнининг зўрайишида ва интоксикация кучайганда ҳансираш яққол кучаяди.

Диагностика. Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг диагнози беморни комплекс текшириш натижаларига асосланади.

Ўпканинг тарқоқ туберкулёзида шикоятлар ва клиник симптомларни патогномоник аҳамияти йўқ. Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг таҳлиллари врачга клиник ҳолатда кўпгина умумий йўналиш беради ва диагностик қидрув алгоритмининг аниқлашга ёрдам беради.

Туберкулин-диагностикасининг (2ТБ билан Манту синамаси) натижалари касалликнинг клиник шаклларида боғлиқ. Ўткир милиар туберкулёзда кескин пасайган ҳужайравий иммунитет бўлгани учун туберкулинга манфий анергия ёки кам мусбат жавоб реакцияси ривожланади.

Ўткир милиар туберкулёзда, йўтал кўпинча бўлмагани учун *балғамни бактериологик текшириш*ни бажариш ўзига яраша қийин бўлади. Умумий аҳволи оғир беморларда таъсирловчи ингляция қўлланилмайди. Аммо милиар туберкулёзда бронхиал ювундида ҳам ўпка тўқимасида емирилиш ўзгаришлари бўлмагани учун ТМБ си аниқланмайди. Қонни экиб текширганда ТМБ ни 15 – 18% ҳоллардагина аниқлаш мумкин.

Болаларда ўткир тарқоқ туберкулёз бирламчи туберкулёз асоратли кечганда ривожланади. Рентгенограммада ўчоқларнинг тарқалиши, ҳамда кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталашиши ёки ҳали ўз ривожланиши тугалланганмаган бирламчи туберкулёз мажмуасининг таркиби кўринади. Ўткир тарқоқ туберкулёзда ўчоқлар эрта болалик давридаги болаларда, катталарга қараганда йирикроқ, ўлчами 2 дан 5 мм.гача бўлиши хос.

Ўпканинг ўткир ости тарқоқ туберкулёзи микобактерияларнинг гематоген тарқалишида ривожланади, ўчоқли соялар кўпроқ ўпканинг юқори ва ўрта бўлимларида тарқалиши, яъни субтотал ўчоқли тарқалиш хос. Ўчоқли соялар бошқа ўчоқ сояларидан алоҳида фарқ қилмайди. Улар асосан йирикроқ (диаметри 5 – 10 мм), кам ёки ўртача интенсивликда (субтотал йирик бир хилдаги ўчоқли тарқалишлар) бўлади. Ўчоқ соялари томирларни бўйлама соялари бўйлаб гулчамбар кўринишида жойлашиши мумкин.

Ўчоқларда кўшилиб кетишга мойиллик бўлмайди. Янги тошмалар пайдо бўлишига қараб, рентгенограммада аниқланадиган симметрик ўзгаришлар бузулади.баъзи бир

касалларда иккала ўпкасида ҳам ингичка деворли ҳалқасимон ички ва ташқи чегаралари аниқ соялар аниқланади – муҳрланган ёки кўз ойнакли каваклар деб аталади.

Қовруғанинг горизонтал жойлашиши ва диафрагма гумбазининг бироз пастда туриши кўринади. юқори бўлак ҳажмининг камайишининг фиброз билан алоқадорлиги ҳисобига ўпка илидзи сояси симметрик юқорига тортилади (“мажнун тол” симптоми). Рентгенограммада юракнинг сояси ўртача ҳолатда, унинг кўндаланг ўлчами йирик томирлар қисмида торайган (“томчи юрак” симптоми).

Ўпканинг ўткир ости ва сурункали тарқоқ туберкулёзида қолдиқ ўзгаришлардан кейин рентгенограммада иккала ўпкада ҳам кўп сонли юқори интенсивликда ўчоқли соялар аниқланади. Сурункали тарқоқ туберкулёз секин-аста ривожланганда кўпинча фиброз-кавакли жараён шаклланади. Кўпол фиброз ўзгаришлар ва бронхоген тарқалган полиморф ўчоқлар фонида катта ўлчамдаги муаллақ каваклар пайдо бўлади.

Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг барча шаклининг лобуляр казеоз зотилжам билан асоратли кечишида, иккала ўпкада ҳам кўплаб йирик (диаметри 5 дан 10 мм.гача) нотўғри шаклдаги яққол ифодаланмаган ўчоқли соялар пайдо бўлади. Яхши кўринадиган ўчоқлар қор парчаларини эслатади.

Ўпканинг гематоген тарқоқ туберкулёз касалларини фибробронхоскопия қилганда кўпинча бронхнинг шиллиқ пардасида кўплаб туберкулёз бўртмачалари аниқланади. Баъзида эрта гематоген тарқалишда бронх туберкулёзи ёки уни давосидан кейинги қолдиқ ўзгаришлар аниқланади.

Фибробронхоскопия қилиш жоғида бронхоальвеоляр ювунди ва бронхдан қистиргич ёрдамидабиопсия олиш, ўпкадан ёки лимфа тугунидан пункцион биопсия олиш мумкин. Бронхоальвеоляр ювундидан хужайра элементлари таркибини ва лимфоцитларни санаш специфик жараёнларни бошқа белгиларини аниқлаш мумкин. Касалликнинг туберкулёз этиологиялилигини бронхиал биопсия орқали туберкулёз гранулёма элементларини аниқлаб тасдиқлаш мумкин.



Бронх йўлидаги шикастланган лимфа тугунларида тошмалар. Шиллиқ пардада туберкулёз бўртмачалари. Бронхоскопик суратни

Ўпканинг ўткир тарқоқ туберкулёзи касалларида қоннинг умумий клиник таҳлилида одатда ўртача лейкоцитоз ёки лейкоцитлар таркиби нормада, эозинофиллар ва лимфоцитлар камайган. Лейкоцитар формулани чапга силжиши билан абсолют ва нисбий нейтрофилез ва бир мунча ЭЧТ ни ошиши кузатилади. Касаллик зўрайганда лейкопения ва тромбоцитопения ривожланади. Анемик синдром одатда кузатилмайди. Умумий сийдик таҳлилида баъзида оксил аниқланади ва диазореакция мусбат бўлади. Ўткир ости тарқоқ туберкулёзига ўртача лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, таёкча ядрога силжиш билан ва ЭЧТни ошиши хос.

Ўткир милиар туберкулёз касалларини иммунологик текширганда кўпинча Т-лимфоцитлар популяциясини (асосан Т-хелперлар субпопуляцияси) бир мунча камайганлиги аниқланади ва лимфоцитларни бласттрансформация реакциясини баҳолайдиган функционал активлиги пасайганлиги аниқланади. В-лимфоцитларни фоизи ошади. Иммунофермент таҳлилда кўпинчаТМБ га антителолар титри бир мунча ошади.

Ўпканинг сурункали тарқоқ туберкулёзида рестриктив типдаги вентилиацион етишмовчиликдан кўпинча сурункали обструктив бронхитга олиб келадиган обструктив типдаги вентилиацион етишмовчилик ривожланади. Бу касалларда сурункали ўпка юрак белгилари кузатилиши конундек бўлиб қолган. ЭКГда II ва III уланишларда Р тишчани баландлашгани, кенгайгани ва деформациялангани, эхокардиографияда – ўнг қоринчани деворини қалинлиги ва ҳажми ошгани аниқланади.

Таққослама ташхис. Ўпканинг тарқоқ туберкулёзининг клиник ва рентгенологик кўринишининг жуда хилма-хил бўлиши бошқа кўпгина тарқоқ шикастланишлар билан таққослама диагностика қилиш заруриятини туғдиради.

Тарқоқ туберкулёзни таққослама диагностикаси жараёнида кўпроқ аҳамиятли усул бўлиб бронхдан олинган материални бактериологик текшириш, КТ ва бронхоскопияда, трансторакал пункцияда, видеоторакоскопияда ёки мақсадли катта-, мини-торакотомияда ўпкадан олинган биоптатни морфологик текшириш ҳисобланади. Бахтга қарши, шунча қилинган текширишларга қарамасдан диагноз ойдинлашмасдан қолади. Бундай ҳолатларда жараённинг туберкулёз этиологияли эканлигини ҳал қилиш учун *exjuvantibus* даво ишлатилади.

Ўпканинг II даражали саркоидози ўткир ости тарқоқ туберкулёздек симптомсиз кечиши мумкин. Касаллик назоратли флюорографик ёки рентгенологик текширувда аниқланади.

Саркоидоз касалларида ҳансираш нисбатан кам бўлади. Саркоидозга фақатгина лимфа тугуни ва ўпка эмас, тизимли шикастланишлар – кўз, суяклар, жигар, юрак ва қулоқ олди безини шикастланиши хос. Касалларнинг ўртача $\frac{1}{4}$ қисмида болдир терисида тугунчали эритема кузатилади. Туберкулинга реакция манфий ёки кам мусбат бўлади. Қонда гиперкальциемия ва гамма-глобулинларни сонини ошиши характерли.

Рентгенологик текширувда кўкрак ичи лимфа тугунларининг катталашиши билан бирга ўпканинг ўрта ва пастки бўлимларида ўчоқларни кўпроқ тўпланиши аниқланади. Бронхоскопияда бронхларнинг шиллиқ пардасида саркоид гранулёма аниқланиши мумкин. Ga^{67} изотопи билан сканир қилганда изотопни лимфа тугунларида тўпланиши аниқланади.

Ўпкада кўп сонли майда ёмон сифатли ўсмаларни метастазлари (карциноматоз) кўпгина ҳолларда операция бўлган ёки онкологик касалликлар бўйича бошқа даво олган беморларда кузатилади. Аммо, баъзида бирламчи ўсмадан олдин ўпкада метастазлар аниқланади.

Карциноматоз асосан кучли қуруқ йўтал ва йўқотиб бўлмайдиган ҳансирашдек клиник намаён бўлади. Одатда беморни аҳволи ёмонлашиб бораверади. Рентгенологик текширувда барча ўпка майдонида қуёқ майда ўчоқли тарқалиш аниқланади.

Ўчоқларнинг чегараси қўшилиб кетмаган, парчаланишларсиз аниқ ва тўғри бўлади. Туберкулёздан фарқи улар бироз йирикроқ ва мономорф бўлади. Карциноматозга эҳтимол бўлганда ошқазонни, сут безини, буйрақларни, йўғон ичакни, қалқансимон безни, простата безини, ошқазон ости безини жинсий аъзоларни бирламчи ўсмани аниқлаш учун текшириш зарур. Диагнозни тасдиқлаш зарур бўлган ҳолатларда, яхшиси очиқчасига мини-торакотомия йўли билан биоптат олиш керак.

Силикоз кўпроқ кониозлар – ўпканинг чангли касалликларига киради. Тарқоқ туберкулёз билан таққослама диагностикада касбий анамнезни ўрни муҳимдир. Тарқоқ туберкулёздан силикозни фарқи, силикоз учун касалликнинг узоқ муддатлили биронхит ва эмфиземалардек клиникаси билан кечиши хос.

Х гистиоцитозли ўпканинг шикастланиши кўпинча болаларда, ўсимрларда, ёшларда кузатилади. Патологиянинг морфологик асоси гистиоцитлар, эозинофиллар, плазматик хужайралар, ҳамда диффуз интерстициал гистиоцитар яллиғланишдан иборат гранулёмалардан иборат. Ўпканинг рентгенограммасида майда ўчоқли тарқалиш ва кўп сонли бронхлар билан боғланмаган диаметри ўртача 1 см.ли ҳаволи кисталар (“уяли ўпка”) аниқланади. Баъзи бир касалларда Х гистиоцитозга хос триада: қандсиз диабет, экзофтальм, емирилган остеолит аниқланади. Кўпинча бир томонлама ёки икки томонлама ҳам пневмоторакс юзага келади.

Экзоген аллергик альвеолит патогенези ҳар-хил аллергенларни ўпка тўқимасидаги реакцияси билан боғлиқ. Рентгенологик кўринишига майда тарқоқ ўчоқлар хос. Аммо, йирик ўчоқли тарқоқ туберкулёзга ўхшаб йирикроқ ўчоқлар шаклланиши ҳам мумкин. Аммо, кейинчалик рентгенологик ўзгаришлар тарқлаган жараённинг кечки босқига хос, ўпкада ўчоқларни йўқлиги билан туберкулёздан фарқ қиладиган диффуз фиброз кўриниш устунлигига ўтади.

Ўпкадан ташкари аъзолар туберкулёзи.

Буйрак туберкулёзи. Ўпкадан ташкари туберкулёз шакллари ичида буйрак, сийдик йуллари, эркалар танотуберкулёз аъзолари туберкулёзи, скелет суяқлари зарарланишидан

кейинги 2-уринда туради. Буйраклар, сийдик йуллари, жинсий аъзолар туберкулёзини умумий туберкулёздан кейин келиб чикувчи мустакил булмаган жараен сифатида каралади.

Патогенези. Сийдик аъзолари туберкулёзи туберкулёз кўзгатувчисининг бирламчи еки иккиламчи гематоген таркалиши натижасидакелиб чиқади. Кириш дарвозаси ва бирламчи учок куп холларда ўпкада жойлашади. Қон окими билан кўзгатувчилар буйрак пустлрк қисмига тушади ва пустлокда майда туберкулёз учокларини хотуберкулёз қилади. Организмнинг каршилиги нормал бўлганда, кўпинча бу учоклар битиб кетади.

Тасниф. Буйрак туберкулёзининг бир неча таснифлари таклиф этилган. Улардан энг кулайи жараенни босқичларга булиб урганилган таснифдир:

I-босқич – буйраклар нодеструктив (инфилтратив) туберкулёзи.

II- босқич – илк деструкция – папиллит еки катта булмаган(1см) якка каверналар

II- босқич – чегараланган деструкция – буйракнинг бир сегментида ката улчамли каверна еки поликаверноз туберкулёз.

IV- босқич тотал еки сутотал деструкция (икки сегментнинг поликаверноз туберкулёзи, туберкулёзли полинефроз, буйракнинг охакланиши).

Таъхис. Клиник текширув бемор шикоятлари ва анамнез йигишдан бошланади. Утказилган ўпка туберкулёзи, лимфа тугунлари ва суяк туберкулёзи хамда экссудатив плеврит ва бошқалар, буйрак туберкулёзи ташхисини кувватлайди. Туберкулёз билан касалланганлар билан узок алока бор йуклиги ката ахамиятга эга.

Сийдик-таносил системаси туберкулёзи таснифи.

Буйрак туберкулёзи таснифи:

1. Клиник – ретгенологик шакллари: Буйрак паренхимаси туберкулёзи .

Буйрак сургичи туберкулёзи (папиллит).

Каверноз туберкулёз.

Туберкулёздан кейинги пиелонефрит.

2.Эпидемиологик характеристика БК+, БК-

3.Буйракнинг функционал холати: функция бузилмаган, камайган, йук.

4.Туберкулёз жараени кечиши характери:

Озик жараени

Буйракнинг ишдан чикиши

Тотал, сегментар, бита косача чандикланиши.

Охакланиши

Буришиши

5.Асоратлар (тошлар, усма, пиелонефрит, амилоидоз)

6.Локализацияси (бита еки иккита буйрак, ягона буйрак: юқори, ўрта, пастки сегмент; бита косача, буйракнинг тотал жарохати).

Сийдик йуллари туберкулёзи: ярали, чандикли пиелонефрит.сийдик пупаги туберкулёзи: ярали, чандикли, рефлюксли ва рефлюксиз микропуфак.

Уретра туберкулёзи: ярали, чандикли.

Простата туберкулёзи: казеоз, учокли, каверноз

Мояк ва мояк ортиги туберкулёзи.

Сийдик таносил аъзолари туберкулёзи билан касалланган беморларни даволаш.

Медикоментоз даво. Сийдик танотуберкулёз аъзоларитуберкулёзини даволаш принцеплари, бошқа аъзолар туберкулёзини даволаш услубидан унчалик ката фаркланмайди. Хамма кайта аникланган беморлар туберкулёзга Карши дори воситаларини комбинацияланган холатда суткалик максимал дозаларда кабул қилиши керак булади.

Суяк-бўғим туберкулёзи. Умумий туберкулёзи касалликлари ичида 8-12% ни ташкил этади.

Этиология ва патогенез. Туберкулёз микобактерияларининг бирламчи учокдан гематоген таркалиши натижасида келиб чиқадиган яллигланиш суяк кумигидан бошланади. Кох бактериялари чуккан жойда туберкулёз буртикчаси ривожланади. Бирламчи остит еки туберкулёз остеомиелити ривожланади.

Суяк бўғим туберкулёзининг куп учровчи шакллари: умуртка туберкулёзи (туберкулёзли спондилоартрит), чанок сон бўғими туберкулёзи (туберкулёзли коксит), тизза бўғими туберкулёзи (туберкулёзли гонит);

Клиник кечиши ва таъхислаш.

Касаллик бошланишида беморлар тез чарчаш ва иштаха пасайишига шикоят қиладилар. Тана вазни камайиши, доимий субфибрил харорат кўзатилади. Туберкулин синамаси бўлганда бу белгилар умумий туберкулёзли интоксикация синдроми билан бирга кўзатилади. Оекларнинг туберкулёзи билан зарарланишда дастлаб оек функцияси бузилади, кейинчалик энгашиганда ва юрганда оғрик кушилади. Беморни курганда Оеклардан бирининг мушаклари атрофияси куринади.

Эрта рентгенологик белгиларга метаэпифиз қисмидаги ўзгартшлар: остеопороз, еригланиш фонида юмшок соя кўринишидаги секвестрлар – «эриетган канд симптоми» мисол булади. Жараенга бўғим кушилганда бўғим ериги аввал кенгади, кейин тораяди. Бўғим тоғайлари тишсимон кўринишда булади.

Даволаш. Консерватив даволаш организмга умумий таъсир этувчи ва касаллик кўзгатувчига махаллий таъсир этувчи чора-тадбирларни жамлаштиради. Умумий таъсир қилиши санатор-климактик ва антибактериал даволаш билан, махаллий- ортопедик чора-тадбирлар билан амалга оширилади.

санатор-климактик даволаш учта омилни ишлатишга қаратилган. Булар: катъий режим рационал овқатланиш, аэрогелиотерапия.

Хирургик давога кўрсатмалар:

- Абсцесслар, оқмалар, орқа мия шикастланишлари билан асоратланган ўчоқли жараён;

- Анатомик бутунлик бузилиши ҳамда умуртқалар танаси шикастланиши билан кечадиган умуртқа поғонасининг прогрессияланувчи деформацияси;

Операция турлари: радикал – тикловчи (касаллик эрта шаклларида- абсцессотомия, некроэктомия, умуртқа танаси резекцияси), реконструктив (ўтказиб юборилган шаклларида), коррекцияловчи (умуртқа поғонасининг деформациясини пасайтириш учун суяк-пластик жаррохлиги-редрессация, шикастланган умуртқаларни олиб ташлаш), даволовчи-ёрдмачи (организмни касаллик билан курашиш учун яхши шароитларни яратиш - умуртқа поғонасининг орқа қисмини суяк пластик фиксацияси, фустулотомия).

Туберкулёз коксити. Туберкулёзли оститни преартритик фазасида махаллий бўғим дискомфорти билан кечади, кейинчалик шикастланган сохада, енгил, доимий бўлмаган ва интенсивлиги бўйича ўсиб боровчи оғрик билан кечади. Кам холларда оғрик синдроми сон ва тизза бўғимларига иррадиация беради.

Рентгенологик текширувда суяк деструкцияси тўхташи ҳамда остеопороз камайиши, яъни репаратив жараёнлар ривожланиши аниқланади. Улардан ташқари бўғим суякларида қолдиқли. ўчоқли ўзгаришлар бўшлиқ кўринишида бўлиб, таркиби казеоз масса ёки секвестрлардан ташкил топган бўлади.

Туберкулёз гонити. Периартритик боскичда патологик жараён сон эпифизида жойлашади. Асосий клиник белгилари туберкулёз интоксикацияси фонида: юрганда оёқ тортилиши, оқсоқлик кўзатилади. Шуни назарда тутиш керакки оғрик бўлмайди.

Артритик фазасида бўғимда оғрик пайдо бўлади. Ўша соха териси ялтироқ бўғим контури туберкулёзликлашиши билан ифодаланади. Текширувда тизза бўғимини баллотирланиш симптоми аниқланади.

Оёқлар мажбурий ҳолатда тизза бўғимидан буқилган. Оқмалар пайдо бўлиб майда секвестрлар оқиши кўзатилади. Касал оёқни соғлом оёқ билан солиштирганда соннинг бўғим соҳаси катталашган, сонни ўзини айланаси эса камайган бўлади. Шикастланган сон тери қавати соғлом сонникига қараганда қалин бўлади (Александров симптоми).

Рентгенологик текширувда сон ва катта болдир суяги эпифизининг остеопарози ёки уларнинг тўлиқ бузилиши, бўғим ёриғининг торайиши аниқланади.

Даволаш тамойиллари

Консерватив даво:

- махсус антибактериал терапия; патогенетик даво (ЯҚНДВ, антигистаминлар, антиоксидантлар, витаминлар); хирургик даво; ортопедик даво; физиотерапевтик даво; сан-курорт даво.

Оқибати. Суяклар ва бўғимлар туберкулёзи бемор ҳаётини сақлаб қолиш нуктаи назаридан хавфсиз ҳисобланади. Аммо суяк -бўғим туберкулёзи беморни ногиронликка олиб келиши мумкин. Агар вақтида текширув ўтказилиб, тўлиқ ихтисослашган комплекс даволаш ўтказилса беморнинг меҳнат қобилияти сақланиб қолиши мумкин.

Кўз туберкулёзи. Гематоген кўз туберкулёзининг энг кўп учрайдиган жойи бу- кўз олмаси қаватлари ҳисобланади. Поликлиника ва стационар офтальмологлари кўз туберкулёзига гумон қилинган беморларни вақтида аниқлашга жавобгардир.

Кўз туберкулёзи диагностикаси. Туберкулёз жараёнини аниқ текшириш учун патологик кўз ўчоғини гистоморфологик ва микробиологик текширувларни қўллаш керак. Асосий, диагностик информатив мезонлари бўлиб ҳисобланади:

Кўз туберкулёзига офтальмологик картина характерлидир; туберкулинни (10 дан 50 ТЕ гача) қилганимизда яллиғланиш жараёнининг авж олиши, яъни ўчоқли реакциянинг бўлиши; тор таъсирли туберкулоstaticлар билан тесттерапия қилинганда терапевтик эффектнинг бўлиши.

Кўз туберкулёзини даволаш. Беморга кўз туберкулёзи ташҳиси тўғри қўйилгандан сўнг этиотроп узоқ муддатга, интенсив, комплекс патогенетик терапия назорат остида даволанади. Шуни назарда тутиш керакки, охириги пайтда кўз туберкулёзи аниқланган беморларни асосий даволаш курси 9-12 ойгача тавсия қилинган.

Асосий химиотерапия курси тугатилгандан сўнг кўрсатмага қараб мавсумли курс тавсия этилади. Клиник кўринишининг оғирлигига кўра беморда даволашни 2 та категорияга ажратилади.

Туберкулин синамасини қўйишга қарши кўрсатма бўлса флуоресцент ангиография, кўз ёш кристаллография қўллаш мумкин.

Хулосалар

- 1.Кўз туберкулёзи бор беморларни аниқлаш, диагностикаси ва даволаш сифатини ошириш учун офтальмологлар билан бирга фтизиатрлар қўшилиб даволашни олиб бориш лозим. Кўз туберкулёзи бор беморларни вақтида аниқлаш учун окулистда фтизиатрик сезгирлик бўлиши ва шу касалликнинг характерли белгиларини билиши керак.
- 2.Кўз туберкулёзига гумон қилинган беморлар поликлиника ва стационарларда офтальмологлар томонидан ҳар кўнги иш жараёнида аниқланади. Натижада хавфли “поликлиник” гуруҳ шаклланади.
- 3.Умумий даволаш статционар окулистни тактикаси беморларни текширувлар натижасига боғлиқ: кўз туберкулёзига оид характерли офтальмологик белгилар аниқланса беморни шу яқин вақт ичида туберкулёзга қарши диспансерга ташҳисни аниқлаш учун йўлланма берилади.
- 4.Кўзнинг туберкулёзи этиологияли касаллигида верификацияни туберкулёзга қарши шифохонадаги окулистлар ҳал қилади. Кўзнинг гематоген ва туберкулёз аллергик касалликларни қиёсий ташҳислаш зарур, чунки даволаш ва диспансеризация характериға кўра фарқланади.
- 5.Кўзнинг гематоген туберкулёзли беморларни фтизеоофтальмологлар томонидан даволанади.
- 6.Умумий шифохона офтальмологи кўз туберкулёзи асоратида лазеръ микрожарроҳлик амалиётини бажаради. Буни фтизеоофтальмологлар билан келишиб жарроҳликдан олдинги ва кейинги туберкулёзга қарши даволашни ривожлантиради.

Кўз туберкулёзи бор беморлар тузалганидан сўнг яшаш жойидаги умумий даволаш стационарлардаги офтальмолог назорати остида бўлади.

Тери туберкулёзи. СМБ нинг (Кох бактерияси) терига кириши ва натижада юзага келадиган тери шикастланишининг турли гуруҳ клиник кўринишларидир. Терига ёки оғиз шиллиқ қаватига кўзғатувчи кўпинча ички органлар туберкулёз ўчоғидан қон ёки лимфа орқали келади (икқиламчи туберкулёз). Тери туберкулёзи ривожланишига қуйидагилар олиб келади: гормонал дисфункция, асаб системаси ҳолати, астенция, инфекциян касалликлар ва б.

Терининг люпоидли туберкулёзи (туберкулёзли ёки оддий сўгал) кўпинча 5-15 ёш болаларда, кам ҳолларда қарияларда учрайди. Узоқ муддат ва кучли кечиши билан характерланади. Зарарланиш юз соҳасида, баъзан шиллиқ қаватлар шикастланиши билан бирга келиши мумкин. Терида нўхатдек, оғриқсиз, юмшоқ консистенцияли, оч-қизил рангдаги дўмбоқча пайдо бўлади (люпома).

Коллигатив тери туберкулёзи (скрофулодерма) – энг кўп учрайдиган тери туберкулёзининг шакли. Болаларда, ўсмирларда ва ёши катталарда учрайди. Тери ости клечаткасида ҳар хил катталиқдаги чуқур жойлашган, хамирсимон консистенцияли, кўкиш рангдаги бироз оғриқли тугунлар пайдо бўлади.

Индуратив тери туберкулёзи. Кўпинча 16-40 ёш аёлларда локализацияси симметрик болдирда. Дерма чуқур қаватида ва тери ости клечаткасида зич тугунлар хотуберкулёз бўлиб, устидаги тери секин- аста пушти-кўкиш рангга киради. Тугунлар ёрилиб, яралар хотуберкулёз қилади, секин битади, ўзидан кейин туберкулёзлик чўзилган чандиқ из қолдиради. Бу касаллик қайталанишга мойил бўлиб, кўз ва қиш мавсумларида қайталанади.

Папулонекротик тери туберкулёзи кўпинча қизларда ва ёш аёлларда учрайди. Елка терисида, болдир, сон кам ҳолларда тана ва юз терисида хотуберкулёз бўладиган зич, ярим шарсимон, катталиги нўхатдек пушти-кўкиш рангдаги тугунлар жойлашади. Тугун марказида некроз ўчоғи бўлиб, секин қурийди ва кулранг қипиқланиш хотуберкулёз қилади. Битгандан кейин ботуберкулёзган “штампланган” чандиқ қолдиради. Касаллик кўз-қиш ойларида рецидивланишга мойил.

Лихеноид тери туберкулёзи. Ўпка туберкулёзи ва лимфа тугунлари зарарланган болалар ва ўсмирлар касалланади. Одатда кўкрак қафаси, орқа, қорин ва тананинг ён қисмлари терисида майда гуруҳлашган, усти енгил кўчадаган қипиқлардан ташкил топган дўмбоқчалар хотуберкулёз бўлади. Битгандан кейин пигментация, баъзан нуқтали чандиқ қолдиради.

Анатома сўгали (сўгалли туберкулёз, прозектор сўгали, сўгалли тери туберкулёзи). Бу инфекция билан зарарланган одамлар қайта ташқаридан инфицирланиши натижасида келиб чиқади.

Туберкулёз ташҳисини анамнезига, клиник ўзгаришларига, бошқа органлар зарарланиши, мусбат туберкулин синамаси, ярали ўчоқлардан СМБ аниқланишига асосланган ҳолда қўйилади. Оғир ҳолларда терини патологик текширилади, ҳайвонларда экспериментал эмлаш ўтказилади ва синаш учун даво ўтказилади.

Даволаш туберкулёзга қарши терапия умумий принципларга таянган ҳолда ўтказилади. Одатда комплекс даво ишлатилади. Бу стрептомицин, фтивазид, рифампицинни ўрта терапевтик дозада берилади. Битта асосий ва иккита рецидивга қарши даволаш курси ўтказилади. Асосий курс давомийлиги 6 ой, рецидивга қарши 3 ой. Курслар орасидаги интервал 4-6 ойни ташкил қилади.

Оқибати кўп ҳолларда яхши.

Профилактика туберкулёз билан бир хил.

Чарви лимфа тугунларининг туберкулези.

Чарвининг туберкулез билан зарарланиши (мезаденит) – қорин бўшлиғида учровчи (абдаминал) туберкулезнинг асосийси бўлиб ҳисобланади.

Патогенез ва патологик анатомияси. – туберкулез мезаденити болалар ва ўсмирларда бирламчи туберкулез каби ривожланиши мумкин ва иккиламчи туберкулез каби катталарда ҳам ривожланиши мумкин. Чарви лимфа тугунларининг асосий зарарланиши йўли бу - лимфоген йўлдир.

Клиник кечиши. туберкулез мезаденитининг клиник намоён бўлиши рангбаранглиги билан ажралиб туради. Касалликнинг клиник кечиши ўткир ва сурункали бўлиши мумкин.

Ўткир кечишида қоринда ўткир оғриқ, кўпинча киндик ва ўнг ёнбош соҳасида учрайди. Оғриқ интенсив бўлиши мумкин ва «ўткир қорин» га шубҳа уйғотади.

Туберкулез мезадентининг сурункали тури тўлқинсимон кечиб, қайталанишва рамиссия даври билан алмашилиб туради. Қорин соҳасидаги оғриқ одатда ингичка ичак тутқичи проециясига мос ҳолда тарқалади. Иштаҳа пасайиши, эпизодик ҳолда кўнгил айнаши, қусиш, ич келишининг бузилиши кузатилади.

Қорин парда туберкулези – туберкулезнинг кам учрайдиган тури бўлиб, асосан ёш аёлларда учрайди.

Патологик анатомияси ва патогенези - қорин парда туберкулези билан яллиғланиш гематоген –диссемиранган туберкулез ёки қорин бўшлиғи азолари туберкулези асорати ҳисобига ҳосил бўлиши мумкин. Жуда кам ҳолатларда қорин парда туберкулези мустақил ривожланиши мумкин.

Қорин парда туберкулезининг қуйидаги шакллари фарқланади: экссудатив, пластик ва ярали.

Экссудатив шаклида қорин бўшлиғида сероз, сероз-йирингли ёки геморрагик суюқлик бўлади. Сероз суюқлик қолдиғида лимфоцитлар учрайди. Қорин парда кенгайган, гиперемияланган, кўпгина дунглик ёки казеоз пиллакчалар билан қопланган. Оғир ҳолатларда қорин пардада яраланиш кузатилади. Қорин бўшлиғидаги суюқликдан суртма тайерланиб, микроскоп остида кўрилганда туберкулез таёқчалари аниқланиди.

Клиникаси. Клиникасида беморнинг қорин соҳасида қисман захарланиш ҳисобига оғрик, диспептик бузилишлар, метеоризм, ичак перисталтикасини ошиши (ўткир ичак тутилиши) кузатилади. Қорин парда туберкулезининг экссудатив шаклида суюқлик ҳажми ортиши ҳисобига қорин катталашади.

Пластик шаклида қорин ўртача шишган, асимметрик, баъзан кўтарилган бўлади. Қорин пальпация ва перкуссия қилинганда қорин деворида оғрик юзага келади. Бемор ҳолатининг ўзгариши билан қорин соҳасидаги суюқлик ҳам ўз жойини ўзгартиради, бу ундуляция симптоми.

Диагностика. Қорин парда туберкулезида қорин бўшлиғидаги суюқликда туберкулез таёқчалари камдан кам ҳолларда топилади. Агарда иммунфермент усули орқали суюқлик текширилса, кўп ҳолларда экссудат таркибидан туберкулез таёқчаси антителалари топилади.

Ичак туберкулёзи. Ичак туберкулёзи одатда авж олиучи упка туберкулёзи, қорин ички минфатик тугунлари ёки бошқа органлар натижасида келиб чиқади. Базан ичак туберкулёзи тарқалган тарзда учрайди. Бунақа ҳолатларда ичак туберкулёзи диагнозини қўйиш бир қанча қийинчилик туғдиради.

Патогенез ва патологик анатомияси. Ичак туберкулёзи бирламчи туберкулёзнинг лимфоген тарқалиши орқали мезинтериал лимфатик тугунларининг зарарланиши билан тушинтирилади. Упканинг деактруктив туберкулёзи бор беморлар узидан чиққан балгамни ютиш орқали ичак туберкулёзини келтириб чиқаради. Гемотаген ва минфа гемотаген ичак деворига МБТ тушиши иккиламчи туберкулёз учун унчалик аҳдмийатли эмас.

Клиникаси. Касалликни эрта вақтида беморда шикоятлар булмайди. Туберкулёз интоксикациясидан кейин умумий симптомлари кузатилади. Қорин соҳасида тез-тез оғриклар кейинчалик оғрикни ун ёнбош соҳага утиш билан характерланади. Кузиш даврида кунгил айланиши ва қайд қилиш кузатилади.

Таъхис. Ошқозон ичак трактини рентгенологик ва эндоскопик текшириш керак. Туберкулёз билан зарарланган ичак ва тулиш дефисти қовузлокнинг этоник кенгайиши аниқланади. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак туберкулёзни аниқлашда гастродуоденоскопия (биопсия билан) қилинади.

Амалий машғулот №6:

Мавзу номи: Ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган туберкулези. Ўпка туберкуломаси.

Клиникаси, таъхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Ўпканинг ўчоқли ва инфилтратив сили.
	3. Ўпканинг ўчоқли ва инфилтратив сили клиник кечиши, рентген кўриниши, даволаш.

	4.Ўпка туберкулёмаси. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	Таълимий: талабаларга ўпканинг ўчоқли ва инфилтратив сили, ўпка туберкулёмаси тўғрисида маълумот бериш. Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, ўпка туберкуломаси тўғрисида маълумот бериш, қиёсий таххислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	ўпканинг ўчоқли ва яллиғланган сили, ўпка туберкуломаси тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жихатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми таҳлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич	Амалий қисм бўйича билим	Ечадилар

40 дақиқа	даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлил(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессional сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар

1. Ўпканинг ўчоқли, инфильтратив сили ва ўпка туберкулёмаси ривожланишининг патогенетик ва иммунологик асослари.
2. Жойлашиши ва кечишига кўра инфильтратларнинг қандай клиник турлари фаркланади?
3. Туберкулеманинг қандай патогенетик турлари фаркланади?
4. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ клиник вариантларига изох беринг.
5. ЎЯТ ва ЎТ қайси хусусиятлари ўпка тўқимасининг емирилиши ва каверналар ҳосил бўлиши билан боғлиқ?

6. Янги хосил бўлган каверна девори қандай қаватлардан иборат?
7. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ лаборатор теширишлар: қон ва сийдикнинг умумий тахлили, балғамни МБТга текшириш, биохимик маълумотларга изох беринг.
8. ЎЎ,ЯТ ва ЎТда туберкулин синамаларини (2ТБ билан ўтказилган Р Манту ва Кох синамаси) баҳоланг.
9. ЎЎ,ЯТ ва ЎТда қандай рентгенологик ўзгаришлар кузатилади?
10. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ қандай асоратларини биласиз?
11. Ташхисни ифодалаш ва асослаш, қиёсий ташхислаш.
12. ЎЎ,ЯТ ва ЎТ даволаш ва диспансер назоратини олиб бориш ҳамда жаррохлик даволашга зарурият.

Ўпканинг ўчоқли сили

Ўпканинг ўчоқли сили – шартли клиноморфологик тушунчалар тўпланган туберкулёзнинг клиник шаклидир. Унга туберкулёз этиологияли ҳар-хил патогенезлар, ҳар бир патологик хотуберкулезанинг диаметри 12 мм.дан ошмаган, яъни ўпка бўлакчасининг кўндаланг ўлчамидан катта бўлмаган морфологик ва клинко-рентгенологик кўринишлар таллуқлидир. Ўпканинг *янги* ва *сурункали* ўчоқли туберкулёзи фарқланади. Бундай бўлиниш даволаш тактикасини ва кузатув давомийлигини аниқлаш мақсадида қилинган.

Патогенези ва патологик анатомияси. Янги ўчоқли туберкулёз – илгари ТМБ билан инфекцияланган ва инфекцияни бирламчи даврини ўтказган одамдаги иккиламчи туберкулёзни энг эрта бошланғич шакли.

А.И. Абрикосов (1904) патологоанатомик текширганда, иккиламчи туберкулёзда биринчи морфологик ўзгариш ўпканинг юқори бўлагидаги чўкки бронхининг майда субсегментар шохчасида пайдо бўлишини такидлаган. Патологик жараёнга орқа сегментар бронхнинг охирги шохчалари ҳам қўшилиши мумкин. Баъзида пастки бўлакни чўкки бўлимини субсегментар бронхи шикастланиши мумкин.

Ўчоқли туберкулёзда яллиғланиш реакцияси сурункали кечишга айланиши мумкин. Бундай ҳолатда ўчоқдаги актив яллиғланиш белгиси репарация ҳодисаси билан бирга келади. Аста секинлик билан алоҳида ўчоқлар атирофида фиброз ёки гиалин капсула шаклланади – бу *Ашофф – Пул ўчоғи*. Туберкулёз ўчоғининг секин инволюцияси ва касалликнинг сурункали кечиши ўпканинг сурункали ўчоқли туберкулёздан янги туберкулёз ўчоқларига айланади.

Клиник кўриниши. Кўпгина янги ўчоқли туберкулёз касалларида тез чарчаш ва иш қобилиятининг пасайиши, иштаханинг пасайиши, тана вазнининг бир мунча йўқолиши содир бўлади. Таъсирчанлик, камроқ терлаш ҳам бўлиши мумкин. Куннинг иккинчи ярмида баъзида тана ҳарорати субфебрилгача кўтарилиши мумкин. бу ўзгаришлар туберкулёз интоксикациясига таллуқли.

Диагностика. Ўчоқли туберкулёзнинг диагнози касалликнинг яққол клиник ва лаборатор белгилари бўлмагани учун кўпинча қийинчилик туғдиради.

Туберкулиндиагностикаси (2ТБ билан Манту синамаси) ўчоқли туберкулёз касалларида туберкулёз жараёнини активлигини тахмин қилиб бўлмайди. Ўчоқли туберкулёзда 2 ТБ ни тери ичиқа киритганда жавоб реакцияси кўпинча кам ифодаланган, яъни нормергик бўлади.

Ўчоқли туберкулёзда (*ташқи нафас функцияси*) *ТНФ* одатда бузилмайди. Ўпка паренхимасини шикастланиши ҳисобига эмас, балки интоксикация ҳисобига баъзи беморларда нафас функцияси бузилиши мумкин. Интоксикацияда тахикардия, артериал босимни лабиллиги кузатилиши мумкин.

Таққослама диагностика. Ўпканинг ўчоқли туберкулёзи одатда назоратли флюоро- ёки рентгенографияда аниқланади. Рентгенологик суратни баҳолашда кам симптомли клиник кечиши, шикастланишнинг юқори бўлакда жойлашиши, энди пайдо бўлган ва зич (эски) ўчоқлар, ўпка тўқимасидаги фиброзлар ҳисобга олинади. Бу белгилар ўзига хос ҳисобланади, бироқ, ўчоқли туберкулёз учун патогномоник белги эмас. Ўчоқли туберкулёзни ўпканинг периферик раки ёки яхши сифатли ўсмаси, носпецифик ўчоқли зотилжами, замбруғли шикастланишлари билан таққослаш зарур.

Ўчоқли туберкулёзни рентгенологик сурати ўпка ўсмаси – *периферик рак* ёки кўпинча, яхши сифатли хотуберкулезаларга ўхшаш бўлиши мумкин. Майда бронхлар раки ва бронхоалвеоляр рак эрта босқичида ўпканинг барча қисмида, чўққисида ҳам ўчоқли сояланишлар пайдо қилиши мумкин.

**Ўчоқли туберкулёзни ўчоқли зотилжам, периферик рак ва
яхши сифатли ўсма билан таққослама диагностикаси.**

Белгилар	Ўчоқли туберкулёз	Ўчоқли зотилжам	Периферик рак	Яхши сифатли ўсма
Ёши, жинси	Катта, кўпинча эркаклар	Ёшга ва жинсга боғлиқ эмас, кўпинча совуққотишдан кейин	Кўпинча 40 ёшдан катта эркаклар - чекувчилар	Ёшга ва жинсга боғлиқ эмас
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган	Ўзгармаган	Метастазланганда катталашган	Ўзгармаган
Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Кўпинча кам симптомли, секин-аста	Ўткир, секин-аста, ривожланувчи	Кўпинча яшрин, секин-аста, ривожланувчи	Кўпинча узок муддат яшрин, секин ривожланиши мумкин
Рентгенологик белгилари	Гуруҳли ўчоқли сояланишлар (баъзида полиморф), кўпинча I, II, VI сегментларда; маҳаллий пневмофиброз бўлиши мумкин	Кам интенсивликдаги гуруҳли сояланишлар, кўпинча VII, IX, X сегментларда, ўпка расми кучайган, тўғри давода тез сўрилади	Ўчоқли соялар кўпинча III, IV, V сегментларда; метастаз берганда периферик лимфа тугунлари катталашган; маҳаллий ўпка сурати кучайган бўлиши мумкин	Ўчоқли соялар ўзгармаган фонда кўпинча III, IV, V сегментларда;
Бронхоскопия	Нормада, баъзида чандиқли ўзгаришлар	Шиллик пардада ривожланган гиперемия, бронх йўлида шиллик-йирингли ажралма	Кўпинча нормада; баъзида лимфа тугунларига метастаз берганда деворни бўртиши	Нормада
Балғамни бактериологик текшириш	Баъзида ТМБ+	Носпецифик микрофлора, ТМБ -	ТМБ -	ТМБ -
Бронхиал жисмни морфологик текшириш	Нормада	Нейтрофилларни, плазмоцитларни, эозинофилларни ошиши	Ўсма хужайралари	Нормада
Туберкулинга сезгирлик	Гиперергик ёки нормергик	Кам мусбат ёки манфий	Кам мусбат ёки манфий	Кам мусбат ёки манфий

Ўчоқли туберкулёз беморларида кўпинча ўзини ёмон ҳис қилишида *тиреотоксикоз* ёки *вегето-томир дистонияси* аниқланади. Бундай ҳолатларда, туберкулёздан фарқи баъзида диагностика мақсадида ҳароратни туширувчи ва туберкулёзга қарши препаратлар буюрилганда субфебрил ҳароратни монотон ва доимий туриши билан фарқланади. Таққослама диагностикада ҳал қилувчи рол бўлиб ўпканинг рентгенологик ва бронхиал жисмларни текшириш ҳисобланади.

Ўпканинг яллиғланган сили

Силнинг бу шакли ўпка тукумасининг махсус юкори сезувчанлиги ва яллиғланиш соҳасида экссудатив тукима реакциясининг кучайши асосида ривожланади.

Яллиғланган туберкулезнинг клиник-морфологик хусусияти ўпкаларнинг таркалган жароҳатланиши ва туберкулез жараёнининг тез авжланиб боришига мойиллигидир.

Яллиғланган туберкулез билан асосан катталар, купинча ёши катта булмаган касалланадилар. Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиш эҳтимоли туберкулезнинг эрта шакллари аниқлашни ёмон ташкил этиш натижасида ошади.

Инфилтратларнинг куйидаги клиник-рентгенологик турлари фаркланади:

- *бронхолобуляр*;
- *булутсимон (сегментар, полисегментар, перисциссурит)*;
- *юмалок инфилтрат*;
- *лобар инфилтрат (лобит)*.

Патогенез ва патологик анатомия. Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиши учокли туберкулезнинг авжланиши – юмшок учоклар ёки эски туберкулез учоклари атрофида яллиғланиш соҳасининг тез ортиб бориши билан боғлиқ. Перифокал яллиғланишнинг таркалиб бориши ўпка тукумасидаги специфик жароҳатланиш хажмининг кенгайиши ва жараён характерининг сифат жиҳатдан узгаришига олиб келади – туберкулезнинг учокли шакли яллиғланган шаклига айланади.

Туберкулез инфилтрати кенг перифокал яллиғланиш соҳасига эга булган янги ёки эски туберкулез учоклар комплексида иборат булади.

Инфилтратлар купинча I, II ва VI сегментларда, яъни одатда туберкулез учоклари учрайдиган ўпка соҳаларда жойлашади.

Специфик яллиғланиш ўпка булакчасидан ташқари соҳаларга таркалиб, жароҳатланишнинг умумий хажми орта боради. Шу йул билан *бронхолобуляр инфилтрат* шаклланади. Яллиғланиш реакциясининг якколлилиги ва кейинги динамикаси иммунологик реактивлик ва микроб популяциясининг усиш темпига қараб узгариб боради.

Перифокал яллиғланиш «спленопневмония» характерига эга булади. У хужайра таркибининг камлиги ва специфик яллиғланиш белгиларининг кучсиз ривожланганлиги билан ажралиб туради. Альвеолалар асосан полинуклеарлар ва кам сонли макрофаглардан ташкил топган тукима суюклиги билан тулган булади. Туберкулез жараёни ўпканинг куп сегментларини тез орада жароҳатланишига яккол мойиллик билан кечади (*булутсимон инфилтрат*).

Патологик жараёнга деярли бутун ўпка булагининг қушилиши ва бу ерда қупгина парчаланиш бушлиғларини ҳосил булиши *лобит* шаклланганидан дарак беради. Инфилтратлар ривожланиш хусусиятларига қараб асосан шаклланиш даврида фаркланадилар. Кейинчалик ҳар хил инфилтратлар орасидаги тафовут деярли йуқолиб боради.

Локализацияси ва ўпка тукумасининг жароҳатланиш хажмига қараб одатда икки-уч ўпка булакчаларини эгаллайдиган *бронхолобуляр инфилтрат*, битта сегмент соҳасини эгаллайдиган – *сегментар*, ҳамда *полисегментар*, ёки булак инфилтратлари фаркланади. Асосий ёки булакларро плевра вараги буйлаб ривожланажиган инфилтратлар *перисциссурит* деб аталади.

Диагностика. Яллиғланган туберкулез ташҳиси унинг кечиш хусусиятларига қараб қуйилади. Одатда, беморлар касалликнинг бошланишини пайкамайдилар. Улар юкори тана ҳароратини яхши кутара оладилар, касалликнинг клиник белгиларини оғирлигига баҳо бермасликка мойил булиб, умуман кам шикоят қиладилар. Купинча беморлар касалликнинг биринчи белгиси деб аслида туберкулез жараёнининг хатарли асорати ҳисобланган қон туфлаш деб ҳисоблайдилар ва шу муносабат шифокорга мурожат қиладилар.

Бронхолобуляр ва юмалок инфилтратли беморларда ажралаётган микобактериялар микдори унчалик қуп эмас ва бактерия ажралиши купинча люминесцент микроскопия усули ва/ёки

экиш оркали аникланади. Булутсимон инфилтрат, айникса лобитда купгина парчаланиш сохалари пайдо булишига мойиллик булади, шунинг учун бактерия ажралиши **массив** булади.

Яллиғланган туберкулезда балгамни культурал йул билан текшириш бактериологик диагностиканинг зарурий кисми хисобланади. У аникланган микобактерияларнинг кайси турга оидлигини ойдинлаштириб колмасдан уларнинг химиопрепаратларга сезувчанлигини текшириш имконини хам беради.

Рентгенологик текширув инфилтратнинг клиник-рентгенологик тури ва жарохат хакида айрим маълумотларни аниклаш имконини беради.

Бронхолюбуляр инфилтрат одатда ўпка майдонининг кортикал каватида, купинча I, II ёки IV сегментларда, асосан кам интенсивли, диаметри 3 см.гача булган, чегараланган сояланиш (фокусли соя) мавжудлиги билан характерланади. Инфилтрат **полигонал** шаклга эга булиб, ўпка илдизи томон чузилган ва ташки контурлари ноаник булади. Компьютер томографик текширув атрофида инфилтрат шаклланган майда бронхнинг булиниши ва **ёригини** аниклаш имконини беради.

Айрим холларда бронх ёриги зич казеоз массалар билан тулган булади. Томограммада бронхолюбуляр инфилтрат купинча перифокал яллиғланиш сохаси билан уралган, зич ёки озрок зичликка эга булган бир нечта майда учокларнинг конгломерати куринишида булади.

Юмалок инфилтрат чегараланган (фокусли), юмалок шаклдаги, урта интенсивли аник куришиб турадиган, лекин чегарали ноаник сояланиш куринишида намоён булади. Олд проекцияда олинган **обзор** рентгенограммада сояланиш купинча умров остида жойлашади (Ассман-Редекер инфилтратининг классик тури). Сояланишнинг медиал кисмидан ўпка илдизи томон яллиғланган йулча тортилган булиб, унда айрим холларда дренажловчи бронхнинг **проекцияси** аникланади («теннис ракеткаси» симптоми).

Сояланишнинг ташки контури яккол чегарага эга булмаган холда атрофдаги ўпка тукумасида худди эриб кетгандек йуколиб кетади. Булутсимон инфилтрат булаклараро плевра буйлаб жойлашганда (перисцисурит) учбурчаксимон шаклга якинлашади. (Сержан учбурчаги).

Ёнбошдан олинган проекцияда сояланишнинг шакли учбурчаксимон булади.

КТ да лобит айрим холларда яхлит, деярли **бир хил (жинсли)** зичлашган ўпка булагли холида куринади. Жарохатланган булакда **деформацияга** учраган ва кисман казеоз массалар билан обтурацияланган бронхлар, хамда бир канча кичик ва урта диаметрдаги парчаланиш бушлиглари аникланади. Бундай жарохатланадиган ўпка булагини айрим холларда асалари ини ёки ноннинг магзига киёсланади.

Таккослама ташхис. Яллиғланган туберкулезни купинча носпецифик **зотилжам** (пневмония), ўпканинг периферик раки, эозинофил инфилтратлар, пневмокониозлар, ўпка инфаркти ёки **зотилжам** билан асоратланган ателектаздан **таккослама ташхислашга** тугри келади.

Таккослама ташхислаш мобайнида яллиғланган ўпка туберкулезга хос бир катор умумий белгиларни инобатга олиш керак. У СМБ билан анча илгари зарарланиб, купинча охаклашган учоклар, петрификатлар, фиброз узгаришлар каби туберкулезнинг колдик узгаришлари мавжуд шахсларда ривожланади.

Рентген тасвирда туберкулез инфилтратининг сояси бир жинсли булмайди (**неоднородная**), атрофдаги ўпка тукумасида лимфоген ва бронхоген таркалиш учокларини, аксарият холларда периваскуляр ва перибронхиал хамда фиброз узгаришлар туфайли ўпка илдизи томон «йулча» тортилганлигини аниклаш мумкин. Туберкулез инфилтрати бактериал ва вирус этиологияли зотилжамга караганда секинрок, лекин усма ва замбуруг табиатли зотилжам жараёнига караганда тезрок ривожланиш хусусиятига эга. Яллиғланган туберкулез ташхисини тасдиклашда бактериологик текширувнинг ахамияти катта.

Носпецифик пневмониянинг бошланиши яллиғланган туберкулездан фаркли равишда уткир булиб, тана хароратининг тезда 39-40⁰С гача ошиши, бош огриши, калтираш, адинамия, курак кафаси ва бугимларда огрик каби белгилар билан кузатилади. Купинча юкори нафас йуллари зарарланади. Беморлар курук ёки шиллик характерли балгамли йуталга шикоят киладилар.

Рентгенологик текширувда купинча ўпканинг пастки булимларида туберкулезга караганда **бир жинсли (однородная)**, ноаник контурли инфилтрат сояси аникланади. Ўпка расми кучайган ва деформацияга учраган.

Ўпка булагининг интенсив ва нисбатан гомоген сояланиш билан кузатилувчи ва плевра вараги томонидан жавоб реакция билан намоён булувчи *лобар зотилжамдаги* рентгенологик манзара булутсимон ёки лобар туберкулез инфилтратига ухшаш булади.

Белги	Яллиғланган туберкулез	Носпецифик зотилжам	Марказий рак	Периферик рак.
Ёши, жинси	Катталар, асосан эркаклар.	Ёш ва жинсининг ахамияти йук.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган.	Узгармаган	Метаэтаз руй берганда катталашади	Метаэтаз руй берганда катталашади
Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Аста-секин, авж олиб боровчи, купинча интоксикация синдромининг устунлиги билан	Уткир, кам холларда аста-секинлик билан, авж олиб боровчи, яккол интоксикация ва ўпка жарохатланиш симптомлари устунлиги билан, лаб ва буруннинг герпеси	Аста-секин, авж олиб боровчи, бронхит белгиларнинг устунлиги билан	Яширин ёки аста-секин авж олиб боровчи.
Рентгенологик белгилар	Купинча ўпканинг I, II, VI сегментларида жойлашган бир жинсли булмаган (неоднородная), чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, ўпка илдизи томон йулчанинг мавжудлиги, бронхоген таркалиш учоглари.	Купинча ўпканинг VIII, IX, X сегментларида жойлашган нисбатан бир жинсли (гомоген) чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, адекват терапия натижасида тез орада сурилиши кузатилади.	Ўпка илдиз ёки илдиз олди сохада чегараланган сояланиш аникланиб унинг атрофидаги ўпка суратининг локал кучайиши ёки деформацияси; бронх утказувчанлигининг бузилиши белгилари, лимфа тугунларининг катталашганлиги.	Купинча ўпканинг III, IV, V сегментларида жойлашган чегараланган сояланиш; ўпка суратининг локал кучайиши мумкин; метастаз руй берганда регионар лимфа тугунларининг катталашганлиги
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, айрим холларда чандикли узгаришлар.	Диффуз эндобронхит, бронх бушлигида шиллик-йирингли	Эндо-ёки перибронхиал усётган усма; бронх харакатчанлигининг бузилиши, бронхнинг	Меъёрида.

		секрет мавжуд.	ташкарідан эзилиши.	
Балгамни бактериологик текшириш	Купинча СМБ+	Носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-
Туберкулинга сезувчанлик	Гиперергик ёки нормергик	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий
Бронх йуллари сакламасини морфологик текшириш	Айрим холларда эластик толалар, лимфоцитлар сонининг куплиги	Нейтрофиллар, плазмоцитлар, эозинофиллар сонининг ошиши	Капинча усма хужайралари	Айрим холларда усма хужайралари

Яллиғланган туберкулез ва *периферик ракни* таккослама ташхислашда чекиш давомийлиги, касбий зарарли одатлар, рецидивланувчи бронхит ва зотилжамлар, илгари туберкулезни бошдан утказганлиги ва унинг колдик узгаришлари мавжудлигига ахамият бериш керак. Периферик рак узок вақт клиник алоамтларсиз кечиши мумкин.

Хаттоки айрим холларда диаметри 5-7 см ва ундан катта булган юмалок периферик усмалар тусатдан флюорографик ёки бошқа рентгенологик текширув усулида аникланади. Бундай холларда илгари рентгенологик текширувлар утказилганлиги ва аввалги сураглар мавжудлиги суриштирилади. Эски ва янги рентгенограммаларни таккослаш жараёнининг динамикада узгариши хакида маълумот беради.

Усма соясидан плевра вараги ва ўпка тукумаси томон йул тортилган булади, «усма тожи». Периферик раkning клиник белгилари усма парчаланиши бошлаганидан, йирик бронхларни сикиши ва уларни ҳамда кукрак кафасини эзиши, метастаз беришидан кейингина намоён булади. Бунда периферик раkning рентгенологик куруниши марказий раkningга ухшаб кетади. Жумладан гиповентиляция белгилари – «елкан симптоми».

Ўпка чуққисида жойлашган усма плевра варагига, ковургаларнинг орка кисмларига, умурткаларга, елка нерв чигалига, симпатик узанга тезда (**купол**) усиб киради. Бунда клиник *Пенкост триадаси* кузатилади: елкадаги кучли огриклар, кул мушакларининг атрофияси, *Горнер синдроми*.

Эозинофилли зотилжам хар хил аллергенлар таъсирида ривожланади ва уткир, уткир ости кечиши ёки хеч кандай клиник белгиларсиз тасодифан рентгенологик текшириш вақтида аникланиши мумкин.

Казеоз зотилжам

Казеоз зотилжам туберкулезнинг огир шиклларида бири хисобланади. У илгари соглом инсонда мустикал равишда иммунитетни бирдан пасайиб кетиши натижасида ёки туберкулезнинг бошқа шакллари хатарли асорати сифатида ривожланиши мумкин.

Охирги йилларда казеоз зотилжам биринчи бор аникланган туберкулез беморлари орасида 3-5%ни ташкил килмокда.

Патогенез ва патологик анатомия. Казеоз зотилжамнинг пайдо булиши СМБларининг яккол кузатилувчи иммунодефицит ҳолатида ўпка тукумасида интенсив купайиши билан боғлиқ. Иммунодефицитнинг характерли белгиларидан булиб апоптозга юкори моиллик тугдирувчи фагоцит хужайралари ва лимфоцитларнинг метоболик тургун эмаслиги хисобланади. Бундай хужайраларнинг функционал потенциали яккол пасайган ва улар эффектив хужайралоараро муносабга кодир эмаслар.

Казеоз зотилжамнинг патогенези.

Туберкулезнинг турли клиник шакллари

Иммунодефицит

Массив суперинфекция

СМБларининг полирезистентлиги

Яккол намоён булувчи казеоз-некротик тукима реакцияси, казеознинг ириши ва купгина уткир каверналарнинг шаклланиши.

Казеоз зотилжам

Лобуляр

Лобар

Купинча летал окибат. Эффектив даво утказилганда – фиброз ковакли туберкулезга трансформацияси, цирроз.

Клиник манзара. Одатда казеоз зотилжам уткир бошланади. Жарохат соҳасида казеоз-некротик массалар ҳосил булаётган бошлангич даврда интоксикацион синдром устун туради. Бемор рангпар булиб жарохат соҳаси томонида ёнокларнинг кизарганлиги куриш мумкин. Тана харорати $38-39^{\circ}\text{C}$ гача ошади. Калтираш, холсизлик, кучли терлаш, хансираш, иштаҳанинг кескин пасайиб кетиши, диспепсик бузилишлар пайдо булади. Йутал асосан курук булиб, айрим ҳолларда кийин ажралувчи кам балгамли булади. Йутал нам, куп микдордаги балгамли булади. Беморларни кукракдаги огриклар безовта қилади. Балгамда кон лахталари пайдо булиши мумкин. Хансираш кучаяди (1 дақиқада 40 тагача нафас), акроцианоз ривожланади. Нотугри типдаги гектик тана харорати, кахексия кузатилади.

Диагностика. Казеоз зотилжамнинг таъхиси беморни клиник, лаборатор ва рентгенологик текширувига асосланади. Иммунодефицит ҳолатининг мавжудлиги ва ўпкада

туберкулез этиологияли яллигланиш эхтимоли юкорилилигини тасдикловчи анамнез маълумотларига асосий эътиборни қаратиш керак.

Касалликнинг 1-хафтасида беморлар деярли балғам ажратмайди. Бронх ювиндисини *бактериологик текшируви* касаллик кузгатувчисини аниқлай олмайди, чунки жарохатланган ўпкада хали парчаланиш бушлиглари пайдо бўлмаган бўлади. Вазият касалликнинг 2-хафтасига келиб узгаради. Бу вақт ўпка туқимасида микобактериялар популяцияси кескин қупайиши натижасида қупгина парчаланиш бушлиглари пайдо бўлади.

Кукрак кафаси аъзоларини *рентгенологик текширувида* кенг тарқалган ва дағал узғаришлар аниқланади. Лобар казеоз зотилжамли беморларда тугри проекцияда олинган обзор рентгенограммада ўпка булагининг бутун ёки қуп қисмини эгаллаган сояланиш аниқланади.

Таккослама ташхис. Клиник амалиётда қупинча беморларни текшириш натижаларини нотугри талқин қилиш натижасида, казеоз зотилжамни кеч аниқлаш каби диагностик хатоликлар қузатилади. Масалан, туберкулинга жавобан манфий анергия ва касаллик бошида бактерия ажралишининг йуқлиги жарохатланишнинг туберкулез этиологияли эмаслиги белгиси бўлиб хизмат қилади.

Ўпка туберкулемаси

Ўпка туберкулемаси – ўпка туқимасида диаметри 12 мм. дан катта бўлган капсула билан уралган казеоз-некротик ҳосилани шаклланиши билан қузатиладиган туберкулезнинг клиник шакли.

Туберкулема биринчи бор аниқланган ўпка туберкулези беморларининг 2-6%да учрайди. У асосан 20-35 ёшдаги катталар орасида ташхисланади. Болалар ва кекса ёшдагилар орасида туберкулема нисбатан камдан – кам ҳолда қузатилади. Беморларнинг ярмидан қупи контроль флюорографик текширув вақтида аниқланади, чунки уларнинг аксариятида яққол клиник белгилар бўлмайди.

Туберкулемлар ҳам чап ўпкада, ҳам унг ўпкада бир хил **частотада** учрайди. Улар қупинча ташқи қисмларда ва плевра остида жойлашади. Майда (2 см.гача), урта (2-4см.) ва йирик (4-6см.) туберкулемалар фарқланиб, улар яққа ёки бир нечта бўлиши мумкин.

Клиник кечиши жигатдан туберкулемалар авж олиб боровчи, стационар ва суниб боровчиларга бўлинади.

Патогенез ва патологик анатомия. Туберкулема иккиламчи туберкулезнинг шакли ҳисобланади. Қупинча туберкулема яллигланган ёки учокли туберкулездан ривожланади. Фақат айрим ҳоллардагина туберкулема бирламчи туберкулез инфекцияси босқичида бирламчи туберкулез комплекси ёки тарқок туберкулездан ҳосил бўлади.

Марказида яққол казеоз-некротик угаришлар билан намоён бўлган катта бўлмаган инфильтрат бир нечта казеоз учокларининг қушилиши натижасида шаклланиши мумкин. Бундай инфильтрат ҳам деярли тезда инкапсуляцияга учраб туберкулемага айланади.

Туберкулеманинг капсуласи икки қаватдан иборат. Ички қават туберкулез грануляцияларидан шаклланиб, туберкулеманинг казеоз узанини ураб туради. Ташқи қават концентрик жойлашган фиброз толалардан ташқил топиб, туберкулемани ташқи, кам узгараган ўпка туқимасидан ажратиб туради. Яқинда шаклланган туберкулемада иққала қават деярли яхши намоён бўлади. Вақт ўтган сайин ички грануляцион қават юпкалашиб боради, айрим ҳолларда эса бутунлай йуқолиб кетади.

М.М.Авербах ва Л.К.Богушлар тақлиф қилган туберкулеманинг кенг тарқалган типини – *казеомаларнинг* характерли морфологик белгиси бу массив казеоз узан ва юпка (1-1,5мм), яхши шаклланаган фиброз капсуладир. Яна туберкулемаларнинг бошқа – *яллигланган-пневмоник* типини ҳам ажратилади.

Унга казеоз некроз соҳаларининг эпителиод – хужайрали думбокчалар билан алмашиб қилиши ва капсуланинг қучсиз ривожланганлиги характерли ҳисобланади. Бундай туберкулемалар қупинча юмалок инфильтратнинг (Ассманн типидagi инфильтрат) аста-секин инволюцияси натижасида шаклланади.

Стационар (белгиларсиз) кечиши перифокал инфильтрация ва туберкулемада парчаланиш белгиларининг бўлмаслиги билан характерланади. Туберкулемани ураб турувчи

тукиада зич, яккол фаоллик белгилари булмаган учоклар ҳамда пневмофиброз билан боглик узгаришлар куринади.

Кейинчалик *суниб борувчи* туберкулемада казеоз массалар вақт утиб сувсизланиши натижасида зичлашади ва фрагментларга булинади, туберкулема улчами аста-секин камайиб боради. Бундай суниб борувчи туберкулема тобора кальций тузлари билан шимдирилади. Унинг урнида зич фиброз учок ёки чегараланган пневмофиброз соҳаси пайдо булиши мумкин.

Туберкулеманинг узига хос варианты булиб тулиб колган каверна ҳисобланади. Уни *ёлгон туберкулема ёки псевдотуберкулема* деб аташади. Унинг патогенези ва морфологик моҳити чин туберкулеманикидан бошқачарок.

Псевдотуберкулеманинг утмишдоши булиб ўпканинг ковакли ёки фиброз-ковакли туберкулези ҳисобланаиб, бунда ковакни дренажловчи бронхнинг яллигланиш ёки чандикли узгаришлар ҳисобиға облитерацияси кузатилади.

Клиник манзара. Купчилик ҳолларда туберкулеманинг белгилари кучсиз намоён булади ва факат авж олиб бораётган туберкулемали беморларда пайдо булади. Улар ҳолсизлик, иштаҳани пасайиши, озиб кетиш, айрим ҳолларда тана ҳароратини 37,5-37,8⁰С гача ошишини таъкидлаб утишади. Нафас ҳаракатлари билан боглик оғриқлар, ҳамда йутал (курук ёки кам микдордаги балғам билан) кузатилиши мумкин. Кам ҳолларда кон туфлаш пайдо булиши мумкин.

Диагностика. Туберкулема ташҳисини куйиш айрим кийинчиликларға эға. Купинча улар анамнез маълумотлари орасида илғари туберкулез билан касалланганлигининг инкор килиниши, клиник белгиларнинг кучсиз намоён булиши ва лаборатор, инструментал ва рентгенологик маълумотларни таҳлилида кийинчиликлар тугилиши билан боглик.

Туберкулиндиагностика натижалари туберкулемали беморларда ҳар хил булиши мумкин. Туберкулинға жавоб реакцияси биринчи бор аниқланган, авж олиб борувчи туберкулемали беморларда нисбатан кучли намоён булиши эътироф этилади. Бирок, туберкулеманинг стационар ёки суниб борувчи кечишида ҳам туберкулинға юкори, айрим ҳолларда эса гиперергик сезувчанликни аниқлаш мумкин. Химиотерапия мобайнида шаклланган туберкулемада туберкулин реакциялари купинча кам ёки кучсиз мусбат жавоб тариқасида булади.

Балғамни *бактериологик текшируви* туберкулемали беморларда кам маълумот беради. Йутал ва балғам ажралиши кам кузатилганлиги туфайли диагностик материални олиш учун кузгатувчи ингаляция усуллари кулланилади. Бактерия ажралиши одатда кам сонли (**скудное**) булади. СМБларини аниқлаш учун юкори сезувчан усуллардан – люминесцент бактериоскопия ва экиш усулларида фойдаланишға тугри келади. СМБлари купинча парчаланиш давриға эға туберкулемали беморларда аниқланади.

Кукрак кафаси аъзоларини *рентгенологик текшируви* одатда ўпкаларда туберкулемаға хос узгаришларни яхши куриш имконини беради. Туберкулемадаги асосий рентгенологик синдром булиб чегараланган (фокусли) сояланиш мавжудлигидир.

Купчилик ҳолларда туберкулема билан намоён булувчи чегараланган сояланиш плевра остида I, II ёки YI сегментларда жойлашади.

Олд проекцияда олинган обзор рентгенограммада чегараланган сояланиш одатда урта интенсивликда булади. Юмалок, тугри шаклдаги сояланиш солитар туберкулемаға тугри келади. Нотугри шаклдаги ва ташки контури полициклик булган сояланиш конгломератли туберкулемаға хос.

Туберкулемаси бор беморларға *фибробронхоскопия* одатда ташҳисни тасдиқлаш мақсадида ва ёки жаррохлик амалиётидан аввал бажарилади. Йирик бронхлар шиллик каватининг туберкулезға хос яллигланиши 2-3% беморларда, асосан туберкулемада парчаланиш бушлиги бор маҳал аниқланади. Туберкулема муддатининг ошгани сари бронхларда носпецифик узгаришлар – сурункали гипертрофик ёки атрофик бронхит – устунлик килади.

Таккослама ташҳис. Туберкулемани таккослама ташҳислаш айрим ҳолларда бироз кининчиликлар тугдиради. Туберкулеманинг клиник белгилари кучсиз намоён булса, рентгенологик тасвири куйидаги касалликлар билан умумий ухшашликларға эға булиши

мумкин – ўпканинг периферик раки, яхши сифатли усма, хавфли усманинг метастази, кам холларда – носпецифик зотилжам, тулик киста, пневмомикоз, чегараланган плеврит, бронхлар ёки ўпка кон томирлари нуксонлари.

Белги	Туберкулема	Периферик рак	Яхши сифатли усма	Носпецифик зотилжам
Ёши, жинси	Катталар, купинча 40 ёшдан ошган булган эркаклар.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.	Ёш ва жинснинг ахамияти йук	Ёш ва жинснинг ахамияти йук, купинча кучли совук котишдан сунг.
Периферик лимфа тугунлари	Меъёрида	Метазтаз руй берганда катталашади.	Меъёрида	Меъёрида
Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Одатда аста-секин, авж олиб борувчи, купинча интоксикация синдромининг устунлиги билан.	Яширин ёки аста-секин авж олиб борувчи.	Купинча узок вақт яширин кечади. Аста-секин авж олиб бориши мумкин.	Уткир, кам холларда аста-секинлик билан, авж олиб борувчи, яккол интоксикация ва ўпка жарохатланиш симптомлари устунлиги билан.
Рентгенологик белгилар	Купинча ўпканинг I, II, VI сегментларида жойлашган чегараланган, асосан ногомоген сояланиш; бронхоген учоклар, локал пневмофиброз.	Купинча ўпканинг III, IV, VI сегментларида жойлашган чегараланган, нисбатан гомоген сояланиш; перифокал нурли соялар мумкин; метатазтаз руй берганда регионар лимфа тугунларининг катталашиши.	Купинча ўпканинг III, IV, V базал сегментларида жойлашган чегараланган, нисбатан гомоген ёки зич хосилаларига эга сояланиш; атрофдаги ўпка тукумаси кам узгарган ёки узгаришсиз	Купинча ўпканинг VIII, IX, X сегментларида жойлашган нисбатан гомоген чегараланган ёки таркок сояланиш аниқлиб, адекват терапия натижасида тез орада сурилиши кузатилади.
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, айрим холларда чандикли узгаришлар.	Меъёрида. Айрим холларда лимфа тугунларига метатазтаз руй берганда бронх деворининг буртиб чиқиши	Меъёрида (периферик усмада).	Диффуз эндобронхит, бронх бушлигида шиллик-йирингли секрет.
Балгамни бактериологик текшириш	Айрим холларда СМБлари	Айрим холларда носпецифик микрофлора,	СМБ -	Носпецифик микрофлора; СМБ-

		СМБ-		
Туберкулинга сезувчанлик	Гиперергик ёки нормергик	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий
Биоптатни морфологик текшириш	Туберкулез гранулемалари.	Усма тукумаси.	Айрим холларда усма тукумаси	Носпецифик яллигланиш

Ўпканинг тулиб колган бронхоген кистаси белгиларсиз, тана харорати ва гемограмма меъёрида булган холда кечади. Интоксикация белгилари факатгина киста йиринглаганда пайдо булади. Купгина холларда кисталар навбатдаги флюорография текшируви вақтида аникланади. Рентгенограммада тулиб колган киста юмалок, бир жинсли, аник контурли хосила курунишида булади. Юпка деворли катта хажмли кисталарда узига хос симптом аникланади – нафас олиш ва чиқаришда киста шаклининг узгариши.

Бронх ретенцион кистаси бронх йулининг тош (бронхолит) билан ёпилиб қолиши ёки бронхнинг чандикли стенози натижасида пайдо булади. Кистанинг таркиби бронх шиллиги ҳисобланади.

Рентгенологик тасвирда киста бронх дарахтининг тегишли соҳасининг узига хос кенгайган шаклида намоён булади. Киста сояси одатда бир текис, парчаланиш белгилари булмади. Бирок айрим холларда оҳакланиш соҳалари куруниб ретенцион кистани куруниши туберкулема билан ухшаб кетади. Ретенцион кистани клиник кечиши асосан белгиларсиз булади, аммо гоҳида киста атрофида яллигланиш реакцияси пайдо булиши мумкин.

Эхинококк кистаси рентгенологик тасвирда юмалок соя шаклида куруниб атрофдаги ўпка тукумасида узгаришлар ва ўпка илдизи томон «йулча» булмади. Киста ўпканинг периферик қисмларида жойлашган холларда унинг суюқ сакламаси ультратовуш текшириш орқали аникланади. КТ ёрдамида ўпкадаги патологик фокус зичлигининг турлилигига қараб китсн туберкулемадан фарқласа булади. Ўпка эхинококкозида кисталар куп холларда жигарда ҳам аникланади.

Ўпка туберкулемасини айрим холларда ўпка томирларининг ривожланиш нуксони - *ўпка ичи артериовеноз аневризмаси* билан такқослашга туғри келади, бунда қон ўпка артерияси тармоғларидан вена томирларига ҳайдалади.

Амалий машғулот №7:

Мавзу номи: Силни деструктив шакллари. Кавернали, фиброз-кавернали ва цирротик ўпка сили. Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос кечиши, асорати, оқибати.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Кавернозли ва фиброз кавернозли ўпка сили клиник кечиши, рентген кўруниши, даволаш.
	3. Цирротик ўпка сили, клиник кечиши, рентген кўруниши, даволаш.
	4. Кавернозли ва фиброз кавернозли ўпка сили, циррозли ўпка сили клиник кечиши, рентген кўруниши, даволаш. Кечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усуллари асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотни мақсади	Таълимий: Талабаларга кавернозли ва фиброз кавернозли

	ўпка сили, циррозли ўпка силитўғрисида маълумот бериш.Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга кавернозли ва фиброз кавернозли ўпка сили, циррозли ўпка сили тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш, бирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Деструктив туберкулёз беморларни текшириш усуллари тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологи картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотида кириш 35дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич	Мавзу бўйича ечилмай қолган	Эшитадилар

40дақиқа	саволлар тахлили	Фикр билдирадилар
Якуний босқич 15 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлил(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК 10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар

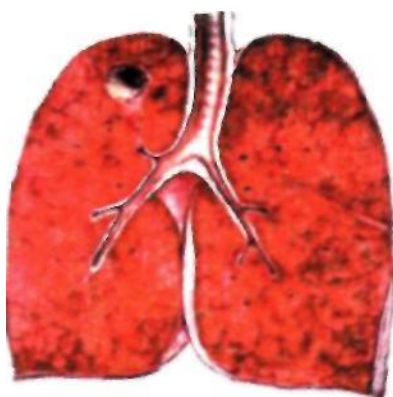
1. Ўпка кавернаси патогенези.
2. Кавернанинг морфологик тузилиши.
3. Ўпкадаги кавернанинг клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилари
4. Касалликнинг клиникаси ва оқибати учун каверна ҳосил бўлишининг аҳамияти.
5. Ўпканинг кавернали туберкулезининг клиник характеристикаси.
6. Ўпканинг кавернали туберкулезинингкечиши ва даволаш.
7. Кавернанинг битиш ва тозаланиш турлари.
8. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулезини шаклланиш сабаблари.
9. Фиброз ўзгаришларнинг морфологик белгилари.
10. Ўпканинг кавернали туберкулезини перкутор ва аускультатив белгилари.
11. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулезининг клинικο-рентгенологик характеристикаси.

12. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулези асоратлари.
13. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулезини даволаш.
14. Ўпканинг фиброз-кавернали туберкулезида қолдиқ ўзгаришлар характеристикаси.
15. Ўпканинг цирротик туберкулези патогенези ва морфологияси.
16. Ўпканинг цирротик туберкулезининг асосий клиник синдромлари.
17. Ўпканинг цирротик туберкулезининг асосий рентгенологик белгилари.
18. Ўпканинг цирротик туберкулезини кечиши ва даволаш.

Кавернозли ўпка сили.

Силнинг нисбатан раён кечишида инфильтрация ва янги ўчоқлар гоҳида тез сўрилади, лекин ўпка тўқимасининг парчаланганлигини сақланиши, чегараланиши ва кавернага айланиши мумкин.

Туберкулёз кавернаси туберкулез билан шикастланган соҳадаги шаклланган бўшлиқ бўлиб, атрофдаги ўпка тўқимасидан уч қаватли девор билан чегаралангандир.



Каверналар туберкулез бўлгандан сўнг фаоллиги сақланган жараён ўзининг одатдаги хусусиятларини ўзгартиради, янги қирраларини намоён қилади. Каверна доимий инфекция ўчоғи бўлиб, туберкулез жараёнининг авжланишига олиб келади ва натижада ўпканинг фиброз-каверноз туберкулезига трансформацияси кузатилиши мумкин. Фиброз-каверноз туберкулезнинг ривожланишини ўз вақтида адекват комплекс даволаш чора-тадбирларини ўтказиш билан тўхтатиш мумкин.

Ўпканинг кавернали туберкулези

Фиброз-кавернозли туберкулезга сурункали тўлқинсимон ривожланиб боровчи кечиш хосдир. Ўпка тўқимасининг дағал фиброзли, оғир специфик шикастланиши патологик жараёнга самарали терапевтик таъсирни чегаралайди.

Фиброз-кавернозли туберкулезнинг учта асосий клиник варианты ажратилади.

1. Чегараланган ва нисбатан барқарор;
2. Ривожланиб боровчи;
3. Асоратланган;

Ўпканинг кавернозли ва фиброз-кавернозли туберкулези билан асосан катта ёшдаги шахслар касалланади. Болаларда бирламчи туберкулезда (бирламчи туберкулез комплекси ва кукрак ичи лимфа тугунлари туберкулези) – каверналар туберкулез бўлиши кам кузатилади.

Кавернозли ва фиброз-кавернозли туберкулез биринчи мартда аниқланган туберкулез беморларининг 3% ида кузатилади (кавернозли туберкулез 0,4%дан кўп эмас).

Диспансер назоратида фаол туберкулез бўйича кузатиладиган беморлар орасида каверноз туберкулез тахминан 1,0% , фиброз-кавернали туберкулез 8-10% учрайди.

Ўпка туберкулези билан оғриган беморларнинг асосий ўлим сабабчиси бўлиб фиброз-кавернали туберкулез ҳисобланади. Туберкулездан ўлган беморларнинг 80,0%и фиброз-кавернозли туберкулез билан оғриганлигини эътироф этиш мумкин.

Патогенез ва патологик анатомия.

Ўпка тўқимасининг парчаланиши, сўнг каверналар шаклланиши ўпка туберкулезининг ҳар бир клиник шаклида кузатилиши мумкин. Кеч аниқланган туберкулезда ва нотўғри даволаш тактикаси олиб борилганда каверноз туберкулез ривожланишининг эҳтимоли ошади.

1. Казеоз –некротик массани ажралиб чиқиши, грануляцион қаватни фиброз трансформацияси ва каверналарда чандиқлар туберкулез бўлиб битиши. Бу каверналарнинг битишининг энг самарали варианты бўлиб ҳисобланади.
2. Каверналарни грануляцион тўқима ва лимфа билан тўлиши, уларнинг қисман сўрилиши, бириктирувчи тўқиманинг ўсиши кузатилади, натижада ўчоқ ёки фокус туберкулез бўлади.

3. Дренажловчи бронхдаги туберкулез яллиғланиши тўхтатилганда ва уни чандикли облитерациясида кавернадаги ҳаво сўрилади ва у бўшаб қолади. Натижада репаратив жараёнга ва каверна жойида ўчоқ ёки фокус шалланишига шароит туғилади.

4. Дренажловчи бронхларни меъёрида тузилиши ва функцияси сақланганда, каверналарнинг ички деворида аста секин эпителизация намоён бўла бошлайди. Аммо бронх ичидан ўсиб боровчи эпителий ҳар доим ҳам кавернани тўлиқ қоплай олмайди.

Атрофидаги ўпка тўқимаси эса фиброз ўзгаришга учрайди. Каверна девори деформацияланиб бўшлиқшакли нотўғри бўлиб қолади, вақт ўтган сари каверна деворининг ташқи фиброз қавати қалин ва узлуксиз бўлади. Каверна деворининг ички юзаси, нотекис бўлиб, бўшлиқда майда-майда казеоз массалари бўлган оз микдорда шиллиқ-йирингли ажралма бўлиши мумкин. Бу каби каверналар фиброз ёки эски каверна деб аталади.

Бундай шаклланиш ўпканинг каверноз туберкулезини фиброз-каверноз туберкулезига трансформациясидан далолат беради. Жараён бошида фиброз-кавернозли туберкулез нисбатан чегараланган ва яққол ривожланиш кўринишига эга бўлмайди(чегараланган ва нисбатан стабил фиброз-каверноз туберкулез).

Диагностика. Каверноз ва фиброз-каверноз туберкулез ташҳисини қўйиш қийин эмас. Бу касаллик билан оғриган беморларни анамнезида олдин ўтказган туберкулез клиникасини намоён бўлганлиги, рентген текширувида кавернани кўриш мумкин. Туберкулин диагностика натижаси беморларда нормоэргик бўлади. Фиброз-кавернозли туберкулезни асоратланган формасида туберкулинга сезгирлик пасаяди.

Балғамни бактериологик текшируви каверноз туберкулез бактериоскопияда кўп ҳолатларда манфий натижа беради. Чунки бактерия ажралиши кўп эмас. Агар каверноз туберкулез билан оғриган беморлар химиотерапия олган бўлса СМБ ни аниқлаш қийинчилик туғдиради. Қайта-қайта балғам текширувини олиб бориш керак. Оғир бўлган ҳолатларда ПЦР дан фойдаланиш зарур.

1. чегараланган фиброз каверноз туберкулезда.

2. оператив муолажанинг самараси фиброз ва каверноз туберкулезнинг тарқалган ва асоратланган кўринишида қарши кўрсатмалар туфайли кам.

3. казеоз пневмония билан асоратланган фиброз-ковакли туберкулезда, манфий анергия ҳолати кузатилади.

Тарқалиш ўчоқлари, йирик, нотўғри проекцияли шаклда контурлари аниқ бўлмаган қўшилувчан характерга эга бўлади. Каверна диагностикасида ва унинг атрофидаги ўпка тўқимасидаги ўзгаришлар ҳақида энг кўп маълумот берадиган усул КТ ҳисобланади. У кавернани топографияси ҳақида, унинг шакли, ўлчами, ҳолати, деворининг қалинлиги ва бронхоген ўчоқларнинг эски ёки янгилиги ҳақида маълумот беради.

Ўпкада битта ёки бир неча халқасимон соялар, ўпканинг жароҳатланган соҳаларида фиброзни камайгани, полиморф бронхоген ўчоқли сояларни кўриш мумкин. Халқасимон соялар диаметри ўпкани фиброз-каверноз туберкулезида турли ўлчамга эга бўлиб, диаметри 6 см гача етиб, юмалоқ шаклли бўлиши мумкин, баъзан эса нотекис ёки полициклик кўринишга эга бўлади. (Бир неча кавернанинг қўшилиши натижасида).

Кавернали туберкулезда фибробронхоскопияда бронхлардаги яллиғланишли ўзгаришлар камдан-кам аниқланади.

Фиброз-кавернали туберкулезда бронхларнинг специфик шикастланиши 10-15% беморларда аниқланади.

Одатда кавернадан инфекция тўғридан-тўғри дренажловчи бронхдан тарқалиши натижасида шу бронх шикастланади. Кўпинча носпецифик йиринли эндобронхит кузатилади. Бронх деворлари ривожланаётган фиброз натижасида сезирарли деформацияга учрайди.

Қиёсий ташҳислаш.

Кавернали ва фиброз-кавернали туберкулезни ташҳислаш жараёнида анамнез маълумотларини пухта таҳлил қилиш зарур. Чунки ўпка туберкулезининг бу шакли секин аста ривожланади. Кўпинча ўпка туберкулези кеч аниқланганда ва касалликнинг эрта

даврида самарали даволанмаганлиги сабабли кавернали ва фиброз-кавернали ўпка туберкулези шаклланиши мумкин.

Ҳаволи солитар киста ёки булла-тўлиқ клиник соғлом одамлар ўпкасида, назорат қилиш учун ўтказиладиган рентгенологик текширувда топилади. Ҳаволи кистанинг девори одатда ингичка ва текис бўлади. Атрофидаги ўпка тўқимаси ўзгармаган, ўчоқлар бўлмайди ва ўпка илдизига 'йўлакча' бўлмайди. Кисталар кўпроқ ўнг ўпканинг юқори бўлагида топилади. Чап ўпкада кисталар кўпроқ бўлади. Улар ўпканинг юқори ва пастки бўлақларида аниқланади.

Буллёз эмфизема. Рентгенограммада ингичка, девори юмалоқ, халқасимон соя бўлиб кўринади ва аниқ контурли бўлади. Халқасимон соялар нафас олганда ўзгармайди ва асосан субплеврал жойлашади. Уларнинг бўшлиғи КТ да аниқ кўринади. Авж олаётган кавернали туберкулезни йиринглаётган ўпка кистасидан ажратиш қийин. Иккала ҳолатда ҳам балғамли йўтал ва интоксикация белгилари бўлиши мумкин.

Рентгенологик текширувда халқасимон сояда горизантал суюқлик сатхи пайдо бўлиши мумин. Бронхиал секретни бактериологик текширилганда носпецифик йирингли микрофлора аниқланади. Балғамда эластик толалар бўлмайди. Йиринглаган кистада кенг таъсир доирали антибиотиклар билан даволаш одатда тез клиник самара беради.

Кавернали туберкулез ваўпка абсцесини қиёслашда анамнез маълумотлари катта аҳамиятга эга. Касалликни кучли интоксикация белгилари билан ўткир бошланиши, бир неча марта кўп миқдордаги ёқимсиз хидли, йирингли балғам ажралиши ўпка абсцесининг типик белгилари ҳисобланади.

Диагностик материалда туберкулез гранулёмалари ёки МБТ ни аниқланиши, касалликни туберкулез этиологияли эканлигини аниқлаштиради.

Кверноз, фиброз-кавернали туберкулез, абсцес, ўпка ракиннинг бўшлиқли шаклининг асосий таққослаш белгилари жадвалда келтирилган.

Квернали, фиброз-кавернали ўпка туберкулези ва ўпканинг абсцесси ва парчалаанаётган ўпка ракиннинг асосий таққослаш белгилари.

Белгилар	Кавернали туберкулез	Фиброз-кавернали туберкулез	Ўпка абсцеси	Парчалаанаётган рак
Ёш. Жинс	Кўпроқ катталар, эркаклар	Кўпроқ катталар, эркаклар	Кўпроқ катталар, эркаклар, социал ёмон таъминланган	Кўпинча 40 ёшдан катта эркаклар, чекувчилар
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган	Катталашмаган	Ўзгармаган	Метастазлашган, катталашган
Касалликни бошланиши ва кечиши	Кўпинча секин, аниқ белгиларсиз, кучайиб боровчи	Кўпинча секин кучайувчи, тўлқинсимон	Ўткир, интоксикация ва ўпка шикастланиши нинг белгилари билан	Аста-секин авж олиб боровчи, ўпка шикастланиши нинг аниқ белгилари ва интоксикация
Рентгенологик белгилар	I, II, ёки VI сегментларда ингичка деворли халқасимон соя, бронхоген ўчоқлар, катта бўлмаган	Кўпина I, II, VI, сегментларда калин деворли халқасимон соя. Дағал	Кўпинча III, VI ва X сегментларда кенг нотекис деворли халқасимон соя, кўпинча	Кўпинча III, IV, V сегментларда ғадир-будир деворли халқасимон соя, перифакал нурсимон соялар,

	махаллий пневмофиброз	перифакал пневмофиброз. Полиморф бронхоген ўчоқлар.	горизантал суюқлик сатхи, қон томир сурати кучайган.	илдизга йўл, метастазлашган регионар лимфа тугунларининг катталашиши
Бронхоскопия	Меъер. Баъзан бироз фиброз ўзгаришлар	Чегараланган катарал ёки йирингли эндобронхит, баъзан чандикли ўзгаришлар	Диффуз эндобронхит, бронх бўшлиғида йирингли секрет.	Бронхлар деформацияси баъзан лимфа тугунларига метастази окибатида бронх деворини эзилиши
Балғамни бактериологик ва микроскопик текшириш	Баъзан СМБ да эластик толалар	СМБ да Эрлих триадаси, баъзан носпецифик микрофлора	СМБ йук, носпецифик микрофлора, эластик толалар, эритроцитлар.	Эритроцитлар, баъзан носпецифик микрофлора, СМБ
Туберкулинга сезгирлик	Нормергик	Нормергик ёки кучсиз мусбат	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий

Унинг девори калин, атроф тўқимасига туберкулезикотик ўчоқлар ва бронхоген туберкулез диссеминациялари топилади. Четларида Са тузлари йиғилган бронхопулмонал лимфа тугунлари яхши кўринади (тухум пўстлоғи симптоми). Туберкулезикотуберкулезли беморларни бронхоскопия қилганда носпецифик эндобронхит белгилари ва чандикли ўзгаришлар билан бирга, кўпгина характерли пигментли доғлар ҳам топилади.

Ўпканинг цирротик туберкулези

Ўпканинг цирротик туберкулези ўпкада узок вақт давом этган жараённинг охириги босқичларида ривожланади. Цирротик туберкулезнинг узига хос хусусиятларидан бири шундаки унда туберкулезга хос яллигланиш белгиларига нисбатан ўпка ва плеврада фиброз ўзгаришлар устунлик қилади. Специфик ўзгаришларга оид инкапсуляцияланган туберкулез ўчоқлари колдик каверналар бўлади.

Кукрак кафаси лимфа тугунлари куп холларда таркибида кальцинат тутади. Цирротик туберкулезга фиброз жараёнларининг аста-секин таркалиб бориши ва ўпка-юрак етишмовилиги кучайиб бориши хос. Айрим холларда специфик жараённинг уқтин-уктин хуружи кузатилиши мумкин. Купинча туберкулез жараёнига носпецифик яллигланиш ҳам кушилиб келади.

Патогенези ва патологик анатомияси. Цирротик туберкулез туберкулез яллигланишининг тулик инволюцияга учрамаслиги натижасида ўпка ва плеврада бириктирувчи туқиманинг хаддан зиёд усиб кетиши натижасида шаклланади.

Фиброз масса ичида инкапсуляцияланган туберкулез учоғи билан колдик бушликлар, одатда санацияланган каверналар бўлади. Ўпканинг ЦС туберкулездан кийинги экссудатив плеврит ёки пневмоплевритдан сунг ҳам ривожланади. Бунда висцерал плеврадаги казеоз ўчоқдан туберкулез жараени ўпка туқимасига таркалади.

Клиник манзараси. Чегараланган ўпканинг юкори булагининг шикастланиши билан кечувчи ЦС кам холларда ривожланган симптоматика билан кечади. Беморларда бироз хансираш ва даврий равишда курук йутал бўлади. Иккиламчи носпецефик ялигланишининг кушилиши броихларнинг дренаж функцияси хисобига ёркин клиника юзага чикмаслиги мумкин.

Диагностика. Цирротик туберкулез ташхисини куйиш учун анамнестик маълумотларига туберкулез билан касалланган куп булганлигига, пневмофиброз ва ўпкадаги туберкулезга оид ўзгаришларнинг клиник рентгененологик ва функционал белгилар асосида қойилади.

ЦС билан огриган катта ёшли беморларда туберкулин ҳеч қандай муҳим диагностик натижа бермайди.

Рентгенологик текширувда ҳар хил узгаришлар топилади. Узгаришлар купича ўпканинг юқорги ва урта қисмларда топилади. ўпкада туберкулезга хос узгариш кетаётганини билдирадиган белгиларга аҳамият бериш керак.

Инфильтратив ёки чегараланган феъроз – қаверноз туберкулез инфлюцияси натижасида ривожланган бир томонлама цирротик туберкулезда рентгенограммада аниқ чегараланмаган урта айрим жойларда юқори интенсивликга эга булган сояналишлар аниқланади.

Фиброз узгаришлар ривожланган саин ўпкада қон айланиши ҳам бузулади қон айланишини қучли бузулиш даражаси ўпка юраги қилиниқасига мос келади ўпкадаги патологик жараён хуруж қилганда бактерия ажралиши цирротик туберкулез ташхисини аниқ қуйишга ёрдам беради.

Қиёсий ташхислаш типик аномнистик иалуиотлар ўпкадаги цирротик узгаришлар туберкулез этиологияли эканлигини аниқлашга ёрдам беради айрим ҳолларда ЦС носпецифк пневмония Билан асоратланади. Бундай ҳолларда пневмофеброз соҳасидаги қазийёз ўчоқнинг реактивация булганлигини аниқлаш керак бундай ҳолда балғамда туберкулез микобактерияларининг топилиши аниқ малумот беради. Цирротик узгарган ўпкада яллиғланиш сабабини фарқлаш учун қенг спектрли антибиотикларни ва туберкулезга қарши қимё препаратларини қуллаш ҳам муҳим.

Иққи тамонлама цирротик туберкулез рентгенологик жихатдан нафас оргинлари сарқойдози III босқичга уқшақ булади аномнистик малумотлар Билан бирга рентгенограммада патологик ўчоқни локализацияси туберкулинга сезгирлик хусусиятлари ҳам аҳамиятга эга.

Сарқойдозда диффуз феброз узгаришлар асосан ўпқани пастқи ва урта булақларида жойлашади, айрим ҳолларда қуқрак қафаси лемфа тугунлари қатталашқан булади туберкулинга сезгирлик қучсиз нисбат ёқи манқий булади сарқойдоз диагнози бронх шиллиқ қавати ва лемфа тугунлари гистологик текширувда сарқойд грануломалар топилса аниқ ташхис қуйилади.

Амалий машғулот №8:

Мавзу номи: Туберкулёз плеврити. Туберкулёз менингити. Клиникаси, ташхислаш, ўзига хос қечиши, асорати, оқибати.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Туберкулёз плеврити клиник қечиши, ташхис, даволаш усуллари.
	3. Туберкулёз менингити клиник қечиши, ташхис, даволаш усуллари.
	4.Туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити. Қечиши текшириш ва даволаш усуллари, текшириш усулларини асосий тамойиллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим қўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотни мақсади	Таълимий: талабаларга туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингититўғрисида маълумот бериш.Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малақасини ошириш. Талабаларга туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингититўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислаш,

	туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингитибирламчи туберкулёз турларини аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	туберкулёз плеврити ва туберкулёз менингити тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 40 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми таҳлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 45 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар таҳлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 15 дақиқа	Яқунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар

1. Туберкулез плеврити патогенези ва таснифи.
2. Фиброз (қуруқ) ва экссудатив туберкулез плевритлари.
3. Идиопатик плеврити.
4. Туберкулез плевритларининг клиник симптоматикаси.
5. Туберкулез плевритларининг рентгенологик ва цитологик аниқлаш.
6. Плевра бўшлиғи пункциясига кўрсатмалар.
7. Туберкулез менингит патогенези.
8. Туберкулез менингитининг неврологик белгилари.
9. Туберкулез менингитининг клиник белгилари.
10. Туберкулез менингитининг аниқлаш ва қиёсий ташхислаш усуллари.
11. Орқа миёна пункциясига кўрсатмалар.
12. Туберкулез плеврити ва туберкулез менингити беморларини даволаш усуллари ва кузатиш.

Плевритлар.

Плеврит - плевра варақлари яллиғланиши касаллиги бўлиб, юзасида фибрин ҳосил бўлиши билан (қуруқ, фибринозли плеврит) ёки плевра бўшлиғида турли характердаги экссудат тўпланиши (экссудатив плеврит) билан кечади.

Плевра ўпка париенхимаси, кўкс оралиғи, диафрагма ва кўкрак қафаси ички юзасини қоплаб туради. Париетал ва висцерал плевра бир қаватли ясси мезотелиал хужайралар билан

қопланган.

Этиологияси. Этиологиясига боғлиқ ҳолда плевритлар иккита катта гуруҳга ажратилган: инфекцион ва ноинфекцион (асептик). Инфекцион плевритларда яллиғланиш жараёни инфекцион омил келтириб чиқарса, ноинфекцион плевритларда патоген микроорганизмлар иштирок этмайди.

Инфекцион плевритларни қуйидаги қўзғатувчилар чакиради:

- бактериялар (пневмококк, стрептококк, стафилококк, гемофил таёқча, клбсиелла, кўк йиринг таёқчаси, қорин тифи таёқчаси, бруцелла ва б.);
- туберкулёз микобактерияси;
- риккетсиялар;
- содда жониворлар (амёба);
- паразитлар (эхинококк ва б.);
- вируслар;

Плевритлар таснифи

Этиология	1.Инфекцион 2.Ноинфекцион	Плевритнинг кечиши	1. Ўткир 2. Ўткир ости 3. Сурункали
Патологик жараён характери	1. Курук (фибриноз) 2. Экссудатив		
Экссудатив плевритда суюқлик характери	1. Сероз 2. Сероз-фибриноз 3. Йирингли 4. Чириган 5. Геморрагик 6. Эозинофилли 7. Холестеринли 8. Хилёз 9. Аралаш	Плевритнинг локализацияси	1. Диффуз 2. Халтали (чегараланган) 2.1 Апикал 2.2 Паракостал 2.3 Костодиафрагмал 2.4 Базал 2.5 Парамедиастинал 2.6 Интерлобар

Кейинчалик таснифда патологик жараённинг характери, клиник кўринишлари, лаборатор маълумотлари, инструментал текширишлар, кечиши, дифференциал диагнозлари кўриб чиқилади.

Туберкулёз плеврити. Плеврит ташхиси клиник ва рентгенологик белгиларга кўра қўйилади. Плеврит характери- диагностик материал текшируви, плевра бўшлиғи пункцияси ёки плеврани биопсияси натижаларига кўра қўйилади.

Локализациясига кўра эса қуйидаги турлари фарқланади:

1. Қовурға- диафрагмал;
2. Диафрагмал;
3. Қовурға;
4. Бўлаклараро;
5. Парамедиастинал;
6. Апикал;

Кўпинча ажралма плевра бўшлиғида эркин жойлашган бўлиши мумкин. Баъзан эса халтали шаклида чегараланган бўлади.

Курук (фибриноз) плеврит- плеврани чегараланган яллиғланиш соҳасига фибринларни чўкиши билан намоён бўлади. Асосий клиник белгилари кўкракда оғриқ, курук йўтал, умумий ҳолатни бузилиши ва субфебрил тана ҳарорати билан характерланади. Оғриқ локализацияси шикастланган соҳага боғлиқ. Чуқур нафас олганда, йўталганда, қовурғалар оралиғи босилганда оғриқ кучаяди.

Экссудатив (сероз) плеврит. Туберкулёз этиологияли плевритлар ичида кенг тарқалгани сероз плевритдир. Касаллик аста - секин умумий ҳолсизлик, чарчаш, кўкракда даврий оғриқлар, субфебрил тана ҳарорати, баъзида йўтал билан бошланади. Кейинчалик тана

ҳарорати ошиб боради, ҳансираш пайдо бўлади. Экссудат миқдори ортиб бориши ўпка коллапси ва кўкс оралиғи босими ошишига олиб келади.

Нисбатан кам ҳолларда плеврит тўлиқ соғлом ҳолатда қалтираш, юқори иситма, кўкракда оғриқ, қуруқ йўтал билан бошланади.

Туберкулёз этиологияли ўткир сероз плеврит кечиши 3 та фазага бўлинади:

1) экссудация босқичи;

2) жараёни стабиллашиши;

3) ажралмани сўрилиши;

Стабиллашиш ва экссудатни сўрилиш фазасида касаллик белгилари пасаяди, тана ҳарорати пасаяди, оғриқ ва ҳансирашлар камаяди. Объектив патологик симптомлар секин- аста йўқолиб боради, фақат плевра ишқаланиш шовқини сақланиши мумкин.

Йирингли туберкулёз плеврити (пиоторакс, плевра эмпиемаси). Йирингли плеврит плевра оралиғи ёриқларида йирингли экссудат йиғилиши билан характерланади. Туберкулёздан фарқ қилиб, туберкулёз билан оғриган беморларда йирингли плеврит сабаби турли йирингли ва инфекцион касалликларда йирингли инфекцияни лимфогематоген йўл билан тарқалиши мумкин. Туберкулёз бўлмаган эмпиема бу ҳолатда то даволангунча ўзини характерини йўқотмаслиги мумкин ёки туберкулёз жараёни хуружи натижасида аралаш шаклга тез ўтиб кетиши мумкин.

Йирингли экссудат ҳосил бўлиши билан боровчи плеврани туберкулёзли яллиғланиши кўпинча плевра бўшлиғига кавернани ёрилиши ёки сероз ва геморрагик плевритни оғир прогрессланишидан ривожланади.

Туберкулёз эмпиемаси сурункали тарзда кечиши мумкин. Бу ҳолатда бемор аҳволи оғирлашади, тана ҳарорати ошади, қалтирашлар кузатилади, ички терлашлар, ҳансираш, озиш кучаяди.

Объектив текширувлар. Қуруқ плевритга хос қатор белгилар аниқланади. Бемор шикастланган соҳасини асрайди ва соғ томони билан ётади. Айрим беморлар касал томони билан ётишида енгиллик сезади ва оғриқ камаяди, бу кўкрак қафасини иммобилизация бўлиши ва париетал плеврани таъсирланишини камайиши билан боғлиқдир.

Апикал плеврит. Ўпка учи плевритида яллиғланиш жараёни ўпка чўққисини қоплаган плеврал варағида жойлашади. Апикал плеврит ўпка туберкулёзи учун характерли бўлиб, уни клиник ўзига хослиги қуйидагилардан иборат:

Парамедиастинал плеврит. Парамедиастинал плевритда яллиғланиш ўчоғи перикард олдинги ён соҳасида жойлашган бўлади. Бу ҳолатда оғриқ юрак соҳасида жойлашган бўлиб, перикардиал соҳа пальпациясида кучаяди ва плевроперикардиал ишқаланиш шовқини эшитилади.

Деворий (қовурға) плеврит. Деворий плеврит фибриноз плевритнинг анча кенг тарқалган шаклидир. Қуруқ плевритни бу вариантда асосий белги кўкрак қафасида оғриқ (фибриноз чўкма проекциясида), нафас чиқариш ва йўталганда оғриқни кучайиши ва типик плевра ишқаланиши шовқини эшитилишидир.

Лаборатор маълумотлар.

1. Умумий қон таҳлили- ЭЧТ ошган бўлиши мумкин, лейкоцитоз, лейкоцитар формулани чапга силжиши.

2. Умумий сийдик таҳлили- Патологик ўзгаришларсиз.

3. Қоннинг биокимёвий таҳлили- серомукоид, фибрин, сиал кислотаси, алфа- 2 глобулинлар миқдори ошиши мумкин.

Инструментал текширувлар.

Ўпкани рентгенологик текшируви. Фибриноз плевритда шикастланган соҳа диафрагмал гумбази билан кўтарилиши, чуқур нафасда оқада қолиш, ўпка пастки қисми ҳаракатчанлиги чегараланганлиги ва ўпка майдонини бироз хиралашиши кузатилади. Кўринарли йирик фибрин чўкмалари бўлган ҳолларда ўпканинг ташқи қиррасида ноаниқ, ажралмаган соялар аниқланиши мумкин (айрим ҳолларда учровчи белги).

УЗИ. Ультратовуш ёрдамида париетал ёки висцерал плеврадаги фибрин чўкмалари интенсивлиги аниқланади. Уларнинг эхогенлиги ошган, нотекис, тўлқинсимон контурда, бир

қисми структура кўринишида бўлади.

Кечиши. Қуруқ плеврит кечиши ижобийдир. Касаллик 1 - 3 ҳафта атрофида давом этиб соғайиш билан яқунланади. Узоқ вақт давомида рецидивланиб кечиши туберкулёз этиологияли плевритга хос белгидир.

Фибриноз плеврит ва қовурғалараро невралгия дифференциал диагностикаси

Белгилар	Қуруқ плеврит	Қовурғалараро невралгия
Кўкрак қафаси оғриқ ривожланиши шароит-лари	Оғриқ нафас ва йўтал билан боғлиқ	Оғриқ ҳаракат билан боғлиқ, тана букилиши, ҳаддан ортиқ физик юкламалар пайтида ривожланади
Оғриқни танани букиш билан боғлиқлиги	Оғриқ танани соғ томонига букилганда кучаяди (яллиғланган плевра чўзилиши ҳисобига)	Оғриқ танани касал томонга букилганда кучаяди
Қовурғалараро пальпация	Плевра ишқаланиш шов-кини кам ривожланган оғриқ	Ўткир интенсив оғриқ, асосан кўкрак қафаси юзасига яқин жойлашган қовурғалараро нерв толалари соҳасида; Умуртқа поғонаси, ўрта кўлтиқ ости чизиғи ва тўш соҳасида ҳам оғриқ
Плевра ишқаланиш шовқини	Плеврал варақларда фибрин чўкмалари ривожланган соҳада эшитилади	Эшитилмайди
ЭЧТ ошиши	Кўпинча учрайди	Характерли эмас
Тана ҳарорати ошиши	Кўпинча учрайди	Характерли эмас

Экссудатив плеврит

Клиник кўриниши. Экссудатив плеврит-плевра варақлари ва унинг ёнида жойлашган аъзолар яллиғланиши натижасида плевра бўшлиғига суюқлик йиғилишидир. Суюқлик характериға кўра экссудатив плевритлар сероз-фибриноз, йирингли, геморрагик, эозинофилли, холестеринли, хилёз, чириган бўлади. Бундай плевритларнинг сабаби кўпинча туберкулёз, шунингдек пневмония (пара- ёки метапневмоник экссудатив плеврит) бўлади.

Бу ҳолдаги экссудатив плеврит ўткир бошланади: тана ҳарорати 39-40 даражагача кўтарилади(баъзан қалтираш билан), ён томонда ўткир санчувчи оғриқлар (нафас олишда кучаяди), ҳансирашлар (плевра бўшлиғига экссудатнинг тез йиғилиши ҳисобига), интоксикацияни кучайган симптомлари-бош оғриғи, кўп терлаш, анорексия бўлади. Экссудатив плеврит билан оғриган беморларни кўздан кечирганда қуйидаги белгилар аниқланади:

- Мажбурий ҳолат-бемор касал томони билан ётган ҳолатда бўлади. Шу ҳолатда кўкс оралиғини соғ томонга силжиши чегараланган бўлиб, соғ томондаги ўпкани нафас олиш актида фаол қатнашуви кузатилади. Жуда кўп плевра бўшлиғида ажралмалар бўлган ҳолатда беморлар ярим ётоқ ҳолатини эгаллайди;
- Цианоз ва бўйин веналарининг бўртиши (плевра бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик бўлганида бўйин веналари орқали қон оқими қийинлашади);
- Ҳансираш (нафас тезлашган ва юзаки);
- Зарарланган томонда кўкрак қафаси ҳажми ортган, қовурғалараро оралиқ бўртган;
- Шикастланган томонда кўкрак қафасининг экскурсияси чегараланган;
- Соғлом томонга нисбатан зарарланган томон териси оқарган ва қисман семирган бўлади (Винтрих симптоми);

Бу учбурчак гипотенузаси Соколов-Эллис-Дамуазо чизиғида жойлашади. Битта катети умуртқа поғонасида, иккинчиси соғлом ўпканинг пастки чегарасига тўғри келади. Бу учбурчак соҳасида перкутор товушнинг бўғиқлашиши кўкрак аортасининг соғлом томонга

силжишидан юзага келади. Касал томондаги Горлянд тўғри бурчакли учбурчаги соҳаси устида аниқ ўпка товуши аниқланади.

Бу учбурчак гипотенузаси Соколов-Эллис-Дамуазо чизигининг умуртка поғонаси қисмидан ташкил топади. Битта катети умуртка поғонасига, иккинчи катети Соколов-Эллис-Дамуазо чизигининг тепасига бирикади. Тимпаник товуш соҳаси Шкода зонаси дейилади. У экссудатнинг юқори чегарасидан 4-5 см юқорида жойлашади. Бу зона биров босилганда алвеола ичидаги ҳаво чиқиб девори бўшаши. Эластиклиги камаёди ва перкуссия қилганда алвеола ичига қайтадан ҳаво кириб тимпаник товуш эшитилади.

Чап томонлама экссудатив плевритда Траубе бўшлиғи йўқолади (кўкрак кафаси чап томони пастки бўлимидаги тимпаник соҳа, ошқозон тубидаги ҳавога асосланган бўшлиқ), юракнинг соғлом томонга силжиши кузатилади. Ўнг томонлама экссудатив плевритда кўкс оралиғи чапга силжийди.

Лаборатор маълумотлар.

1. Умумий қон таҳлили

Лейкоцитар формула чапга силжиши билан боровчи нейтрофилл лейкоцитоз, лейкоцитлар токсин донаторлиги ва ЭЧТ ошиши. Кўчилик беморларда нормохром ёки гипохром типда ривожланган анемия бўлиши мумкин.

2. Умумий сийдик таҳлили.

Кўпчилик беморларда касаллик авж олиш даврида қисман протеинурия (1 дан кам). Якка янги эритроцитлар, буйрак эпителийси хужайралари аниқланади.

3. Қоннинг биокимёвий таҳлили.

Кўпинча ривожланган диспротеинемия (альбуминлар миқдори пасайиши, альфа 1 ва альфа 2 глобулинлар миқдори ортиши) ва "биокимёвий яллиғланиш синдроми" (сиал кислота, серомукоид, фибрин, гаптоглобулин, С реактив оксиллар ошади) аниқланади. Кўпчилик ҳолларда қисман гипербилирубинемия, аланин ва аспаргин аминотрансфераза ва лактатдегидрогеназа миқдори ошади.

Ўпкани рентгенологик текшириш. Плевра бўшлиғида суюқлик борлигини аниқлашда ўпкани рентгенологик текшируви асосий ўринни эгаллайди. Фақат рентгенологик усулда суюқликборлигини аниқлаш учун плеврада суюқлик миқдори 300-400 мл дан кам бўлмаслиги керак.

Кўпинча плевра бўшлиғида суюқлик қийшиқ юқорига кўтариловчи, интенсив, гомоген соя, ичкарига қараб пасайган чегара ва кўкс оралиғини соғ томонга силжиши кўринади. Кўп суюқлик бўлган ҳолларда соя ўпка майдонини анча қисмини эгаллайди (2/3 ва бутун ўпкани).

УЗИ. УЗИ орқали плевра бўшлиғидаги суюқликни аниқлаш анча осон. Текшириш фақат бемор ётган ҳолатда эмас, балки ўтирган, тик турган ҳолатда ҳам ўтказилади. Кўкрак кафасини бўйлама текисликда сканирлаш, қўлтиқ ости, паравертебрал, тўш атрофи чизикларида олиб борилади.

Плеврада суюқлик тўпланган жойда, коворғалараро ораликка қўйилган датчик узунасига нурни тарқатиб, керакли жой кўндаланг тасвири сканирланади. В.И.Репик (1997) текширишни бемор тик турган ҳолатда, кўкрак кафасини базал қисмидан бошлашни тавсия қилган. Тик турган ҳолда суюқликни оғирлик кучи ҳисобига диафрагма орқа ён бўлими ва ўпка орасидаги бўшлиқ очилади.

Плеврал суюқликни текшириш. Плеврал пункция аҳамиятга эга усул бўлиб, у фақат суюқлик борлигини билдирибгина қолмасдан, балки дифференциал диагностикада ҳам муҳим ўрин тутаяди. Экссудатив плеврит билан оғирган беморларда плеврал пункция ўтказиш муҳим муолажа ҳисобланади. Олинган суюқликни физик, кимёвий хоссалари ўрганилади ва цитологик, биокимёвий, бактериологик текширишлар ва дифференциал диагностика ўтказилади.

Торакоскопия. Бу усул ўпка ва париетал плеврадан суюқлик эвакуация бўлганидан сўнг ўтказилади. Усулнинг диагностик аҳамиятли томони плеврада яллиғланиш жараёни бор ёки йўқлигини аниқлаш, кейин эса уларни шикастланиши специфик ёки носпецифик характерда эканлигини билишдан иборат.

Кечиши.

Экссудатив плевритнинг кечиши уч фазага бўлинади:

- Экссудация;
- Турғунлашиш (стабилизация);
- Резорбция;

Туберкулёз плеврити. Экссудатив плевритда энг асосий сабаб туберкулёз ҳисобланади. Кўпинча туберкулёз плеврити ўпка туберкулёзининг қайсидир туридан (тарқалган, ўчоқли, инфилтратив), бронхоаденит ёки бирламчи туберкулёз комплексидан ривожланади. Туберкулёз плевритининг учта асосий варианты бор:

1. Аллергик
2. Перифокал
3. Плевра туберкулёзи

Аллергик плеврит гиперергик характерлидир. Улар учун қуйидаги клиник белгилар хос:

- Кўкрак қафасида оғриқни ўткир бошланиши; тана ҳароратини юқори бўлиши, экссудатни тез тўпланиши, ривожланган экссудат;
- Тез мусбат динамика (экссудат бир ой давомида сўрилади);
- Туберкулинга сезгирлик юқори бўлганлиги учун туберкулин синамаси мусбат бўлади;
- Периферик қонда эозинофилия ва ЭЧТни сезиларли ошиши;
- Экссудат серозли бўлиб (бошланғич даврида сероз - геморрагик бўлади), кўп миқдорда лимфоцитлар ва эозинофиллар тутади;

Перифокал плеврит - ўпка туберкулёзи (ўчоқли, инфилтратив, каверноз) ҳисобига плевра вараклари яллиғланишидир. Ўпка туберкулёзи ўчоғи субплеврал соҳада жойлашган бўлса, перифокал плеврит ривожланиши тез бўлади. Перифокал плеврит хусусиятлари қуйидагилар:

- экссудатив плевритни кўпинча рецидивланиши ва узок давом этиши;
- резорбция фазасида кўп миқдорда плеврал чандиқлар ривожланиши;
- сероз характердаги экссудат кўп миқдорда лимфоцитлар ва юқори титрда лизоцим тутади;
- экссудатда микобактерия аниқланмайди;
- плеврал пункция ва экссудат эвакуациясидан сўнг рентгенологик текшириш ўтказилса ўпкани туберкулёз билан яллиғланиши қайсидир бири (ўчоқли, инфилтратив, каверноз) тури аниқланади;
- туберкулин синамага юқори сезгирлик;

Текшириш дастури:

- 1) Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили;
- 2) Қоннинг биокимёвий таҳлили: умумий оқсил миқдори, оқсил фракцияси, билирубин, аминотрансферазалар, холестерин, глюкоза, лактатдегидрогеназа, серомукоид, гаптоглобин, фибрин, сиал кислотаси, ЛЕхужайралари, ревматоид омил аниқланади;
- 3) Ўпкани рентгенография ва компьютер томография қилиш;
- 4) Юракни УЗД қилиш;
- 5) ЭКГ;
- 6) Плеврал пункция ва плеврал суюқликни текшириш: физик, клиник хусусиятларини баҳолаш (оқсил, ЛДГ, лизоцим, глюкозани аниқлаш), цитологик ва бактериологик текшириш.
- 7) Фтизиатр консултацияси;

Плевритларни даволаш.

Плевритларни даволашда қуйидаги муолажалар бажарилади:

Этиологик даволаш:

Асосий касалликни даволаш, плевритларни симптоматикасини сусайтириши мумкин. Плевритларни этиологик шакллари:

а) Инфекцион этиологияли плевритлар. Бу плевритлар бактериал қўзғатувчилар (пневмококк, стафилококк, стрептококк, Грамм - флора ва бошқалар), вируслар, риккетсиялар, микоплазма, замбуруғлар, содда жониворлар (амёбияз), паразитлар (эхинококкоз), туберкулёз, сифилис, қорин тифи қўзғатувчилари чақиради. Плевритга энг кўп сабаб бўлувчи касалликлар турли хил қўзғатувчили пневмониялар ва туберкулёздир.

б) Ноинфекцион этиологияли плевритлар. Уларни қуйилагилар чақиради:

- Ўсмалар;
- Бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари;
- Травмалар ва операцион муолажалар;
- Ўпка артерияси тромбоэмболияси ва ўпка инфаркти;

Бошқа сабаблар (панкреатит, СБЕ ва бошқалар);

Экссудатни эвакуацияси. Экссудатни плеврал пункция орқали эвакуация қилишда иккита мақсад бор: биринчидан эмпиема ривожланишининг олдини олиш, иккинчидан эзилиб қолган ҳаётий муҳим аъзолар фаолиятини тиклаш.

Катта экссудатларда, ҳансираш, юракнинг бўғиқлик чегарасини ўнгдан иккинчи қовурғача силжишини даволашда ҳам плеврал пункция қилинади. Бир вақтда суюқликни 1,5 литрдан кўп бўлмаган миқдорда олиш керак.

Организм умумий реактивлигини ошириш ва иммуномодуляцияловчи терапия. Иммуномодуляцияловчи терапия умумий ва маҳаллий иммунитет ишини нормаллаштиради. Бу терапияни дастлабки иммун статус, фагоцитоз, маҳаллий бронхопуймонал ҳимоя ҳолатини ўргангандан кейин бошлаш мақсадга мувофиқдир.

Декарис (левамизол) - Т супрессор ва Т хелперлар функциясини, табиий киллерлар фаоллиги ва фагоцитозни кучайтиради. 100 - 150 мг кунига, 2 - 3 кун давомида буюрилади, 4 кун танаффус қилинади. Даволаш курси 8 - 12 цикл. Левомизол билан даволашда лейкопения ва агранулоцитоз ривожланиши мумкин.

Т - активин - тимус препарати бўлиб, Т - лимфоцитлар функциясини, фагоцитоз, интерферон продукцияси, Т - киллерлар функциясини стимуллади. 100 мкг дан кунига 1 маҳал тери остига, 3 - 4 кун давомида буюрилади.

Тимолин - тимус препарати бўлиб, таркиби Т - активиндан иборат. 10 - 20 мг вена ичига, 5 - 7 кун давомида юборилади.

Туберкулез менингити

Туберкулез менингити – миянинг юмшоқ пардасининг яллиғланиши силнинг иккиламчи асоратларидан бўлиб ҳисобланади кўпинча (90-95%) туберкулёз менингити

Ўпкасида ёки бошқа аъзоларида фаол кўринишдаги туберкулёз мавжуд бўлганда пайдо бўлади. Аммо охириги пайтларда туберкулёз менингити бошқа аъзоларда туберкулёз жараёни бўлмаганда ҳам кўп учрамоқда.

Касалликнинг продромал даврида холсизланиш, тез чарчаш, иштаханинг йўқолиши, тасирчанлик, атроф муҳутга бефарқлик, кўп ухлаш, йиғлоқилик, ёруғликдан ёки шовқиндан кучайувчи ўқтин-ўқтин бош оғриши, тана хароратининг субфебрел даражагача кўтарилиши, сабабсиз қусиш, ич тутилиши каби белгилар пайдо бўлади. касалликнинг бошида брадикардия кузатилади. Бу давр бир тўрт ҳафта давом этади ва камдан-кам ташхисни тўғри қўйилади.

Марказий нерв системасининг тасирчанлик даврида (8-14 кунлари) продромал давридаги белгилар кучаяди. Беморнинг тана харорати 38-39 °С гача ва ундан ҳам юқорига кўтарилади, бош оғриғи кучайиб доимий бўлиб қолади ва кўпинча пешона ҳамда энса қисмида сезилади. Қусуш бошланади, иштаханинг пасайиши уни бутунлай йўқолишига олиб келади, умумий холсизлик ва ухлаш кўпаяди, онг пасаяди, ич юриши тўхтади, аммо қоринда шиш бўлмайди.

Ёруғликдан кўрқиш, шовқин-суронни ёқтирмаслик пайдо бўлади. беморни текширилганда тери сезгирлигининг ошганлигини, брадикардия тахикардияга алмашганини, артериал босим ошганини, турғун холда қизил дермографизмни ва юзда, кўкракда ўз ўзидан пайдо бўлиб йўқолувчи қизил доғларни (Турессо доғлари) кузатилади.

Касалликнинг биринчи ҳафтаси охирида жуда яққол бўлмаган менингиал белгилар – энса мушакларининг регидлиги, Кернинг ва Брудзинский белгилари пайдо бўлади. Касалликнинг иккинчи ҳафтаси ўрталарига бориб менингиал белгилар яққол аниқланади. Қорин мушаклари таранглашиб, қорин қайиқсимон кўринишга эга бўлиб қолади, бемор “сапчишга тайёр ит” ёки “босишга тайёр милтиқ тепкиси” кўринишидаги ҳолатда ётади.

Туберкулёз менингити кечишини иккинчи даврида бош мия нервларининг жараохатланиши белгилари пайдо бўлади. кўпинча кўзни ҳаракатлантирувчи (III) ва узоқлаштирувчи (VI) нервлар жароҳатланади. III жуфт нерв жароҳатланганида бир кўзни юмилиб қолишини (питоз), кўз қорачиғининг торайиб ёки кенгайиб кетишини (анизокария), ғилайликни аниқлаш мумкин.

Узоқлаштирувчи (VI) нерв жароҳатланганда кўзни ичкарига ғилайлиги юз беради. Кўз тубини текширилса қон талаш, кейинчалик кўрув нервининг (II) неврити аниқланади. Бунда бемор нарсаларни аниқ кўрмаётганини кўз олди хиралашаётганини “қоронғулик” борлигини айтади, оғир ҳолларда бемор бутунлай кўрмай қолиши мумкин. Уч шохли (V) невр камдан-кам жароҳатланади. Кўпинча юз нерви (VII) жароҳатланади.

Туберкулёз менингитини аниқлашда орқа мия канали пункция қилиниб, орқа мия суюқлигини олиб текшириш катта аҳамиятга эга. Орқа мия суюқлигини умуртқа поғанасининг бео қисмига (III- IV бел умуртқалари оралиғи орқали) махсус игна ёрдамида пункция қилиниб олинади. Лумбал пункция қилишни 1890 йилда Квинке томонидан аниқлаган.

Баъзан эса энса суяги остига (субоксипитал) пункция қилинади. Туберкулёз менингитини биринчи давридаёқ орқа мия суюқлигида ўзгаришлар аниқланади. Орқа мия суюқлиги туберкулёз менингитида тиниқ, рангсиз бўлиб юқори босим остида ёки тез томчилар кўринишида оқиб чиқади.

Орқа мия босими сув устунинг 300-500 мм.гача етади (мъёрда 50-150мм.гача). орқа мия суюқлигида оксил 0.8-1.5 г/л ва ундан ҳам кўп бўлиши мумкин (0.15-0.33 г/л), оксилнинг кўпайиши асосан глобулинлар ҳисобига бўлади. буни Панди ва Нонне-Апелъд реакциялари тасдиқлайди.

Икки уч томчи орқа мия суюқлигига 7.5%ли янги таёрланган карбол кислотаси (1:15) кўшилади (Панди реакцияси), орқа мия суюқлигига тўйинган аммоний сульфат кислотаси (1:1) кўшилади (Нонне-Апелъд реакцияси), бунда лойқаланиш пайдо бўлади. Орқа мия суюқлигида хужайралар сони $0.1-0.3 \cdot 10^6$ /л ва ундан ҳам кўпайиб кетгани (мъёрда $0.005 \cdot 10^6$ /л) аниқланади. Касалликнинг бошланиш даврида хужайралар бир хил миқдордаги нейтрофил ва лимфоцитлардан иборат бўлса, кейинчалик лимфоцитлар миқдори кўпаяди.

Туберкулёз менингитига пробиркада 12-24 соат мобайнида оксил ҳисобига фибриноз парданинг пайдо бўлиши жуда хос ҳисобланади. Суюқликдаги қанд миқдори ва хлоридлар миқдори камайиб кетади (мъёрда 22-29ммоль/л, 120-130ммоль/л). Орқа мия суюқлигида туберкулёз таёқчалари мавжудлигини микробиологик экиш усулини қўллаб текшириш зарур. Илгари 40-80% туберкулёз менингитига дучор бўлган беморларнинг орқа мия суюқлигида туберкулёз таёқчалари аниқланар эди, ҳозирги вақтда эса бу 10-20%ни ташкил этмоқда.

Беморда менигоэнцефалит ўлганда орқа мия суюқлигидаги хужайралар кўпаймаган ҳолда ($0.07-0.1 \cdot 10^6$ /л) лимфоцитар характерга эга бўлади ва оксил миқдори ҳаддан ташқари кўпайиб кетади (4-5 г/л), қанд ва хлоридлар миқдори жуда ҳам камайиб кетади.

Туберкулёз менингитининг спинал формасида орқа мия суюқлигининг ранги ксантахромия – сариқ ёки сарғимтир ранглилиги кузатилади. Бу орқа миянинг юмшоқ ва тўр пардаларининг ёпишиб кетиши ва суюқликнинг туриб қолиши натижаси ҳисобланади ва орқа мия каналидаги босим унчалик юқори бўлмагани учун суюқлик оқиб чиқади.

Умуртқа поғанасининг бел қисмида қилинган пункцияда олинган суюқлик сарғимтир бўлса ва унда оксил моддаси ҳаддан ташқари кўп бўлса, энса суяги остидан қилинган пункцияси ёрдамида олинган суюқлик рангсиз бўлади ва оксил моддалари кам бўлади. хужайралар миқдори унчалик кўп бўлмайди ($0.06-0.08 \cdot 10^6$ /л). Суюқликдаги қанд ва хлоридлар миқдори камайиб кетади.

Касалликнинг бошланғич сурункали даврида лейкоцитлар миқдори $10-20 \cdot 10^9$ /л гача кўпайиб кетади, лимфоцитлар камаяди, моноцитлар, таёқча ядроли нейтрофиллар ҳам кўпаяди, ЭЧТ ошади, туберкулинга бўлган реакция касалликнинг бошланғич даврида пасайган бўлиб, кейинчалик манфий (анергия) бўлиб қолади.

Туберкулёз менингитини аниқлашда кўз остини текшириш маълум аҳамиятга эга, бунда кўз ости қон томирлари қобиғида туберкулёз бўртмалари аниқланади, кўрув нерви дискида

қонतालашнинг мавжудлиги, мия тўқималари орасида суюқлик борлигини тасдиқлайди, баъзан кўриш нервнинг неврити кузатилади.

Туберкулёз менингитини пневмония, дизентерия каби ҳар хил ўткир касалликларда мия пардасининг тасирчанлиги натижасида пайдо бўлувчи менингизимдан фарқлашга тўғри келади, бунда мия пардасининг тасирчанлиги натижасида, унда тезда ўтиб кетувчи шиш (эдима) – мия тўқималари орасига оқсил, электролит ва сувнинг ортиқча тўпланиши юз беради.

Бунда бемор бош оғришига шикоят қилади, қусуш ва менингиал белгилар кузатилади. Лумбал пункцияда орқа мия суюқлиги катта босим билан чиқади, аммо унинг хоссалари ўзгармайди. Беморнинг ахволи тезда яхшиланиб менингизим ҳолати йўқолади, бундай ҳолатда менингитни фақат пункциядан сўнг мустасно қилинади.

Амалий машғулот №9:

Мавзу номи: Силга қарши муассасалар. Силга қарши диспансер таркиби ва вазифалари. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари.
	3. Туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари.
	4.Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотини мақсади	Таълимий:талабаларга силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усулларитўғрисида маълумот бериш.Текшириш усулларини йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усулларитўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича

	билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш
Ўқув машғулотига кириш 35дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми тахлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Ўйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлил(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омиллари ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

-Хавфли омиллари ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.*Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:*
 - Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
 - Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
 - Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
 - ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар

1. Туберкулёзга қарши диспансернинг тузилиши.
2. Туберкулёзга қарши диспансернинг асосий вазифалари.
3. Туберкулёз билан касалланган беморларни амбулатор назорат гуруҳларини санаб беринг.
4. СКД гуруҳига мос беморларга асосланиб касалликнинг асосий кўрсаткичларини айтинг.
5. Беморларни бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш асосларини айтинг.
6. Туберкулёз жараёни фаоллигининг аниқловчи усулларни айтинг.
7. Туберкулёзга қарши курашишда СЭС вазифаларини айтинг.
8. Ўчоқ тоифалари ва 3 тоифага бўлиниш тамойилларини айтинг.
9. Турли тоифадаги ўчоқларда эпидемияга қарши чораларни аниқланг.
10. Турли тоифадаги ўчоқларга фтизиатр қанча муддатда боради?
11. Мулоқотда бўлганларга нисбатан қандай чоралар ўтказилади?
12. СКДда қандай профилактика усуллари ўтказилади?
13. Санитар профилактика усулларини айтинг.
14. БЦЖ вакцинасига кўрсатмаларни аниқланг.
15. Қайси гуруҳдаги шахсларда химиопрофилактика ўтказилади?

Туберкулёзга қарши ишларни ташкиллаштириш

Туберкулёз ижтимоий қарам касаллик бўлгани учун туберкулёз билан курашиш давлат аҳамиятига молик иш ҳисобланади. Туберкулёз билан курашиш Федерал қонунлар, ҳукумат қарорлари, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги буюруқлари билан тартибга солинган.

Туберкулёзга қарши чора-тадбирларни бошқаришни ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ва жойлардаги соғлиқни сақлаш бошқармалари томонидан амалга оширилади. ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлигида, вилоятларда, шаҳарларда, туманларда ҳамда бир қанча бошқармаларда фтизиатрия бўйича бош мутахассис (бош фтизиатр) бор.

Туберкулёзни тарқалиш профилактикасига касалларни аниқлаш, уларни даволанишини ва реабилитациясини назорат қилиш, тиббиёт ходимларини билим даражасини ошириш ва кўпгина бошқармаларда, хизмат жойларида, ташкилотларда ва жамоатчилик жойларида аҳолини кенг қамровли қатнаштириш керак.

Умумий даволаш-профилактика тармоқларини ўрни

Барча даволаш-профилактика муассасалари – поликлиникалар, шифохоналар, тиббий-санитар бўлимлар ва тиббий хизматни бошқа бўлимларини зарурий вазифаси аҳоли ўртасидан туберкулёз касалларини ўз вақтида аниқлашдир.

Умумий даволаш тармоқларида туберкулёзни аниқлашни ташкиллаштиришда қуйидагиларга катта эътибор бериш керак:

- Туберкулёзга бирламчи текшириш барча диагностик ва даволаш-профилактик муассасаларда ўтказилиши шарт.
- 3 ҳафтадан ортиқ давом этаётган балғамли йўталаётган кишиларнинг ҳаммасини балғамини кислотага тургин микобактерияга (КТМ) барча лаборатор текшириш компонентлари билан микроскопик текшириш керак.
- Туберкулёзга тахмин бўлганда ёки туберкулёз топилганда беморга махсус муассаса – туберкулёзга қарши диспансерга йўлланма бериш керак.

Туберкулёзни эрта аниқлаш ва уни профилактика қилиш мақсадида поликлиникадаги туберкулёз билан касалланиши юқори бўлган беморлар контингентини қуйидаги гуруҳларга ажратилади:

- 1) ўткир респиратор касаллиги қайталанган беморлар, зотилжамни қайталаниши ёки атипик кечиши, ўпканинг сурункали носпецифик яллиғланиш касалликлари. Бу беморларнинг ўпкасида туберкулёздан кейинги ўзгаришларга хос ўзгаришлар бўлмаса бу беморларни балғамини ёки бронх ювундисини ТМБ сига ҳамда йилга бир марта рентгенологик текшириш ўтказиш керак. Ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгариши ёки туберкулинга гиперергик сезгирлиги бор беморларни йилига икки марта рентгенологик текшириш ва балғамини таҳлил қилиб туриш, ҳамда беморлар туберкулёзга қарши диспансерда маслаҳат олиб туришлари керак;
- 2) плеврит ўтказган кишилар. Уларни туберкулёзга қайта текшириш ва туберкулёзга қарши диспансерга йўлланма бериш керак;
- 3) ўпканинг чангли касб касалликларига чалинганлар, ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгаришлар бўлиш бўлмаслигидан қаттиқ назар йилига икки марта туберкулёзга текширилиб туришлари шарт. Йилига бир марта фтизиатр кўригидан ўтиши керак;
- 4) ошқазон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўйича операция бўлган беморлар. Ўпкасида туберкулёздан кейинги ўзгаришлар бўлмаган тақдирда бу беморлар йилига бир марта туберкулёзга текширилиб турилади. Ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгариши ёки туберкулинга гиперергик сезгирлиги бор беморлар йилига икки марта фтизиатр кўригидан ўтишлари шарт;
- 5) қандли диабет касаллари ўпкасида туберкулёздан кейинги ўзгаришлар бор йўқлигидан қаттиқ назар йилига икки марта текширишдан ўтишлари керак. Ўпкасида патология аниқланганда фтизиатр кўригидан ўтиши зарур;
- 6) туғриқдан кейинги даврдаги аёллар. Бу гуруҳдагиларни туберкулёзга текшириш туғриқдан кейинги биринчи ой давомида ўтказилиши керак;
- 7) туберкулинга бўлган реакцияси узоқ муддат (6 ойдан ошди) гиперергик сақланиб келаётган 30 ёшгача бўлган кишилар. Бу гуруҳдаги кишилар туберкулёзга қарши диспансерда текширилиши ва кузатувда туришлари керак;
- 8) кортикостероид гормонлар билан даволаниши зарур бўлган беморлар, даво бошланмасдан олдин ва даво курсидан кейин йилига икки марта ўпкани рентгенологик текширувдан ўтказиш керак. Ўпкада туберкулёздан кейинги ўзгариш бўлганда фтизиатр кўриги ва кимёвий профилактика ўтказиш зарур;
- 9) сурункали руҳий касалликка чалинганлар. Бу беморларда ўпканинг рентгенологик текшируви йилига икки марта ўтказилади. Бу текшириш биринчи навбатда руҳий касалликлар шифохонасидагиларда, қариялар уйдагиларда ва ногиронларда ўтказилиши керак;
- 10) сурункали алкоголизм ва наркоман касаллар. Бу гуруҳдаги касалларда ўпканинг рентгенологик текшируви йилига икки марта ташкиллаштирилади;
- 11) ОИВ-инфицирланган кишилар. Бу гуруҳ бўйича ҳисобда турадиган кишиларда туберкулиндиагностика (2 ТБ билан Манту синамаси) йилига икки марта, ўпканинг рентгенологик текшируви йилига 1 – 2 марта ўтказилади.

Ихтисослаштирилган туберкулёзга қарши хизмат

Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизимида ихтисослаштирилган туберкулёзга қарши ёки фтизиатрия хизмати мавжуд. Бу хизмат туберкулёзга қарши ишлашда ташкилий-услубий қўлланмаларни ишлаб чиқади, туберкулёз касалларидаги диагностик саволларни, даволашни ва реабилитацияни барча кўринишларини ҳал қилади. Туберкулёзга қарши врач-фтизиатрлар ва ҳамширалар, фельдшерлар, лаборантлар, техниклар ишлайдилар.

Туберкулёзга қарши хизмат минтақавий ақидага асосан тузилган. Хизматларни барчасини асосий звеноси бўлиб, туберкулёзга қарши диспансер ҳисобланади. Минтақавий диспансерлар вилоят, шаҳар ва туман диспансерларига бўлинади. Диспансерлардан ташқари, туберкулёз шифоналари, санаториялар, болалар ясли ва боғчалари, болалар ва ўсимрлар учун мактаб-интернатлар бор.

Туберкулёзга қарши диспансер – бу иккита ўзига хос тарафлари билан фарқланадиган ихтисослаштирилган даволаш-профилактика мусассасидир. Биринчи фарқи, диспансер ёпиқ типдаги муассаса ҳисобланади: диспансер туберкулёзга тахмин бўлган кишиларни врачни йўлланмаси билан ва туберкулёз ташхиси қўйилган беморларни қабул қилади. Иккинчи фарқи – касалларни қабул қилади ва туберкулёзни тарқалишини огоҳлантириш мақсадида соғлом одамларни кузативда кўради.

Диспансерни асосий вазифаси минтақавий туберкулёз билан курашиш бўйича ташкилий-услубий маркази сифатида туберкулёздан инфицирланишни, касалланишни, касалликни ва ўлимни пасайтириш. Диспансерни аниқ вазифаси кўп қиррали ва беморларга маслаҳат бериш, текшириш ва даволаш, туберкулёз касалларини ва ҳавф гуруҳидаги соғлом кишиларни узлуксиз ва актив кузатишдир.

Диспансер туберкулёзни санитар профилактикаси бўйича комплекс тадбирларни, вакцинация жараёнини бошқаришни амалга оширади, туберкулёз бўйича аҳолини қайта текширишда услубий ёрдамларни кўрсатади, беморларни реабилитацияси ва иш қобилиятини экспертизацияси билан шуғулланади.

Силга қарши курашиш диспансерлари назорат гуруҳлари

Сўнгги 10 йиллар давомида туберкулёз хасталиги бўйича эпидемиологик ҳолат ёмонлашди, туберкулёз патоморфози оғирлашиб уни даволашга ёндошиш ўзгарди. Сўнгги йилларда Ўзбекистонда DOTS стратегияси фаол татбиқ этилмоқда.

Буларнинг ҳаммаси фтизиатрия хизмати диспансери иши услубларини мукамаллаштиришнинг йўллари излашни талаб қилади.

Силга қарши курашишни ташкил этишда силга қарши курашиш диспансери асосий ўринни эгаллайди. Силга қарши курашиш диспансери туберкулёз билан хасталанган беморларни, ва туберкулёз таёқчаси ажратувчи беморлар билан мулоқотда бўлган, «силга мойил бўлган» шахсларни фаол кузатишни ташкил этишда асосий ўрин эгаллайди.

Бугунги кунда диспансер ҳисобида турган беморларнинг 25% силдан соғайган ва силга мойил шахслар ташкил этиб, улар мунтазам текширувдан ўтиб касаллик қайталанишига қарши даво ёки химиопрофилактика олишлари лозим.

Бу гуруҳлар фтизиатрларнинг вақтини олиб, уларнинг асосий ишлари – туберкулёз билан хасталанган беморларни даволаш, соғайтириш, туберкулёз ўчоғларида профилактик ва соғайтириш ишларини олиб боришларини қийинлаштиради.

Сўнгги йилларда силни кимёвий даволашда ёндошиш кам ўзгарди. Ўзбекистонда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) дастури – DOTS фаол тадбиқ қилиниб, у ўз ичига қисқа муддатли (6-8 ой) назоратдаги давони камраб олган.

Даволаш ва эпидемиологик принципларга асосланган диспансер назоратидаги гуруҳларининг мукамал шакли ишлаб чиқилган ва уларнинг сони VIII тадан IV тага, яъни 2 марта камайтирилган. Назоратдагининг янги гуруҳлар амалий фтизиатрларга силни диагностикаси, даволаш, реабилитация ва профилактикаси масалаларини ўз вақтида ҳал этилишига ҳамда назорат гуруҳларидаги беморлар ҳаракатни, назоратдан чиқаришни ҳозирги замон талабларига кўра ёндошишга ёрдам беради.

1. Катта ёшдаги беморлар диспансер шароитида кузатиш усуллари

Силга қарши курашиш диспансери назоратида туриши лозим бўлган катта ёшдаги беморлар қуйидаги гуруҳларга бўлинади.

I гуруҳ – нафас аъзолари фаол сили:

А гуруҳча – туберкулёз касаллиги илк бор аниқланган, қўзиган ёки қайталанган,

Б гуруҳча – самарасиз даволаш туфайли сурункали туберкулёз жараёни билан хасталанган беморлар,

В гуруҳча – силга қарши дориларга полирезистент туберкулёз таёқчалари ажратадиган беморлар.

II гуруҳ – нафас аъзоларининг фаол бўлмаган сили:

А гуруҳча – ўпка ва плеврасида катта қолдиқ ўзгаришлар қолган, фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар, шунингдек I гуруҳдан самарали даволаш ва тузалгандан сўнг ўтказилган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқ ўзгаришлар бўлган, лекин силини қўзғатиш омиллари мавжуд беморлар; илк бор фаол бўлмаган нафас аъзоларининг сили аниқланган беморлар,

Б гуруҳча – I гуруҳдан самарали даволанган ва клиник тузалган, ўпка ва плеврасида кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган, туберкулёз қўзғатувчи омиллари бўлмаган, фаол бўлмаган туберкулёз билан хасталанган беморлар ҳамда илк бор фаол бўлмаган нафас аъзолари сили аниқланган беморлар.

III гуруҳ – ўпкадан ташқари аъзолар сили:

А гуруҳча – ўпкадан ташқари аъзоларининг фаол сили билан хасталанган беморлар (илк бор аниқланган, қайталанган ва қўзиган), ҳамда ўпкадан ташқари аъзоларининг сурункали сили билан хасталанган беморлар,

Б гуруҳча – ўпкадан ташқари аъзоларининг фаол бўлмаган, шу жумладан илк бор аниқланган сили билан хасталанган беморлар,

В гуруҳча – ўпкадан ташқари аъзолари силидан тузалиб, клиник соғайишдан сўнг қолдиқ ўзгаришлар қолган беморлар.

IV гуруҳ – туберкулёз билан хасталаниши хавфи юқори бўлган шахслар:

А гуруҳча – туберкулёз таёқчаси ажратадиган беморлар ёки туберкулёз билан хасталанган кишлоқ хўжалиги хайвонлари билан мулоқотда бўлган болалар, ўсмирлар ва катта ёшдаги одамлар,

Б гуруҳча – туберкулёз таёқчаси ажратмайдиган фаол туберкулёз билан хасталанган бемор билан мулоқотда бўлган болалар ва ўсмирлар,

В гуруҳча – туберкулёз билан илк бор зарарланган (вираж), туберкулинга гиперергик реакция берган, БЦЖ дан сўнгги асорат бўлган болалар ва ўсмирлар.

Диспансер назоратига олиш, бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш ва назоратдан чиқариш мезонлари

I гуруҳ

I гуруҳ, А гуруҳчага қуйидаги беморлар назоратга олинадилар:

-нафас аъзоларининг фаол сили билан хасталанган беморлар;

-туберкулёз жараёни қайталанган беморлар;

-жарроҳлик муолажалари–тарқалган деструктив туберкулёз жараёни сабабли лобэктомия, биллобэктомия, ҳар хил бўлақлар резекциясидан сўнгги ҳолатлар; сурункали ригид плеврит, плевра эмпиемасида плевроэктомия, қисман плевроэктомия ва декортикациясидан сўнгги беморлар, поликаверноз туберкулёз ва эмпиема сабабли қилинган пульмонэктомия ва плевропульмонэктомия, торакопластикадан сўнгги беморлар; жарроҳлик операцияларидан сўнгги асоратлар (плевра эмпиемаси, плевра эмпиемаси ва бронх оқмаси, туберкулёз жараёни реактивацияси).

Нафас аъзолари фаол сили бактериоскопик, бактериологик ва рентгенологик, ҳамда бошқа инструментал, лаборатор усуллар билан тасдиқланиши лозим.

Гуруҳда кузатишнинг энг кам муддати – 1 йил.

Беморлар жарроҳлик муолажаларининг асоратларида (плевра эмпиемаси, бронхиал окма яра ва плевра эмпиемаси туберкулёз жараёнининг реактивацияси), қайта жарроҳлик муолажаларидан кейин (пульмонэктомия, плевропульмонэктомия, торакопластика, бронх йўллариининг қайта резекцияси) I гуруҳ диспансер кузатувида камида 2 йил бўладилар.

Беморларга туберкулёз жараёнининг барқарорлашувига қадар стационарда, кейин йилда 2 марта, баҳорда ва кузда, 3-4 ой давомида, амбулатор ёки санаторийда, агар оғирлаштирувчи омиллар бўлса йил мавсумига қарамасдан комплекс химиотерапия ўтказилади.

Касалликнинг яхши кечишида, ҳамда жараённинг қўзиши белгилари пайдо бўлганда амбулатор шароитда комплекс текширув 3 ойда 1 маротаба ўтказилади.

Беморларни 2 гуруҳга ўтказиш мезонлари қуйидагилардир: 6 ой мобайнида микобактерияларни йўқолиши, ковакларни тозаланиши, интоксикациянинг йўқлиги, лаборатория кўрсаткичларини меъёрлашуви ва ўпкадаги рентгенологик ўзгаришларнинг барқарорлиги.

Гуруҳча остида кузатув муддати - қатъий индивидуал, камида 2 йил.

I гуруҳ, B гуруҳ ости, силга қарши бир неча дориларга бирламчи ва иккиламчи чидамли, полирезистент туберкулёз микобактерияларни ажратадиган беморлар (биринчи аниқланган ва аввал даволанган) кирадилар. Бу беморларда ҳам, туберкулёз микобактериялари дориларга чидамлилигини ҳисобга олиб химиотерапия ўтказиш масалалари, ҳамда «полирезистент туберкулёз» билан мулоқотда бўладиганлар касалликни олдини олиш муҳим Беморлар асосий интенсив химиотерапия курсини стационарда олишлари керак, даволашни давомини эса амбулатория шароитида клиник соғайгунча оладилар. Диспансерда текширув – ҳар ойда.

Беморларни II гуруҳга ўтказиш критерийлари, A ва B гуруҳ остидагилардек.

Гуруҳча остида кузатиш муддатлари – индивидуал.

II гуруҳ

II гуруҳ, A гуруҳча ости диспансер кузатувида олинадилар:

- нафас аъзолари нофаол сили бўлган беморлар I гуруҳдан ўтказилган, самарали химиотерапия олгач ёки жарроҳлик муолажаларидан кейин, ўпка ва плеврадаги катта қолдиқ ўзгаришлари мавжуд беморлар (соғайганлигини назорат қилиш учун);

- нафас аъзолари нофаол сили бўлган беморлар, I гуруҳдан ўтказилган, самарали химиотерапиядан сўнг клиник тузалган, кичик қолдиқ ўзгаришлар бор, ноқулай шароитда яшовчилар (соғайганлигини назорат қилиш учун);

- биринчи маротаба аниқланиб, аввал кузатувда турмаган нафас аъзоларининг нофаол сили мавжуд беморлар.

Қолдиқ ўзгаришлар деб, қаттиқ ва калцийлашган ўчоқлар, ва ҳар хил катталиқдаги фокуслар, фиброз чандикли ва цирротик ўзгаришлар (шу жумладан, тозаланган қолдиқ бўшлиқлар), плевра ўзгаришлари, ўпка ва плеврадаги жарроҳлик муолажаларидан кейинги ўзгаришлар.

II A гуруҳ ости кузатувида турган беморлар, 6 ойда 1 маротаба диспансерда комплекс текширувдан ўтишлари керак. Уларга амбулатория шароитида (баҳорда ва кузда) рецидивга қарши 2 ойлик (2 та препарат) химиотерапия курслари белгиланади. Оғирлаштирувчи омиллар бўлганда рецидивга қарши химиотерапия курслари, йил мавсумига қармасдан, 3 ой муддатга белгиланади, уларни санатория шароитида ўтказилгани маъқул.

II B гуруҳча кузатувида, самарали химиотерапиядан ёки жарроҳлик муолажаларидан кейин клиник соғайиш билан I гуруҳдан ўтказилган нафас аъзолари нофаол сили бўлган беморлар, ўпка ва плеврадаги кичик қолдиқ ўзгаришлари бўлган ва оғирлаштирувчи факторлари бўлмаган беморлар олинадилар.

II B гуруҳча кузатувида турган беморлар, 6 ойда 1 маротаба диспансер комплекс текширувидан ўтишлари керак. Уларга йилда 2 маротаба (баҳорда ва кузда) 2 ойлик рецидивга қарши химиотерапия курслари (2 силга қарши препаратлар) амбулатория шароитида тайинланади. Туберкулёз беморларни диспансер кузатувидан ўчириш мезонлари: силнинг хуружи ва рецидивларининг йўқлиги. **Кузатув муддати – 1 йил.**

III гуруҳ

III А гуруҳча куйидагилар кузатувга олинади:

-суяк ва бўғимларнинг фаол сили билан биринчи маротаба аниқланган беморлар, сийдик-таносил сили билан, марказий нерв тизими ва мия қаватлари (қобиқлари) сили, ташқи лимфа тугунлари сили, абдоминал туберкулёз, кўз сили, тери ва тери ости қавати сили билан;

-силнинг ўпкадаги ташқари турларининг хуружи ва рецидиви бўлган III Б ва III В гуруҳ остидаги беморлар;

- суяк ва бўғимлар, буйрак ва сийдик йўли, таносил аъзолари сили, абдоминал туберкулёз, ташқи лимфа тугунлари сили сабабли радикал тикловчи жаррохлик муолажаларидан кейинги беморлар;

- жаррохлик муолажаларидан кейинги асоратлари бўлган беморлар (окма яралар, трансплантатнинг синиши, гидронефроз ва б.);

- ўпкадан ташқари силнинг сурункали тури бўлган беморлар.

III гуруҳча кузатувда турувчи **суяк-бўғим силининг** фаол шакли бўлган беморлар, тарқалган жараёнда интенсив химиотерапиянинг асосий курсини 4-5 препаратлар билан 6 ой давомида стационарда олишлари керак, чегараланган жараёнда – 3 ой давомида.

Диспансерда суяк ва бўғим силининг клиник соғайгунигача амбулатория химиотерапияси давом эттирилади, бу III Б гуруҳча остига ўтказиш учун критерий (мезон) ҳисобланади. Диспансер шароитида комплекс текширув – ҳар ойда, фтизиоортопед консультацияси 2 ойда 1 марта.

Сийдик-таносил силининг фаол шакли бўлган, III А гуруҳча ости кузатувида бўлган беморлар, стационарда 3-4 препаратлар билан 2-4 ой давомида интенсив химиотерапия курсини ўтишлари керак, кейинчалик даволаниш амбулатория шароитида 2-3 химиопрепаратлар билан (интермиттик) кунора усули билан 4-6 ой давом эттирилади. Беморлар ҳар ойда клиник текширилиб, фтизиоуролог, гинеколог консультацияси 2 ойда бир марта. Зарур бўлганда жаррохлик муолажаси ўтказилади.

Беморни III Б гуруҳчага ўтказиш учун комплекс текшириш ва касалхона шароитида Кох синамасини қўйиш талаб этилади. III А гуруҳча назоратидаги сийдик ва таносил туберкулёз беморлари кузатиш даври касалликнинг хилига боғлиқдир. Касалликнинг чекланган хиллари ва жаррохлик муолажаси қўллангандан сўнгги ҳолатда 1 йил, тарқалган хилларида эса 2-5 йил кузатишни талаб этади.

Периферик лимфа тугунлар сили билан кузатиладиган беморлар даволашнинг асосий қисмини касалхонада (3 ой), кейинги қисмини эса амбулатор шароитда ҳар ойда 1 марта текшириш йўли билан клиник соғломланишигача давом эттирилади.

III А гуруҳчадаги бу беморлар назорат даври 1-2 йилдир.

III гуруҳ, Б гуруҳчасига куйидагилар диспансер ҳисобига олинади:

- самарали даводан кейин клиник соғломлашган III А гуруҳчадан ўтказилган қолдиқ ўзгаришлари мавжуд нофаол ўпкадан ташқари туберкулёз билан хасталанган беморлар;

- олдин диспансер назоратида турмаган, биринчи марта топилган нофаол ўпкадан ташқари туберкулёз билан оғриган беморлар.

III гуруҳ В гуруҳчасига куйидагилар назоратга олинади:

-III Б гуруҳ тизимидан ўтказилган, катта қолдиқ ўзгаришлари бор нофаол ўпкадан ташқари туберкулёз касалликларида туберкулёз жараёнини оғирлаштирувчи омиллари бор беморлар.

Ушбу гуруҳ беморлари диспансерга 6 ойда 1 марта ташриф буюришади, 1 йилда 1 марта эса комплекс текширувдан ўтказилади

Назорат вақти – 2-4 йил.

IV гуруҳ

IV гуруҳ туберкулёз ривожланиш ҳавфи бўлган гуруҳлар мажмуи бўлиб, уларга туберкулёз таёқчаси ажратувчи беморлар, қишлоқ ҳўжалик ҳайвонлари билан мулоқатдаги катталар, ўсмирлар, болалар, фаол туберкулёз беморлари билан мулоқатдаги ўсмирлар, болалар ва туберкулёз билан бирламчи зарарланган (вираж), туберкулёз билан олдин

зарарланган (инфицированный) ва туберкулинга гиперергик жавоб берувчи, БЦЖ эмлашидан кейинги ривожланган асоратлари бор болалар ва ўсмирлар киради.

IV гуруҳ, А гуруҳчаси ҳисобига қуйидагилар олинади:

- туберкулёз микобактериясини ажратувчи фаол туберкулёз беморлари билан оила, ҳовли, уй-жой, қариндошлик мулоқатда бўлган катта шахслар, ўсмирлар, болалар;
- қора моллар орасида туберкулёз тарқалган хўжаликларда ишловчи ходимлар.

Туберкулёз бўйича салбий эпидемиологик кўрсаткичларга эга чорвадор хўжаликларда, фермаларда меҳнат қилувчи кимсалар ҳам диспансерда 1 йилда 2 марта текширилади, ва куз, баҳор ойларида битта дори билан кимёвий профилактика курси ўтказилади.

Туберкулез профилактикаси усуллари

Туберкулёз ижтимоий ва тиббий муаммо ҳисобланади. Бу туберкулёз профилактикаси учун ижтимоий ва тиббий йўналишдаги чора-тадбирлар мажмуи лозимлигини англатади. Ижтимоий йўналишдаги тадбирлар туберкулёз инфекциясининг тарқалиши ва касаллик пайдо бўлиши учун замин яратадиган шароит ва ижтимоий хавф омилларни камайтириш ва иложи борича йўқотишга қаратилган бўлиши лозим.

Бундай ёндошув турлича профилактик тадбирларни амалга ошириш ва шартли равишда туберкулёзнинг санитар ва махсус ва химиопрофилактикасини фарқлашга имкон беради.

Санитар профилактика. Санитар профилактиканинг бевосита мақсади бўлиб соғлом одамларнинг МБТ билан зарарланишининг олдини олиш ва уларни маиший ҳаётда, шунингдек ишда ҳам туберкулёз инфекцияси билан мулоқоти жудаям кам хавф туғдирадиган шароит яратиш ҳисобланади. Санитар профилактика аввало бактерия ажратувчи манбага ва туберкулёз қўзғатувчисининг юкиш йўлларига йўналтирилади.

МБТ манбалари бўлиб ташқи муҳитга туберкулёз қўзғатувчисини ажратувчи касал одамлар (антропоноз туберкулёз) ва ҳайвонлар (зооноз туберкулёз) ҳисобланади.

Бактерия ажратувчилар ташқи муҳитга кўп микдорда МБТ ажратувчи фаол туберкулёз билан касалланган одамлар ва ҳайвонлар ката эпидемик хавф туғдиради. Бу ҳолда микобактериялар патологик материал ёки бемордан олинган бир қатор биологик субстратларни бактериологик текширганда аниқланади.

Фаол туберкулёз беморлари ҳақида маълумотлар мавжуд барча тиббий муассасалар (шу жумладан аёллар маслаҳатхонаси ҳам) ўзаро ахборот алмашишади. Биринчи марта фаол туберкулёз аниқланган ҳар бир беморга (жумладан туберкулёздан ўлганда ҳам) ташхис аниқланган жойдаги шифокор ҳаётида биринчи марта туберкулёз билан касалланган бемор ҳақида хабарнома тўлдиради. МБТ ажратаётган бемор ҳақида шифокор ҳудудий ДМСЭН учун қўшимча шошилиш хабарнома тўлдиради.

Биринчи гуруҳни жуда катта эпидемик хавфлиликага эга бўлган ўчоқлар ташкил этади. Уларга бактерия ажратувчанлик аниқланган ўпка туберкулёзи беморининг яшаш жойи киради. Бундай ўчоқларда зарарланиш хавфини кўплаб қуйидаги омиллар чуқурлаштиради: оила аъзолари ичида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар бўлиши, қоникарсиз маиший-коммунал шароит, эпидемияга қарши тартибга риоя қилмаслик. Бундай хавфли ўчоқлар кўпинча беморларни изоляциялаш мумкин бўлмаган ётоқхоналарда, коммунал хонадонларда, ёпиқ турдаги ташкилотларда бўлади.

Иккинчи гуруҳ МБТ ажратувчи, лекин болалар ва ўсмирларсиз алоҳида хонадонларда яшовчи ҳамда санитар-гигиеник тартибга амал қилувчи ўпка туберкулёзи беморлари мавжуд ўчоқларни ўз ичига олади. Бундай ўчоқлар ижтимоий жиҳатдан қоникарли ҳисобланади.

Учинчи гуруҳга рўйхатга олишда МБТ ажратиши аниқланмаган, лекин оиласида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар мавжуд фаол ўпка туберкулёзи беморлари яшайдиган ўчоқлар киради.

Тўртинчи гуруҳ ўчоқлари бўлиб МБТ ажратиши тўхтаган фаол ўпка туберкулёзи беморлари (шартли бактерия ажратувчилар) яшайдиган жойлар ҳисобланади. Бундай ўчоқларда контактдаги шахслар орасида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар йўқ. Хавфли ижтимоий омиллар кузатилмайди.

Бешинчи гуруҳ ўчоқларни зооноз ўчоқлар ташкил қилади.

Туберкулёз инфекцияси ўчоғининг маълум эпидемик гуруҳга мансублигини фтизиатр эпидемиолог-шифокор иштирокида аниқлайди. Ўчоқда унинг хавфлилигини оширувчи ёки камайтирувчи шароитлар ўзгариши уни бошқа гуруҳга ўтказишни талаб этади. Бундай қарор фтизиатр ва эпидемиолог ҳамкорлигида қабул қилинади.

Туберкулёзни махсус профилактикаси. БЦЖ билан вакцинация ва ревакцинация режасини врач-эпидемиолог туберкулёзга қарши диспансер бош шифакори ва ветеринар хизмат билан ҳамкорликда тузади.

Давсанэпидназорат маркази даволаш-профилактика муассасаларини БЦЖ вакцинаси билан таъминланганлигини, уни сақлаш шароитларини ва яроқлилиқ муддатини, қилиш техникасига амал қилишини ва вакцинация сифатини назорат қилади. Ҳар-бир одатдагидан ташқари ва асоратли ҳолат таҳлил ва муҳокама қилинади ва махсус акт тузилади. Вакцинация режасини амалга оширишни фтизиатр, педиатр ва эпидемиологлардан таркиб топган комиссия назорат қилиб боради.

Туберкулёзни аниқлаш. Ялпи туберкулинташхисоти ва “уюшган” аҳолини флюорографик текшириш режалаштирилади, ҳамда юқоридагиларни ўтишини туберкулёзга қарши диспансер ва санитар-эпидемиологик назорат маркази ҳамкорлигида назорат қилинади.

Флюорографик текширув вақтида асосий эътибор эпидемиологик кўрсаткич бўйича (“асосий” контингентларда) туберкулёзни аниқлашга қаратилади. Улар орасида актив туберкулёз аниқланса врач-эпидемиолог уларни ишдан четлаштиради.

Туберкулёз беморларига болалар ва 18 ёшгача бўлган ўсмирларни тарбияладиган ёки даволадиган болалар муассасаларида, умумий овқатланиш тармоқларида, савдода, сут маҳсулотлари билан ишлаш ва шунга ўхшаган муассасаларда ишлашга рухсат берилмайди.

Туберкулёз инфекцияси ўчоғида туберкулёзга қарши иш. Туберкулёз инфекциясида профилактик чора тадбирларни санитар-эпидемиологик назорат маркази ва туберкулёзга қарши диспансер биргаликда амалга оширади. Санитар-эпидемиологик марказнинг асосий вазифалари:

- Фтизиатр билан ўчоқни бирламчи эпидемиологик текшириш ўтказиш ва ўчоқ чегарасини аниқлаш ва соғломлаштириш режасини ишлаб чиқиш;
- Ташкилотларда фтизиатрга ёрдам бериш ва ўчоқларда туберкулёзга қарши чора-тадбирларни ўтказиш;
- Ўчоқни динамик кузатиш, ўчоқни соғломлаштириш режасига кўшимча ва ўзгартиришлар киргизиш, ўтказилаётган дезинфекцияни ўз вақтидалигини ва сифатини назорат қилиш;
- Ўчоқда эпидемиологик ҳавф камайса ёки кўпайси ўчоқларни бошқа эпидемиологик гуруҳларга ўтказиш;
- Бактерия ажративчи беморларни фтизиатр хабарномаси асосида эпидемиологик ҳисобдан ўчириш;
- Фтизиатр талабномасига асосан туберкулёз инфекцияси ўчоғида бемор шифахонага ётқизилгандан кейин, бемор бирон жойга кетганда, эпидемиологик ҳисобдан ўчирилганда ёки бемор ўлганда якуний дезинфекция ўтказиш;
- Туберкулёз ўчоқларини (ўчоқни эпидемиологик текшириш картаси) текшириш ва кузатиш бўйича ҳисоб-китоб ҳужжатларини юритиш;
- Бутун туман бўйича туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик ҳолатни таҳлил қилиш, ўчоқдаги ишлар самарадорлигини баҳолаш ва шу ишлар натижаси бўйича фтизиатр билан муҳокама ўтказиш.

Амалий машғулот №10:

Мавзу номи: Силни даволаш тамойиллари ва усуллари. Силга қарши препаратлар. Туберкулинотерапия, коллапсотерапия, даволашни жаррохлик усуллари.

Машғулоти соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулоти шакли	Амалий машғулоти
Машғулоти режаси:	1. Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Силни даволаш тамойиллари, усуллари.
	3. Силга қарши антибактериал дорилар.
	4. Силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулоти мақсади	Таълимий: талабаларга Силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар тўғрисида маълумот бериш. Даволаш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига синдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи: мавзунинг тушиниришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқали талабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эриштириш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	силни даволаш тамойиллари, усуллари. Силга қарши антибактериал дорилар тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотида жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотининг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим берувчи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотида тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотида тайёр бўлиш
Ўқув машғулотида кириш 40 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми таҳлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 50 дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультимедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар

Асосий босқич 35 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 35 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 35 дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар тахлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилни ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***
- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар

1. Туберкулез билан касалланган беморларни даволашнинг асосий тамойиллари.
2. Асосий антибактериал (АБ) препаратларни сананг.
3. АБ препаратларнинг дозаси ва қабул қилиш режими.
4. Нима учун АБ терапиянинг давомийлигига ахамият берилади?

5. Нима учун АБ терапиянинг комплекслигига риоя этиш зарур?
6. Нима учун АБ терапиянинг босқичлилиги тавсия этилади?
7. Туберкулинотерапияўтказиш усулини.
8. Туберкулинотерапияга кўрсатмаларни айтинг.
9. Коллапсотерапияўтказиш усули.
10. Коллапсотерапияга кўрсатмаларни айтинг.
11. Жаррохлик усули билан даволашга кўрсатмаларни айтинг.
12. Санатор-курорт даволаш усуллари заруриятини асосланг.
13. ТБ билан касалланган беморларни асосий тартиб (режим) турларини айтинг.
14. ТБ билан касалланган беморларга қандай овқатланиш рационали ва тартиби белгиланади?

Туберкулёз беморларни даволаш

Ўпканинг туберкулёз касаллиги билан касалланган беморларни даволашдан асосий мақсад, касалликнинг клиник белгиларини йўқотиш ва патологик ўзгаришларни тула тузалиб кетишидан иборат.

Туберкулёз касаллигининг турли хил шакллари даволаш комплекс равишда олиб борилади. Комплекс даволашнинг асосий услубларидан бири гигиено-диетик режим фонидаги *этиотроп химиотерапиядир*. Ахамиятига кура иккинчиси хирургик даволашдир. Шу каторда коллапсотерапия, турли хил патогенетик ва носпецифик воситалар, санатор-курорт даволанишлар кулланилади.

Химиотерапия

Туберкулёз касаллигининг турли шакллари даволашда ва локализациясида, МБТга самарали таъсир этувчи хусусиятга эга булган дори воситалари кулланилади. Бу ҳамма воситалар туберкулёз касаллигига қарши дори воситалар, ўтказилаётган терапия - антибактериал ёки этиотроп, яъни туберкулёз касаллигини кузгатувчисига таъсир этувчи деб аталади.

Туберкулёз касаллиги химиотерапияси икки босқичдан иборат.

Биринчи босқич - даволашнинг интенсив фазаси. Уни МБТ нинг иложи борица максимал сонини йўқотиш ва бактериал популяцияни сезиларли даражада камайтириш учун ўтказилади. Даволашнинг интенсив фазаси касалликнинг ўткир кўринишини йўқотишдан, бактериоажратмаларни тухтатиш ва жарохатланган аъзоларда ишдан чиқишни бартараф этишдан иборат.

Иккинчи босқич - даволашни давом эттириш фазаси. У эришилган натижаларни мустахкамлаш учун зарурдир. Бу босқичда сакланиб қолган МБТ га таъсир этилиб, уларни кўпайиши олди олинади. Икки босқичли даволаш туберкулёз касаллиги жараёни инволюцияси кетма-кетлигига таъсир этади, клиник тургун самара беради ва туберкулёз касаллиги рефакциясини олдини олади. Туберкулёз касаллиги икки босқичли химиотерапиясининг асосий принциплари:

- 1) *эрта бошлаш*;
- 2) *оптимальный давомийлик ва узлуксизлик*;
- 3) *дори воситаларини комбинациясини куллаш*;
- 4) *комплектлик*;
- 5) *даволашни назорат қилиш*;

Туберкулёз касаллигига қарши химиопрепаратлар

Клиника шароитида туберкулёз касаллигига Қарши препаратлар 2 та гуруҳга булинади. Биринчи гуруҳга туберкулёз касаллигига Қарши 5 та препаратлар киритилган: изониозид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол ва стрептомицин. Уларасосий ёки биринчи қатордаги препарат деб аталади ва туберкулёз касаллиги биринчи марта аниқланган беморларга буюрилади.

Иккинчи гуруҳга: тропионамид (этионамид), канамицин, амикацин, капреомицин, циклосерин, рифабутин, ПАСК ва фторхинолонлар - офлоксацин, левофлоксацин,

миксифлоксацин киради. Иккинчи гурух препаратлари резерв катор препаратлари деб аталади ва МБТ биринчи катор препаратларига чидамлилиги билан ажралган беморларга кулланилади

Туберкулёз касаллигига қарши препаратлар

Препарат гурухлари	Номланиши	У мумқабул килинган қисқартмалар	Препаратнинг халқаро номланиши
Асосий	Изониазид	H	Isoniazid
	Рифампицин	R	Rifampicin
	Пиразинамид	Z	Pyrazinamid
	Этамбутол	E	Ethambutol
	Стрептомицин	S	Streptomycin
Резерв	Протионамид(этионамид)	Pt	Prothionamide (Ethionamide)
	Канамицин	K	Kanamycin
	Амикацин	A	Amicacin
	Капреомицин	Cap	Capriomicin
	Циклосерин	Cs	Cycloserine
	Рифабутин	Rb	Rifabutin
	ПАСК	PAS	Para- aminosalicylicacid
	Фторхинолонлар (офлоксацин, лефлоксацин, моксифлоксацин)	Fg	Ofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin

Асосий препаратлар

Изониазид (H) - гидразид изоникотин кислотали - ўткир спецификага эга юқори самарали туберкулёз касаллигига қарши препарат. МБТ одам ҳолатидаги нисбатан ута фаол. МБТ га изониазиднинг таъсир этиш механизми уларнинг ДНК фосфолипид синтезини босиш ва девор бутлигини бузилишини олдини олиш. Препарат ҳдёт учун зарур микробактериялар ва темир катионини ташки ва ички туқималари билан бирлашувини таъминлайди ва оксидланиш жараёнини блокировкалайди. Изониазиднинг юқори концентрациясида бактерицид таъсир юзага келади.

Рифампицин (R) - кенг камровли антибиотик таъсирга эга булган туберкулёз касаллигига қарши энг яхши самара берувчи препаратдир. У МБТ га бактерицид самара берувчи, стерилизацияловчи хусусиятга эга.

Рифампициннинг таъсир этиш механизми асосан полимираз - РНК га боғлиқ булган днк комплексини ҳосил қилиш билан, РНК синтезини йўқотишга асосланган. Натижада МБТ да генетик иншакцияни ўтказиш бузилади, ва янги микробактериялар ҳосил булмайди.

Рифампицин ичакка яхши сурилади ва организмдаги суюқликка ва туқимага сингади. конда максимал концентрацияга 2-3 соатдан сунг эришилади ва 12 соатдан ортиқ вақт давомида сақланиб туради. Рифампицин организмдан асосан сафро билан, 25% яқини эса - сийдик билан чиқарилади. Рифампицин қабул қилувчи беморларда куз ёши, балғам, сийдик ва ахлат кизгиш-тук сарик рангда булади. Рифампициннинг суткалик даволаш дозаси 10 мг/кг.

Пиразинамид (Z) - синтетик юқори самарали ва катъий специфик туберкулёз касаллигига қарши препарат. Пиразинамиднинг МБ Т га таъсири узига ҳосдир, чунки казеоз некрози Учогида жуда сезиларли, у нордон реакцияга эга. Пиразинамиднинг максимал бактериостатик самараси асосан нордон муҳитда (рН 5,5) аниқланган **Этамбутол (E)** - синтетик туберкулёз касаллигига қарши препарат. Этамбутолнинг таъсир этиш механизми синтезни тутатиш ва МБТ рибонуклеин кислотаси стабилизациясига асосланган. Натижада микробактерия туқима девори синтез и блоқирланади. Бундай самара доимий ва препаратларнинг кондаги юқори концентрация сида юзага келади.

Этамбутол асосан бактериостатик таъсир этади, лекин бунда бактериостатик самара юзага келиш эхтимоли бор

Этамбутолнинг суткалик даволаш дозаси 25 мг/кг ичига юборилади.

Стрептомицин (S) - биринчи антибиотик, унда биринчи бўлиб туберкулёз касаллигига қарши фаоллик аниқланган бўлиб, ҳозирги давргача уз маъносини йўқотмаган. Стрептомициннинг таъсир этиш механизми МБТ да оксил синтези бузилишига асосланган.

Препарат нуклеин кислота билан бирикиб, микроб туқимаси ферменти тузилишида асосий уринни эгаллайди, уларнинг алмашинувини бузади. Касалликнинг прогрессирланган оқимида МБТ штаммларининг тез кўпайишига стрептомицин бактериостатик ва бактериоцид таъсир этади.

Резерв препаратлар

Протионамид (Pt) химиопрепарат хисобланиб этионамид гомологи хисобланади. Протионамид таъсир механизми. Бактерия хужайрасида модда алмашинувчининг бузилиши билан боғлиқ. Асосан бактериостатик таъсир кўрсатади. Бактериоцид эффектини кўрсатиш ҳам мумкин. Протионамид кислотали муҳитда узининг фаоллигини

саклайди. Протионамид ошқозон Ичак трактидан секин сурилади. Кондаги максимал концентрацияга қабул килингандан 1-2 соатдан кейин эритилади. Препарат бутун организмга бир текисда таркалади. гематоэнцефалик барьердан яхши утади. 90 % жигарда метаболизмга учрайди.

Протионамиднинг суткалик даволовчи дозаси 15 мг/кг одат да препарат ичишга буюрилади.

Канамицин(К)- Аминогликозидлар гуруҳига киритилган. Бактериостатик таъсир кўрсатади. АБТ организмдаги оксил синтезини бузилиши билан таъсир кўрсатади. Канамицин рибосомада специфик протеинлар блокадаси ва полипектид занжири ҳосил булишининг бузилиши билан таъсир кўрсатади.

Стрептомициндан кучсизрок. Лекин, стрептомицинга чидамли штаммларга таъсир кўрсатиш хусусиятига эга.

Силга қарши препаратлар таъсирининг умумий қонуниятлари.

In-vivo силга қарши препаратлар асосан бактериостатик таъсир килади, лекин изониазид Рифампидин, стрептомицин ва бошқа фторхинолон каторидаги препаратлар бактерицид таъсир ҳам кўрсатади. Бундай эффект асосан препаратларнинг туберкулёз таёкчасига таъсир механизмига ва унинг шикастланган соҳадаги микдориға боғлиқ.

Продуктив яллигланиши ўзгаришларига кузгатувчининг хужайра ичида жойлашганлиги ҳос. Туберкулёз таёкчалари жойлашишига боғлиқ булган силга қарши препаратларнинг фаоллиги

Препарат	Фаоллик
Изониазид Рифампицин	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида ва ташқарисида жойлашганда фаол.
Стрептомицин Канамицин Флоримицин Каприомицин	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида жойлашганда кучсиз, хужайра ташқарисида кучли
Пиразинамид	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида жойлашганда кучли, хужайра ташқарисида кучсиз
Этионамид Этамбутол Протионамид Циклоцерил	Туберкулёз таёкчаси хужайра ичида жойлашса кучсиз, хужайра ташқариисда уртача
ПАСК Тибон	Туберкулёз таёкчаси хужайра ташқарисида ва ичида жойлашганда кучсиз

Химиотерапия усули препаратларнинг микробларга булган уддирувчи таъсирини максимал таъминлаб бериши дорига чидамли штаммларнинг хосил булишини олдини олиши ва имкони борича беморлар учун нокулайликлар яратмаслиги керак.

Химиотерапиянинг асосий схемаси изониазид, рифампицин ва пиразинамид комбинацияларидан иборат. Колган препаратлар уланнг комбинацион партнёрлари хисобланади. Туберкулёз билан огриган беморларга химиотерапия схемасини тушшда касалликнинг қачонбошланганлиги ва силга оид шикастланишнинг хусусияти бактерия ажратишнинг бор еки йўқлиги, туберкулёз таекчасининг препаратларга сезгирлиги ва олиб борилган давонинг давомийлиги ва натижасини хисобга олган холда шартли равишда гуруҳларга булинади. 2003-йили Согликни саклаш вазирлиги олдинги ва халқаро тажрибаларга суянган холда индивидуал режа асосида даволаш учун асос буладиган химиотерапиянинг стандарт режимини тасдиқлади.

Туберкулёз касаллиги химиотерапиясининг стандарт режими.

Беморлар гуруҳи.	Даволаш этапи	
	Интенсив фаза	Давом этиш фюаси.
Биринчи аниқланган БК + Ва таркалган туберкулёз билан огриган. Туберкулёз таекчасининг дорига чидамлилиги хавфи юкори Булмаган аввал даволанган Туберкулёз таекчасининг дорига Булган чидамлилик хавфи юкори булган, олдин даволанган Биринчи марта аниқланган, чегараланган давомийликдаги бактерия ажратмайдиган Туберкулёз микобактерияларининг дорига чидамлилиги тасдиқланган	HRZE/ S- 2 ой HRZES-2 0Й HRZE- 1ой IRZE Pt Cap ёки K Ig- 3ой Катталар: HRZE- 2 ой Болалар : HRZ/ E - 2 ой Z, E, Pt, Cap, K, Fg, Rb, Cs, PAS юкоридаги препаратларнинг камида 5 тасини бой дан кам булмаган вакт давомида	Катталар:HR-4 ой ёки HE 6 ой болалар;HR- 6-ой HZE 6ой Катталар :HRE- 5 ой Болалар : HRE- 6 ой Микобактериянинг сезгирлигини хисобга олган холда индивидуал 23 препаратни 6 ойдан кам булмаган холда HR- 4 ой ёки HE- 6-ой E, Pt, Fg, Rb, Cs, PAS индивидуал микобактериянинг сезгирлигини хисобга олган холда минимум 3 та препаратни 12 ой дан кам булмаган вакт давомида

Туберкулёз касаллигида химиотерапия курсини баҳолаш мезони

	Таърифи
Тулик эффеktivли курс (клиник, рентгенологик ва бактериялогик	Бемор бактерия ажратувчида даво натижаси балгамни неготивлиги ва клиник рентгенологик динамиканинг ижобийлиги билан боҳоланади Бактерия ажратмайдиган беморда даво натижаси клиник рентгенологик динамиканинг

маълумотларга асосланиб) эффект натижаси булмаган курс даवони вақтидан олдин тухтатиш улим бемор назоратдан чикиб кетган	ижобий тамонга силжиганлиги билан боҳоланади Бактерия ажралишининг пайдо булиши ёки давом этиши билан клиник рентгенологик динамиканинг салбийлигича колганлиги Тиббий нуктаий назар буйича асосланмаган холда даवони икки ой ва ундан ортик вақтга чузилиши киметерапия вақтида улимни юзага келиши. Беморни кузатиш тухтатилган даво курси натижаси номалум бўлиб колган

Бир вақтнинг узида рифампицин, пиразинамид,изониазид ва бошқа силга қарши дорилар комбинациясини куллашни амалга оширадиган режим юкори даражада стерилизацияловчи хусусиятга эга.

Буни куллаганда тургун клиник ту:шлишга эришиш эҳтимоли юкори булади.

Ножуя таъсирини бартараф этиш ва профилактикаси

10-15 % беморларда силга қарши химия терапияни асоратланишига оли б келадиган холатлар ножуя таъсирлардир. Ножуя таъсирлар барча маълум булган силга қарши препаратларни куллаганда юзага чиқиши мумкин.

Уларни хусусияти ва учраш частотаси фаркланади. 4% беморларда ножуя таъсирлари хаёт учун хавф соладиган даражада булади ва препаратни бекор килишга асос булади.

Силга қарши препаратлар билан даволашда пайдо буладиган ножуя таъсирлар аллергик ёки токсик характерли булади. Айрим вақтларда уларни бир-биридан фарклаш мумкин булмай колади.

Бундаги ножуя тасирлар токсик аллергик деб аталади. Аллергек генезга эга ножуя тасирлар бир типли булади ва силга қарши препаратнинг химиявий хусусиятига боғлиқ булмайди. Бу реакция куйдагича юзага чиқиши мумкин: тошма, тери кичиши, ринит, харорат ошиши, бронхоспазм кам холларда Квинки шиши.

Силга қарши препаратлар ва уларни куллашга қарши кўрсатмалар.

Препаратлар	Қарши кўрсатмаларга сабаблар
Изониазид	Жигар ўткир зарарланиши, эпилепсия, психозлар
Рифампицин	Анамнезда рифампицинга юкори сезувчанлик, буйрак етитмовчилиги, курув нерви касаллиги
Пиразинамид	Жигар ўткир жарохати, подагра,
Стрептомицин, капреомицин, амикацин	VIII калла нерви жароати, буйрак касаллиги, хомиладорлик
Этамбутол	Курув нерви касаллиги, катаракта, ретинит, буйрак етишмовчилиги
Протионамид	Ошкозон-ичак касалликлари, буйрак касаллиги, эпилепсия, психоз, хомиладорлик
Циклосерин	Психоз, сурункали алкоголизм, хомиладорлик
ПАСК	Ошкозон-ичак касалликлари, жигар ва буйрак касалликлари, гипотериоз
Тиоацетазон	Ошкозон-ичак касалликлари, жигар ва буйрак касалликлари, кон аъзолари касалликлари

Фторхинолонлар	Фторхинолон катори препаратларига юкори сезувчанлик, хомиладорлик

МБТ нинг силга қарши препаратларга чидамлилиқ мезонлари.

Препарат	Дориларнинг таъсир килувчи минимал концентрацияси мкг/л	
	Суюқ мухит	Каттик мухит
Изониазид	1	1
Рифампицин	1	20
Стрептомицин	5	5
Этамбутол	2	2
Протионамид	5	30
Канамицин	10	30
Флоримицин	10	30
Циклосерин	30	50
Тиоацетезон	10	2

Туберкулёз билан касалланган беморларни даволаш натижаси танланган дори воситалар туберкулёз микобактерияларига таъсирчанлигига боғлиқ. Шунинг учун даволаш курсини бошлашдан олдин туберкулёз кузгатувчиси штамларини танланган дори воситаларига сезувчанлигини аниқлаш керак. Туберкулёз микобактерияларининг дориларга чидамли штамларини шаклланиши касалликни кеч аниқлаш, кўп микдорда бактерия ажралиши, кўплаб туберкулёз учокларининг охиригача етказилмаган даво натижасида ривожланади.

Ўпка силлини стационар ва амбулатор шароитда даволаш

Амбулатор шароитда даволаш стационар даволашга қараганда гигиеник талабни қондира олмаслик, даволаш жараёни ва уни кўтара олиш-олмасликни назорат қилиб булмайди деб ҳисобланарди. Хозирги вақтда бу қарашлар қайта кўриб чиқилди. Бунда социал-иқтисодий омилларниш ўзгариши, ташхис усуллариининг ривожланиши, терапевтик ва хирургик муолажаларниш таракқий этиши сабаб булди.

Биринчи марта ўпка сили аниқланган беморларни социал ҳолати турли кўринишда булади. Уларниш кўпчилиги пиёнисталар, гиёхвандлар ва маънавий бузуқ инсонлар ҳисобланади. Бир вақтнинг узида бу касаллик аклий фаолият билан шугулланувчи, олий ва урта маълумотли табак:аларда ҳам учрайди.

Туберкулёз кўзгатувчисининг дориларга чидамлилиги ва кимётерапия методикаси. Туберкулёз минобактериясини сиша қарши препаратларга "чидамли" ва "таъсирчанлигини белгилашда бир қанча терминлар ишлатилади. Микобактериялар штамлари 2 ёки ундан ортик препаратларга чидамли булса, полирезистентлик деб аталади.

Полирезистент минобактериялар орасида энг асосийлари бу изониазид ва рифампицинга чидамлилари ҳисобланади. Бундай минобактериялар ҚУЗҒатув чиси касаллиги бошқа препаратларга таъсиридан қатъи назар "мультирезистент туберкулёз" деб аталади.

Бир қанча дориларга чидамли туберкулёз касаллигини этиолологик жихатдан хавфли ва даволаниши қийин булгани учун алоҳида эътибор талаб қилинади. Дори воситаларга тургун минобактериялар, аввал туберкулёз билан даволанган беморларда ҳам биринчи марта касал булган беморларда ҳам кузатилади.

Шубҳасиз шароитда даволашга таълуқли:

-касалҳонани ичи инфекциясини инкоркилиш, дор ига штамли шаклсини зарарланишини олдини олиш;

- беморларни узок кўп касалхонада ётишни олдини олиш;

-даволанишни кам харажат килиши тубукулёзга қарши воситаларни тежаш. Амбулатор химиотерапия асоратланмаган ўпка туберкулёзида кўп ишлатилади.

Стационар шароитда беморлар тиббий ходимлар тамонидан кузатилади, дори олишади, текширишлардан ўтказилади, кечкурун уига қайтишади. Гигиенодиетик режим

химиотерапиянинг асосий омилidir. Ўпка туберкулёзи куйидаги ҳолатларда касалхонага ётқизилади:

- туберкулёз ўткир шакли, милиар, казеоз пневмония, туберкулез менингити; - таркалган туберкулёз, массив бактерия ташувчилар;
- чидамли штам; туберкулёзга қарши препаратлар;
- оғир қушимча касаллиги бор беморлар (қандли диабет, ошқозон яра касаллиги ва б.ш.);
- хроник алкоголизм, наркомания, бемор шахсини деградацияси.

Ўпка туберкулёзини даволашда ҳар бир беморга индивидуал дори воситасини танлаш керак. Даволашда асосий характер кишига боғлиқ. Беморлар эпидемиологик жихатдан хавфли, социал ҳолати даволашга таъсир этади.

Ўпка туберкулёзини хирургик даволаш 18-асрдан бери оғиртуберкулёз билан оғриган беморларга ёрдам беришга ҳаракат қилинган. Йиринг олиб ташлаш Гиппократ даврида ҳам қулланилган, бизга маълумки ўпка резекцияси яхши усул бўлган лекин диагностика ёмонлиги, операциянинг ёмон натижа билан тугашига олиб келган.

19-асрнинг охири 20-аср бошида ўпка туберкулёзини даволашда сунъий пневмоторакс (эффektivлигига эришиш учун паритетал ва висцераллардан олишга тугри келади) қулланилади. 1910-1913 йили Стокгольмлик терапевт Х.Якобеус плевра бушлигини қуриш учун тарокоскопия ва термокаустика қуллаган.

Россияда биринчи марта плевра бушлигини тарокоскопия термокаустика билан К.Есипов қуллаган. Қисқа вақт ичида кўп хирурглар ва фтизиатрлар тарококаустикани узлаштирди. Упка туберкулёзида ҳозир энг таркалган усул ҳисобланади. Тарокаустика замонавий миниинвониз хирургиянинг асоси ҳисобланади. Сунъий пневмоторокс фойдаланишини бошлаш билан деярли бир вақтда, енгил қовуга резекцияни қуллади. Кейинроқ бошқа операциялар қулланди. Ўпка туберкулезининг замонавий тури ўпка резекцияси ҳисобланади. Қундузги стационарнинг асосий аҳамияти беморлар учун асосий урин эгаллайди.

Амалий машғулот № 9

Йўтал синдроми. Туберкулез турли шакллари ва ўпканинг носпецифик касалликларида йўтал характери ва балғам ажралиши. Иситма синдроми. Номаълум генезли иситма. Ўпка туберкулези ва ўпканинг носпецифик касалликларида иситма синдроми қиёсий ташхиси

Машғулотнинг давомийлиги – 6 соат	
Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси; -жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм; -ТСО: бинокуляр микроскоп, 2-машғулотнинг компьютер презентацияси.
Машғулотнинг мақсади:	
Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий ташхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шакллариинг қиёсий ташхисида клиник,	

лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.	
Педагогик вазифалари - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарклашни ўргатиш. - Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш. - Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмни фарклашни ўргатиш. - Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.	Ўқув машғулотини натижалари: <i>Умумий амалиёт шифокори (УАШ) билиши зарур:</i> - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми; - Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биохимёвий механизми. - Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар. - Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш - Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонда туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари. <i>УАШ бажара олиши лозим:</i> - Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни. - Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни. - ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш; - Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни. <i>УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:</i> - Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат. - Балғамни бактериоскопик текшириш. - Клиник ва биохимёвий анализларни

	интерпретация қилиш. - Рентгенограммани баҳолаш. - Туберкулин синамаси - Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш. - Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика. - Эпидемиологик режимни бошқариш. - Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш
Таълим усули ва воситалари	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч боскичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, сухбат, кейс-стади
Таълим жараёни ташкил этиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташқаридагилар билан ишлаш
Таълим воситалари	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
Баҳолаш усуллари ва воситалари	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш, «профессионал сураб-суриштириш» амалий куникмасини бажариш

Дарснинг мазмуни

4.1. Назарий қисм.

Ўғтал (tussis) – рефлекс акт бўлиб, нафас ва ёрдамчи мушакларнинг овоз ёриғи ёпик пайтида таранглашиши ва кейинчалик унинг очилиши ҳамда “тўртқисимон” нафас чиқиши, натижада нафас йўлларидаги моддаларнинг фаол ажралиши билан характерланади. Нормал шароитда чанг заррачалари, бактериялар, биров шиллик, нафас йўлларида тушганда, трахея ва бронхларнинг шиллик қаватидаги ҳилпилловчи эпителийнинг фаол ҳаракати туфайли чиқарилади. Ўғталнинг физиологик аҳамияти нафас йўлларида нафас олганда тушган ёки кичик бронхлар перистальтик ҳаракати ва йирик бронхлар ҳамда трахея киприксимон эпителийси фаолияти етарли даражада

дренажлашни бажара олмаганда эндоген ҳосил бўлган ёт моддалардан тозалашдан иборат. Тез-тез, нисбатан доимий ёки турғун қайтарилувчи йўтал кўп ҳолларда нафас олиш аъзолари билан боғлиқ патологик жараённинг симптоми ҳисобланади.

Нафас йўлларига ёт жисм тушганда ёки уларда нафас тизимининг касалликлари туфайли йиғилган шиллик, йиринг ёки қон рефлектор химоя акти ҳисобланувчи йўтал билан чиқарилади. Халқум, ҳиқилдоқ, трахея ва йирик бронхларнинг шиллик қаватида жойлашган адашган нерв ва тил ости нерв охирларининг таъсирланиши оқибатида ҳам рефлектор акт сифатида йўтал кузатилиши мумкин. Энг кичик бронхларда ва альвеолаларда бундай нерв охирлари йўқлиги сабабли йўтал акти чақирилмайди. Халқум орқа девори, овоз йўли, трахея ва плевра йўтал зоналарининг таъсирланиши натижасида кўп ҳолларда осонгина йўтал чақирилиши мумкин.

Бироқ рефлектор таъсирланиш бошқа жойларнинг - бурун бўшлиғи ва ҳатто ички аъзоларнинг таъсирланиши оқибатида ҳам вужудга келиши мумкин. Йўтал марказий генез эга бўлиши ҳам мумкин, бунда таъсирланиш мия пўстлоғидан келиб чиқади ва ўзига хос нерв қўзғалиши сифатида намоён бўлади. Йўтал турткиси механизми чуқур нафас олиш ва бирданига ҳамда кучайган нафас чиқариш асосида ётади, бунда йўтал турткиси овоз ёриғи ёпиқ пайтида бошланади, кейин эса ҳаво торайган овоз ёриғи орқали худди «отилиб чиқади».

Нафас йўллари яллиғланиш жараёнларида нерв охирлари шиллик қаватлари шиши ёки патологик суюқлик (балғам) йиғилиши натижасида “қитиқланади”. Шиш ва суюқлик тўпланиши келиб чиқиши бўйича аллергик ёки циркулятор димланиш оқибати ҳам бўлиши мумкин. Ёш болаларда механик таъсирловчилар нафас йўлларидаги ёт жисмлар, бошқа ҳолатларда эса- кўкс оралиғи катталашган лимфа тугунлари ва ўсмалари билан трахея ёки адашган нервнинг эзилиши ҳисобига бўлиши мумкин.

Йўтал рефлекси одатда узунчоқ мия йўтал марказига узатилувчи адашган нервнинг нафас йўлларидаги сезувчи нерв охирлари ёки плеврадаги рецепторларнинг таъсирланишидан бошланади. Йўтал рефлексининг шаклланиши бош мия пўстлоғининг бошқаруви остида бўлиб, у ноихтиёрий ёки ихтиёрий чақирилган бўлади. Кўпчилик ноихтиёрий ҳолатларда йўтал нафас йўлларидаги ёки плеврадаги рецепторларнинг таъсирланишидан келиб чиқади. Шунингдек марказий келиб чиқувчи йўталлар (аникроғи невроз оқибатида ёки невротик йўтал) ва эшитиш рецепторларини таъсирланиши, кизилўнгач ва бошқа нафас йўлларида ташқарида жойлашган рецепторларнинг таъсирланиши оқибатида келиб чиқувчи йўталлар ажратилади.

Нафас йўлларидаги йўталга кўпроқ сезувчан рефлексоген зоналар мавжуд бўлиб, уларга ҳиқилдоқ усти тоғайи орқа юзаси, овоз бурмалари ва бурма ости соҳаси, шунингдек трахея бифуркацияси ва бўлак бронхларнинг бўлиниш жойлари киради. Бронхлар диаметрининг камайиши билан рецепторлар микдори параллел равишда камайиб боради ва сегментар бронхларнинг шохчалари таъсиротларга кам сезувчан бўлиб қолади. Плевранинг рефлексоген зоналари илдиз атрофи соҳаларида ва қовурга-диафрагмал синусларида жойлашган, лекин йўтал рефлекси унинг бошқа қисмларининг таъсирланишидан ҳам келиб чиқиши мумкин. Тажрибада ўпка тўқимасининг ўзини таъсирлаб йўтал рефлекси чақирилмаган. Ўпка тўқимасида жойлашган чегараланган патологик жараёнларда йўтал йирик бронхларга етарли микдорда балғам тушиши ёки плевранинг патологик жараёнга тортилиши оқибатида юзага келади.

Синусит ёки ринитда бурун ажралмалари халқумнинг орқа девори бўйлаб оққанда ёки ошқозон-қизилўнгач рефлюксида йўтал сабаби узоқ муддат аниқланмаслиги мумкин. Нафас йўлларишиллик қаватининг узоқ вақт таъсирланиши натижасида яллиғланиш, сезувчанликнинг ошиши ва йўтал кучайиши кузатилади.

Йўталнинг бошқа сабаблари бўлиб- нафас йўллари шиллик қаватининг яллиғланиши ва инфилтратацияси, уларнинг босилиб қолиши ва бронхоспазми ҳисобланади.

Яллиғланиш (одатда, инфекция туфайли) ўткир ва сурункали бронхитда, бронхоэктазларда кузатилади. Ўткир бронхитдан сўнг бронхларнинг сезувчанлиги ошиши ҳисобига йўтал бир неча ҳафта давомида сакланиб қолиши мумкин.

Нафақат ёш болаларда, балки катталарда ҳам узоқ муддат йўталишининг сабаби кўкйўтал бўлиб ҳисобланиши мумкин. Тахминий диагноз клиник кўриниши бўйича қўйилади, лекин у серологик тестлар ёрдамида тасдиқланиши керак. Бронхиал астмада йўталнинг сабаби бўлиб яллиғланиш ва

бронхоспазм ҳисобланади. Клиник манзарасига- ҳансираш, ҳуштаксимон нафас, йўтал, бўғилиш ҳуружи хос (аммо йўтал баъзан бронхиал астманинг ягона симптоми бўлиб ҳисобланади).

Нафас йўлларининг инфильтрацияси ўпка ракида, карциноидда, саркоидозда, туберкулёзда кузатилади. Ниҳоят, доимий кучли йўталнинг сабаби катталашган лимфа тугунлари, кўкс оралиғи ўсмалари ёки аорта аневризмаси билан трахея ва бронхларнинг эзилиши бўлиши мумкин.

Йўталнинг сабаби бўлиб ўпканинг паренхиматоз касалликлари: гистиоцитозХ, зотилжам, ўпка абсцесси бўлиши мумкин.

Йўтал кўпинча юрак етишмовчилигида кузатилади (яъни ўпканинг интерстициал ва перибронхиал шиши оқибатида).

Ундан ташқари дори препаратларининг ножўя таъсирлари оқибатида ҳам кузатилиши мумкин. Масалан, АПФ ингибиторлари билан даволаш пайтида, кўпинча даволашнинг 1- ҳафтасида, айримларда кечроқ бир неча ойдан сўнг 5-20% беморларда йўтал келиб чиқади. Унинг келиб чиқиш механизми охиригача аниқланмаган. Эҳтимол, у брадикинин ва Р моддасини парчаловчи АПФ блокадаси оқибатида уларнинг микдори ошиб кетиши туфайли келиб чиқади.

Йўтал маълум бир касалликнинг махсус белгиси ҳисобланмайди, лекин унинг симптоми сифатидаги аҳамияти унинг хусусиятлари ва характери, хусусан унинг кучи, доимийлиги ё даврийлиги, тембри ва баландлиги, оғриқлилиги, балғам ажралиши (нам йўтал) ёки ажралмаслигини (қуруқ йўтал) баҳолаганда ортиб боради. Йўталнинг бир марталик кучли ҳуружи тутун ёки бошқа қитиқловчи моддалар билан нафас олганда, нафас йўлларига ёт таначалар ёки овқат моддалари тушганда кузатилади. Доимий кучсиз йўтал томоқ, ҳикилдоқнинг сурункали касалликларида, димланишли бронхит, юрак касалликларида, ўпка туберкулёзида, кучи бўйича турлича йўтал – сурункали трахеит, бронхитда кузатилади. Сурункали трахеобронхитда йўтал рецепторларининг кўзғатувчиларга бўлган сезгирлиги ошади, бунда йўтал кам кўзғатувчи ҳидлар таъсирида ёки ҳавонинг намлиги ва ҳарорати ўзгаришларида ҳам вужудга келади. Даврий йўтал ўткир респиратор касалликларда, ҳамда чекувчиларда, алкоголикларда, бронхиал астма билан касалланган беморларда кузатилади.

Жарангдор дағал (акилловчи) йўтал кўпинча ўткир ларингитда, болаларда-бўғмада кузатилади. Бундай йўтал одатда товушнинг хириллаши ва афония билан бирга кузатилади. Йўтал трахеобронхит, плеврит, пневмонияда анча кучли бўлади. Товушсиз йўтал товуш бурмалари фалажида ёки емирилишида кузатилади (афония билан бирга кузатилади), шунингдек трахеостомда, бемор жуда ҳолсиз бўлганда ҳам кузатилади. Шовқинсиз кучсиз йўтал сурункали обструктив бронхит, ўпканинг асоратланган эмфиземасига хос. Тумороз бронхоаденити мавжуд болаларда битонал йўтал пайдо бўлади, бунда дағал асосий тонга мусикий юқори обертон қўшилиб келади.

Тутқаноқли ёки конвульсив йўтал кўпинча кечқурун, ҳуруж билан бошланувчи ўзига хос хусусиятга эга. Тутқаноқли йўтал кетма-кет келувчи йўтал турткилари ва улар орасидаги узун ва жарангдор нафас олишлар билан характерланади; кўпинча йўтал ҳуружлари қайтарилиши (реприз) ва қусиш билан кузатилиши мумкин. Бундай йўтал кўкйўтал учун хос.

Қуруқ йўтал (таъсирланишдан кейинги Й., фойдасиз Й.) трахеянинг экспиратор стенози, плевра жарохатланиши, кўкс оралиғи, бронхлар атрофидаги патологик жараёнлар (кўпинча яллиғланишсиз), бронхларнинг ўсма, катталашган лимфа тугунлари, аорта аневризмаси билан эзилишлари, нафас йўлларига ёт жисмларнинг тушишида кузатилади. У кўпинча оғир бўлади, беморлар қийналади. Қуруқ йўтал деб одатда ўткир ларингит, трахеит, бронхит, пневмония бошида кузатиладиган йўталга ва бронхиал астма ҳуружининг эквивалентига ҳам айтилади. Аммо бу касалликларда кўпинча кам балғамли йўтал ҳақида гап кетади.

Балғамли йўтал бронхиал шилликнинг гиперсекрецияси, нафас йўлларида экссудат ҳосил бўлиши билан (бронхит, пневмонияда) ёки уларга суяқлик тушиши (м-н, ўпкадаги паразитар киста ёрилганида) билан кузатиловчи касалликларда учрайди.. Кўп микдордаги балғам бронхлар билан алоқада бўлувчи бўшлиқлар бўлганда кузатилади, бу бўшлиқларда секреция, экссудация, тўқима парчалари тўпланади (бронхоэктаз, абсцесс). Балғамли йўтал бронхларда кўзғатувчи модда (шиллик, йиринг) тўпланганда ҳам кузатилади ва йўталиб бўлгандан сўнг тўхтади.

Юкори нафас йўллариининг сурункали яллиғланишли касалликларида, айниқса чекувчиларда йўтал кўпинча эрталаб кузатилади (яъни кечкурун нафас йўлларида тўпланиб қолган балғамни чиқариб ташланади). Кечки пайтдаги йўтал кўпинча адашган нерв тонусининг физиологик кучайиши оқибатида ёки постдурал дренаж, аллергияк бронхит, бронхиал астма ва юрак астмасида тунги йўтал тез-тез бронхоспазм билан қўшилиб учрайди. Агар патологик жараён рецептор сезгирлиги юкори бўлган соҳада жойлашган бўлса ҳам йўтал учрайди (бронхопульмонал лимфа тугунларининг катталаниши, ўпка туберкулёзи ва бошқалар).

Йўталдаги балғам хусусиятлари муҳим диагностик аҳамиятга эга. Бронхиал астма, трахеитда, ўткир бронхитнинг бошланғич даврида йўтал шишасимон шилимшиқ балғам билан кузатилади. Кейинчалик балғам шилимшиқ йирингли бўлиб қолади. Ўткир ўчоқли зотилжамда шилимшиқ - йирингли балғам ажралади (баъзан қон аралаш). Крупоз зотилжамда - зангсимон балғам ажралади. Сурункали зотилжамни бронхоэктаз билан қўшилиб келганда, ўпка абцесси ва гангреназида балғам йирингли, кўпинча бад-бўй ҳидли бўлади туберкулёз каверналари бўлганда йўтал йирингли, тангасимон балғамли бўлади. Ўпка инфаркти, туберкулёз, бронх ўсмаси, ўпкада қон димланганда, қон аралаш балғамли йўтал кузатилади. Бронх ўсмасининг кечки белгиси бўлиб малина желатинига ўхшаш балғамли йўтал ҳисобланади.

Тез-тез, кучли йўтални узоқ вақт кучли хуруж қилиши натижасида, аста-секин ўпка ичи босими ошиб ўпка эмпиемаси, кичик қон айланиш доираси гипертензияси, ўпка юраги ривожланишига олиб келиши мумкин. Йўтал давомида катта қон айланиш доирасидаги веноз босимининг ошиши натижасида баъзан склерада, бронх веналар тизимида кичик қон қуйилишлари пайдо қилади. Кучли йўтал хуружлари ҳушдан кетиш, юрак ритмининг бузилиши билан асоратланиши мумкин. Ўпка буллёз эмфиземасида кучли йўтал оқибатида альвеолалар ёрилади ва пневмоторакс кузатилади.

Беморга ёндашиш

Диагноз: оғзаки сўровда аниқланади:

- 1) Жараён давомийлиги ёки сурункали ҳолат.
- 2) Хириллашлар ва титроқлар мавжудлиги.
- 3) балғам миқдори ва характери.
- 4) даври ва мавсумийлигини аниқлаш.
- 5) патологик жараённинг асосий хавф омиллари
- 6) Ўтказган касалликлари

Йўтал сабабини аниқлашда анамнез асосий роль ўйнайди. Қуйидагиларни аниқлаш зарур:

- йўтал қачондан бери мавжуд?
- Йўталга нафас йўллари инфекцион касалликлари сабаб бўлганми?
- Мавсумий зўрайишлар хосми? Ҳуштаксимон нафас ёки бўғилш хуружлари бўладими?
- Йўтал хуружида бурун ажралмалари борми (ринит, синусит) ёки жиғилдон қайнаши (қизилўнгач-ошқозон рефлюкси).
- Иситма борми? Йўталда балғам ажраладими? Агар бўлса миқдори ва ранги қандай?
- Бошқа касалликлари борми ёки хавфли омиллар (чекиш, ОИВ- инфекция, атроф -муҳитнинг салбий таъсири).
- Бемор АПФ- ингибиторларини қабул қиладими?

Касалликнинг иситма билан қўшилиб келиши уни бактериал ёки инфекцион этиологияли инфекция келтириб чиқаради дейиш мумкин.

Халқумнинг орқа деворидан шилимшиқнинг оқиб тушиши сурункали йўталга сабаб бўлади, чекувчи одамда “чекувчи йўтали” билан бўлганда балғамнинг ранги ёки унинг ҳажмининг ўзгаришларини ўрганиш пневмонияни рецидивланиши ва йирингли балғамнинг кўп бўлиши бронхоэктазга шубҳа туғдиради. Сигарет чекиш даврида йўтал ўз хусусиятини ўзгартирса, бронх ўсмасига шубҳа туғилади

Асоратлар

- 1- веноз оқимининг камайиши туфайли хушдан кетиш.
- 2- эмфизематоз пуфакчалар ёрилиши натижасида пневмоторакс ҳосил бўлиши.
- 3- Ковурғанинг синиши

Даволаш

Йўтални бартараф этиш учун асосий патологик жараёни даволаш керак. Агар йўталнинг сабаби номаълум бўлса унда кўрик йўтални қолдириш наркотик йўтал қолдирувчи воситалар қўллаш мумкин (кодеин 15-30 мг кунига 4 маҳал) ёки нонаркотик (декстриметарфин 15 мг кунига 4 маҳал). Маълум миқдордаги ажралаётган балғамли продуктив йўтални тўла қолдириш шарт эмас. Адекват гидратация ва нафас олинувчи ҳавони ультратовушли сочувчи мослама билан намлаш орқали балғам сифатини яхшилаш мумкин. Бронхиал астма ва сурункали бронхитда йодланган глицерин жуда ҳам фойдали бўлиши мумкин. (30мг дан 4 маҳал). Ўткир ёки сурункали бронхитда гуанфензин (100мг кунига 3 маҳал) яхши натижа бериши мумкин.

Турлича табиатли йўтални терапевтик даволашнинг асосий вазифаси касалликни тузатиш ҳисобланади. Йўтал бу бронхларнинг эффектив дренаж функцияси бўлиб, уни тўхтатиш керак эмас, аксинча уни дренажловчи хоссаларини яхшилаш керак. Узлуксиз йўтални қолдириш учун наркотик препаратлар берилади, лекин бу дориларни опий гуруҳига (кодеин, дионин, гидрокодон ва текодин) киришини, уларга ўрганиб қолиш ва нафас марказини тормозловчи хоссасини ҳисобга олиш керак. Агар йўталга қарши препаратлар узок вақт берилиши керак бўлса, унда нонаркотик дорилар бериш мақсадга лойиқ. Бу препаратлар йўтал рецепторларига таъсир этади (глаусин, либексин).

Балғам (снутум) йўталганда ажралиб чиқадиган трахеобронхиал шилликнинг сўлак билан қўшилиб ва бурун шиллик қавати ва бурун олди бўшлиқлари ажралмалари билан патологик жараёнда юзага келувчи ажралмадир. Меъёрида трахеобронхиал ажралма сероз ва шиллик безлар ажратган шилликдан иборат, унда трахея, йирик бронхлар шиллик қавати кадаҳсимон хужайлари ва элементлари мавжуд (альвеоляр макрофаглар ва лимфоцитлар кўпроқ бўлади).

Сўлак бурун ажралмаси каби бактерицид хусусиятга эга. Трахеобронхиал ажралма ўзидан мукоцилиар клиренс механизми ҳисобига юзага келувчи метаболит ва хужайра детритларини тутати, улар киприкли эпителий ҳаёти давомида ҳосил бўлади. Трахеобронхиал ажралма меъёрида 10-100мл бўлади, соғлом одам нормада буни ютади.

Балғам кўриниши трахеобронхиал ажралма таркиби ва миқдори ортишига боғлиқ (масалан: бурун бўшлиғи шиллик қавати инфекцион ва аллергия яллиғланишларида нафас олган ҳаводаги кўзғатувчи омиллар таъсирига боғлиқ), шунингдек шиллик қават олиб ташланганда механизм бузилишига боғлиқ. Бронхлар касалланганда трахеобронхиал ажралманинг реологик хусусиятлари ўзгаради, натижада ишлаб чиқариладиган шиллик миқдори ортади ва киприксимон эпителий функцияси сусайиши инфирциланган шилликнинг бронхда димланишига сабаб бўлади.

Балғам хусусияти, таркиби ва характери.

Балғам миқдори турли патологик жараёнларда 1-11,5 литр/кунига етади. Балғам ранги унинг таркибига боғлиқ. У рангсиз ёки йиринг аралашганда сарғиш бўлиши мумкин; яшил ранг йирингли балғам йиғилиб қолганидан дарак беради. Ёрқин сариқ ёки канарейка ранги кўп миқдорда эозинофил борлигидандир, масалан ўпканинг эозинофилли инфильтрати, бронхиал астма. Зангсимон балғам кўпроқ гематин ҳосил бўлувчи крупоз пневмонияда кузатилади, у альвеолалар ичига диапедез йўли билан тушган эритроцитлар парчаланиши натижасида ажралади. Қора балғам пневмотораксда бўлиши мумкин, сабаби нафас олишда кирган кўмир чанглари бўлади. Баъзи бир дори воситалари балғамга кизғиш тус беради. Одатда балғам хидли бўлади. Балғамдан чириган хиднинг келишига ўпкадаги чириувчи микрофлора томонидан қақирилган абцесс ёки гангрена сабаб бўлади. Қаттиқлигига кўра балғамнинг суюқ, қуюқ ва ёпишқоқ, хусусиятига кўра балғам шиллик, шиллик-йирингли, йирингли ва қон аралаш бўлади. Шиллик балғам асосан рангсиз ёпишқоқ, чўзилувчан шаффоф ҳолатида бронхиал астма хуружидан сўнг бўлади. Шиллик – йирингли балғам кўпинча ўпка ва бронх касалликларида учрайди. Қуюқ шиллик-йирингли балғам йўтал вақтида бронх бўлаклари кўринишида ажралиши мумкин. Қуюқ ва чўзилувчан шиллик-йирингли балғам муковисцидозда ажралади. Йирингли балғам кам учраб, плевра эмпиемаси бронх ичига ёрилганда ажралади. Қон аралаш балғам ўпкадан қон кетишининг белгиси ҳисобланади. Балғам таркиби ва нормал бронх секретари таркибига асосан оксил, гликопротеидлар, углевод, нуклеид ва липидлар кириди. Кўпчилик биохимиявий моддалар плазмадан диффузланади, аммо базилари ўпкада синтезланади, масалан сурфактант, муцин ва секретор иммуноглобулин А. Муцин таркибида кўплаб сиал кислоталари

бўлиб, балғам эластиклигини белгилаб беради. Трахеобронхиал шиллиқ таркибида сув 89-90% бўлиб, гликопротеинлар комплекси ҳосил қилган бўлади ва шунингдек хлор, натрий, калий ионлари бўлади. Трахеобронхиал шиллиқ ва балғамнинг иммунологик хусусияти унинг таркибидаги лактоферринга боғлиқ-у бронх шиллиқ ҳужайралари томонидан синтез қилинади (лактоферриннинг бактериоцид хусусияти унинг темир боғлай олиши билан боғлиқ. Лизоцим, интерферон, секретор иммуноглобулин А нинг энг юқори миқдори трахея ва йирик бронхлар секретари таркибида бўлади. Унинг асосий ҳимоя функцияси бактериялар аглютинация қилиши, уларнинг эпителий мембранасига эпишишига тускинлик қилишидир. Секретор иммуноглобулин А организмни вируслардан ҳимоя қилишда муҳим аҳамиятга эга. Бунда асосан протеаза ингибиторлари бўлиб: А1 антитрипсин озод формада ва лейкоцитларнинг протеолитик ферментлари билан комплекс ҳолда А2 макроглобулин антихимотрипсин ва яна кичик молекуляр кенг таъсир доираси юқори антипротеаза активликка эга бўлган ингибиторлар. трахеобронхиал шиллиғи билан протеаза ингибиторлари комплекси яллиғланиш жараёнида ажраладиган лейкоцитар ва макрофагли протеолитик ферментлар таъсирини тўхтатади. Йирингли балғам кўп миқдорда коллагеназа, эластаза ва химотрипсинга ўхшаш ферментлари бўлиб улар оксил молекулаларини парчалаб балғамнинг ажралишини ва унинг реологик хусусиятларини яхшилайдди. Аммо бу ферментларнинг кўп бўлиши бронхлар шиллиқ қаватининг ва ўпканинг эластик тузилишининг шикастлаши мумкин. Балғамни текшириш учун наҳорда стерил идишда йиғилади. Туфлашдан олдин сўлакни камайтириш учун оғизни антисептик эритма, кейин қайнаган сув билан чайиш керак. Агар балғам олишнинг иложи бўлмаса изотоник эритмали китикловчи ингаляторлар буюрилади. Микробиологик ва цитологик текшириш учун бронх-альвеоляр ювинди ёки бронхоскопияда олинган аспират моддаларини ишлатиш мумкин.

Клиник амалиётда балғамни текшириш учун макроскопик, микроскопик, микробиологик ва физик-кимёвий усуллардан фойдаланилади.

Балғамни макроскопик текширганда унинг суткалик миқдори, ҳиди, консистенцияси ва характери аниқланади. Яна балғамнинг шиша идишда ёйилиши кузатилади, шиллиқ ва шиллиқ - йирингли балғам ёйилмайди. Йирингли балғам икки қаватга ажралади, баъзан ўпкада йирингли жараён бўлса уч қаватга ажралади.

Балғамни микроскопик текширув бўялган ва бўялмаган препаратларни ўрганишдан иборат. Микроскоп кичик объектида ёки лупа орқали кўрганимизда бўялмаган Куршманн спиралларини аниқлаш мумкин. Улар спиралсимон оқиш шаффоф толалар ўртасида ўралган оқиш ип бўлиб; уларнинг аниқланиши бронхларнинг спастик ҳолатда эканлигини англатади. Баъзан бронхиал астмада Шарко-Лейдинг ҳужайралари аниқланиши мумкин. Кристаллар эозинофиллар парчаланиши натижасида ҳосил бўлган силлиқ ялтироқ, рангсиз, турли хил ўлчамдаги ромбсимон шаклда бўлади.

Ўпка асбестозида баъзан асбест таначалари топилиши мумкин. Кох линзалари ёки гуручсимон таналар кўкиш сарғимтир бўлиб, катталиги тўғноғич бошидай, етарлича зичликка эга бўлган таналар силнинг деструктив формасига характерли бўлиб туберкулёзни замонавий метод билан даволашда кам учрайди.

Балғамда маълум бир касалликка хос ҳужайралар топилиши мумкин. Юрак нуқсонлари деб номланувчи ҳужайралар ёки гемосидерофаглар-цитоплазмасида гемосидерин киритмаларини сақловчи альвеоляр макрофаглар бўлиб, ўпка инфаркти, идиопатик ўпка гемосидерози, юрак етишмовчилигига боғлиқ ўпка димланишларида, турли генезли қон туфлашларда учрайди. Балғамда эозинофиллар асосан бронхиал астмада топилади. Пирогов-Лангханс ҳужайралари- кўп ядроли гигант ҳужайралар бўлиб, овал ёки юмалоқ шаклда бўлади ва ўпка туберкулёзи учун хос. Балғамни цитологик текширув орқали ундаги ҳужайравий элементларга қараб бронх ва ўпкадаги касалликнинг фаоллиги аниқланади, инфекцион ёки аллергик яллиғланиш устунлиги аниқланади. Бронх ўсмаси диагностикасида цитологик текшириш айниқса юқори хавф гуруҳига кирувчи шахсларни профилактик текширишда ишлатилади. Балғамда яқка ёки тўп ҳолдаги ўсма ҳужайраларининг топилиши ўпкадаги ўсма жараёнини нафақат тасдиқлайди, балки унинг гистологик турини ҳам аниқлаб беради. Балғамни микробиологик текширув ўз ичига микроскопик текширув, соф культурани олиш, уларни дори воситаларига сезгирлигини аниқлаш ва бошқа текширувларни олади. Трахеобронхиал секретдан кўпинча қуйидагилар ажратиб олинади: патоген- *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*; шартли патоген- неклостридиал анаэроблар- *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermis*, *Streptococcus hemolyticus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*. Балғамни бўялган ва бўялмаган препаратларида донатор *Candida* замбуруғларининг топилиши ўпка кандидози

диагнози учун етарли эмас; актиномицет колонияларининг йирингли массалар билан бирга топилиши диагностик аҳамиятга эга.

Бактероскопияда туберкулёз микобактерияларини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, уларни Циль-Нильсен усулида фуксин билан кизил ранга бўяб топилади. Оддий усул билан бўялган балғамни текширганда 1мл балғамда 100 000 дан кўп туберкулёз микобактериялари бўлса натижа мусбат бўлади. Агар натижа манфий бўлиб туберкулёзга шубҳа туғилганда концентрациялаш методидан фойдаланилади. Флотация методи туберкулёз микобактерияларни 1мл балғамда балғамда 50 000 га яқин бўлганда ҳам аниқлаш имконини беради. 1-2 кунда йиғилган 10-15 мл балғам гомогенизацияланиб, натрий ишқори 0,5% ли эритмасининг иенг миқдори билан аралаштирилиб, 10 минут чайқатилади. Сўнгра 100мл дистилланган сув ва 0,5 мл бензин қўшилиб яна балғамли-10 минут давомида аралаштирилади. Тахминан 30 минутдан сўнг юзага қалқиб чиққан бензин томчиларидан иборат флотацион халқа туберкулёз микобактерияларни тутати. Олинган материалдан ёруғлик ва люминисцент микроскопия учун препарат тайёрланади.

Грам усулида бўялган балғам микроскопиясида занжир ҳосил қилган стрептококклар, узум шингилига ўхшаш стафилококклар, фриндлер диплобактериялари, пневмококклар кўринади.

Ўпка ва бронхларнинг специфик касалликларида қўзғатувчини топишда балғам ва бронх ювиндиси тегишли озуқа муҳитига экилади. Ўсган микробларни антибиотик препаратларга сезгирлиги текширилади ва идентификацияланади. Балғамдан ажратиб олинган микроорганизмлар ролини аниқлаш учун уларнинг миқдори аниқланади ва яна олинган културани бемор зардоби билан билвосита иммуофлюоресценция реакциясидан ҳам фойдаланилади. Микроскопик текширув самарадорлигининг асосий шарти патологик материални антибиотикотерапиядан олдин олишдир, даволашдан кейин қисқа давр ичида олинган бўлса материалга тўғри ишлов бериш керак. Микрофлорани динамик ўрганиш қўзғатувчи алмашинувини аниқлаш имконини беради. Кўпроқ маълумот олиш учун ўша патоген ёки шартли патоген микроорганизмни 2-3 марта текшириш керак

Биологик текшириш-туберкулёз микобактериясига янада сезгир усулдир. Носпесифик микрофлорани йўқотиш учун олтингугурт кислотаси билан ишлов берилган балғам ҳайвоннинг (денгиз чўчкаси боласига) қорин пардага ёки чов соҳасига юборилади. Балғамда туберкулёз микобактериялари бўлса 1-3 ойдан сўнг ҳайвонда специфик, туберкулёзга хос яллиғланиш аниқланади. Ушбу методни қўллаш узоқ вақт талаб қилганлиги учун чекланган (иуберкулёз белгилари ривожланиши учун 3 ой керак).

Физик-кимёвий текширувлар.

Балғамнинг ёпишқоқлиги ва эластиклигини ўрганиш учун ротацион вискозиметр қўлланилинади. рН миқдори рН-метр ёрдамида аниқланади. Балғам муҳити кўп ҳолларда бронхлардаги яллиғланиш характери ва тезлигига боғлиқ: агарда унга ошқозон таркибий қисми аралашса кучсиз ишқорий ёки кислотали бўлади .

Бронх бўшлиғида плазманинг экссудация босқичи узоқ давом этса умумий оқсил миқдори лаури усулида аниқланганда юқори чиқади. Пневмонияда балғамни 1-2%, ўпка шишида эса ундан кўпроқ оқсил аниқланади.

Ўпка туберкулёзи

Туберкулёзнинг қайта фаоллашиш жараёни ўпканинг юқори бўлак апикал орқа сегментида ва орқа бўлак юқори сегментида жойлашади. Касаллик бошланиши белгиларсиз кечади. Симптомлари: хансираш билан кечувчи сурункали йўтал, йирингсиз балғам. Қон туфлаш кўп учрайди, лекин камдан-кам кўп миқдорда ажралади, айниқса каверна ҳосил бўлганда яққол ифодаланади.

Туберкулёзли ларингит ва эндобронхит

Туберкулёз жараёни халқум шиллиқ қавати ва бронх дарахтига инфицирланган балғам ажралганда тарқалади ва яққол ифодаланган ўпка туберкулёзида келиб чиқади, унинг асосий симптоми— товуш ўзгариши. Қонли йўтал- туберкулёзли эндобронхитининг етакчи кўринишидир. Иккала касаллик ҳам юқори даражада юқумли ҳисобланади.

Иситма (febris) – организмнинг ҳимоявий мослашиши бўлиб, патоген кўзгатувчиларга жавобан тана терморегуляциясининг нормадан юқори ушлаб турилишидир.

Иситмадан гипертермияни фарқлаш лозим. Иситма – ҳароратнинг кўтарилиши бўлиб, бунда организмнинг терморегуляция жараёни ўзгармай, балки ташқи муҳит шароитга боғлиқ ҳолда тана ҳарорати кўтарилади. Инфекцион иситмада тана ҳарорати 41°C дан ошмайди, у гипертермиядан фарқ қилади, чунки бунда ҳарорат 41°C дан юқори бўлади.

Иссиқликнинг бошқарилиш механизми

Инсоннинг тана ҳарорати – организмда иссиқлик ҳосил бўлиши (организмдаги модда алмашинуви жараёни маҳсули сифатида) билан тана юзаси орқали иссиқлик ажралиши ўртасидаги мувозанат бўлиб, асосан тери (90-95%), шунингдек ўпка, нажас ва пешоб орқали ҳам ажралади.

Бу жараёнлар термостатга ўхшаб таъсир этувчи гипоталамус орқали бошқарилади. Ҳароратнинг ошишини келтириб чиқарувчи ҳолатларда гипоталамус симпатик асаб тизимига тери қон томирларини кенгайтиришга, кўп тер ажралишига “буйруқ” беради. Бу эса ўз навбатида иссиқлик ажралишини оширади. Ҳароратнинг пасайишида гипоталамус тери қон томирларини торайтириши, мушакларнинг титраши ёрдамида иссиқликни ушлаб қолишни буюради.

Ҳароратни кўтарилиши–ҳар хил ички ва ташқи стимуллар таъсири натижасида “гипоталамик термостат”(иссиқлик маркази)нинг ҳароратни нормадан бирмунча юқори даражада тутиб туришдир.

Кўпинча бошланғич ҳалқа **экзоген пирогенлар** ҳисобланади. Улар қаторига биринчи навбатда инфекция кўзгатувчилар (бактериялар, вируслар, замбуруғлар, паразитлар) ва уларнинг токсинлари, оксиллар парчаланиш маҳсулотлари (масалан, некроздаги резорбцион иситмада, инфаркта, гематомада, гемолизда, куйишларда); аллерген ва иммун комплекслар (коллагенозлар, зардоб касалликлари) ва бошқа пироген субстанциялар киради. Экзоген пирогенлар гипоталамус иссиқлик марказига тўғридан –тўғри таъсир этмасдан, балки эндоген пирогенлар орқали таъсир этади.

Эндоген пироген – паст молекулярли оксил бўлиб, у қонда моноцитлар, қорин парда, ўпкалар, талок, жигар тўқималари макрофаглари томонидан ишлаб чиқарилади. Баъзи бир ўсма касалликларда–лимфома, моноцитар лейкоз, буйрак раки (гипернефрома)да мустақил равишда эндоген пироген ишлаб чиқарилиши юз беради ва шундан келиб чиқиб, унинг клиник кўринишида иситма иштирок этади.

Эндоген пироген ҳужайралардан ажралгандан сўнг гипоталамуснинг преоптик соҳасидаги ҳароратга сезгир нейронларга таъсир қилади, серотонин иштирокида простогландин E1, E2 ва цАМФ синтези индуцирланади. Бу биологик фаол бирлашмалар бир тарафдан иссиқлик маҳсулоти гипоталамусни қайта шакллантирилиши йўли билан организм ҳароратини юқори даражада ушлаб туриши, бошқа тарафдан – томир ҳаракат марказига таъсир қилган ҳолда периферик томирлар торайишини ва иссиқлик ажралишини камайтиради ва бу ҳамма ҳолатларда иситмага олиб келади. Иссиқлик маҳсулотининг ортиши мушак тўқимасида метаболизм интенсивлигининг ортиши ҳисобига юз беради.

Баъзи ҳолларда гипоталамус стимуляцияси пирогенлар ҳисобига эмас, балки эндокрин тизим функцияси бузилиши (тиреотоксикоз, феохромоцитома) ёки вегетатив нерв тизими (нейроциркулятор дистония, неврозлар), баъзи дори воситалари таъсири натижасида (дори воситалардан келиб чиқувчи иситма)келиб чиқади.

Дори воситалари таъсири натижасида келиб чиқувчи иситма сабаби пенициллин ва цефалоспоринлар, сульфаниламидлар, нитрофуранлар, изониазидлар, салицилатлар, метилурацил, новокаинамид, антигистамин препаратлар, аллопуринол, барбитуратлар, глюкоза ва бошқалар Ҳисобланиши мумкин.

Марказ генезли иситма бош мияда қон айланишининг бузилиши, ўсма, бош мия жароҳатланиши натижасида гипоталамус ҳарорат марказининг таъсирланиши туфайли келиб чиқади.

Шундай қилиб, тана температураси экзопирогенлар ва эндопирогенлар тизими фаолиятига боғлиқ ҳолда ёки умуман пирогенлар иштрокисиз ошиши мумкин.

Тана ҳароратининг кўтарилиш даражаси “гипоталик термостат” орқали бошқарилишига қарамай, ҳатто ёш болаларда ҳам (асаб тизими тўлиқ ривожланмаган) иситма камдан – кам 41°C да бўлиши мумкин. Бундан ташқари тана ҳароратини кўтарилиш даражаси маълум меъёردа бемор организми ҳолатига ҳам боғлиқ: ҳар хил одамларда битта касаллик ҳар хил кечиши мумкин. Масалан, пневмонияда ёш ўсмирларда ҳарорат 40°C ва ундан юқори бўлиши мумкин, қарилик ёшида ва озиб кетган инсонларда ҳарорат унчалик сезиларли даражада кўтарилмайди; баъзида ҳарорат нормадан ошмаслиги ҳам мумкин.

Иситма классификацияси

Иситманинг кечиши

Иситма 2 ҳафтагача бўлса **ўткир**, агар иситма 2 ҳафтадан узоқ давом этса **сурункали** дейилади.

Бундан ташқари, ҳароратнинг кўтарилиш босқичи (stadium incrementi), иситманинг авж олган даври (fastigium ёки асме) ва ҳароратнинг пасайиш босқичи (stadium decrementi) фарқланади.

Ҳароратнинг пасайиши ҳар хил кечади. Аста-секин, 2-4 сутка давомида ҳароратнинг поғонасимон тушиши ва кечкурунги ҳароратнинг сезиларсиз кўтарилишлар билан кечиши **лизис** дейилади. Тўсатдан ҳароратнинг сутка давомида бирданига нормага тушиши **кризис** дейилади. Қоидага биноан, ҳароратни тез тушиши кўп терлаш билан кечади. Антибиотиклар эрасига қадар бу феноменга катта аҳамият берилган, чунки бу феномен тузалиш босқичининг рамзи бўлган.

Тананинг ҳарорати кўтарилишининг даражалари :

Тана ҳароратининг 37°C дан 38°C гача кўтарилиши субфебрил иситма (лат. sub ости, паст + febris иситма)

Тана ҳароратининг ўртача даражада 38°C дан 39°C гача кўтарилиши фебрил иситма дейилади.

Тана ҳароратининг юқори, 39°C дан 41°C гача кўтарилиши пиретик иситма номини олган (грекча pyretos-иссиқ)

Тана ҳароратининг ҳаддан ташқари юқори кўтарилиши (41°C дан юқори)- гиперпиретик иситма дейилади. Бу ҳарорат ўз-ўзидан ҳаёт учун ҳавфли ҳисобланади.

Ҳарорат эгрилиги

Ҳарорат юқори бўлганда клиницист учун тана ҳароратини нафақат бир марта ўлчаш, балки маълум вақт давомида унинг динамикасини ҳам билиши лозим. Одатда ҳарорат кунига 2 маҳал ўлчанади (эрталаб соат 7-9 да ва кечкурун соат 17-19 да). Ҳароратни суткалик тебраниши иситманинг тури ва шаклини аниқлашга ёрдам беради.

Иситманинг 6 та асосий тури ва 2 та шакли бор:

Шуни инобатга олиш керакки, бизнинг аجدодларимиз касалликнинг диагностикасида ҳарорат эгрилигига катта эътибор беришган, лекин ҳозирги даврда иситмани классик турлари ишда кам ёрдам беради, чунки антибиотиклар, иссиқлик туширувчи воситалар ва стероид препаратлар нафақат ҳарорат эгрилиги характерини, балки касалликни бутун клиник кўринишини ҳам ўзгартириб юборади.

Иситма турлари

1. Доимий ёки турғун иситма (febris continua). Бунда тана ҳароратининг доимий кўтарилиши кузатилади, сутка давомида эрталабки ва кечқурунги ҳарорат фарқи 1°C дан ошмайди. У ўпканинг крупоз яллиғланиши, қорин тифи, вирусли инфекция (масалан, грипп) учун характерли.

2. Бўшаштирувчи иситма (febris remittens, ремитирланувчи). Бу тана ҳароратининг доимий ошиб бориши билан характерланади, лекин ҳароратнинг суткалик фарқи 1°C дан ошади. Бундай ошувчи температура туберкулёз, йирингли касалликлар (масалан, чанок абсцесси, ўт пуфаги эмпиемаси, жароҳат инфекцияси), хавфли ўсмаларда учрайди.

Шуни ҳам айтиб ўтиш лозимки, тана ҳароратининг кескин ўзгариб туриши (эрталабки ва кечқурунги тана ҳароратининг фарқи 1°C дан ошадиган бўлса), кўпинча қалтираш ҳолатлари билан кечувчи иситмалар **септик** ном билан юритилиши қабул қилинган (ўзгарувчан иситма ва гектик иситмаларга қаранг).

3. Ўзгарувчан иситма (febris intermittens, интермитирланган). Суткалиик ҳарорат фарқи худди ремитирланувчи иситмага ўхшаб, 1°C дан ошиб боради, аммо бу ерда эрталабки ҳарорат нормага яқин ётади. Бунга сабаб тана ҳароратининг кўтарилиш даври тахминан бирор вақт оралиғида (кўпинча ярим кунга яқин ёки кечаси) бир неча соатга ошиши ҳисобланади. Ўзгарувчан иситма малярия, инфекциян моноклеоз ва йирингли инфекцияларда (масалан, холангитда) кузатилади.

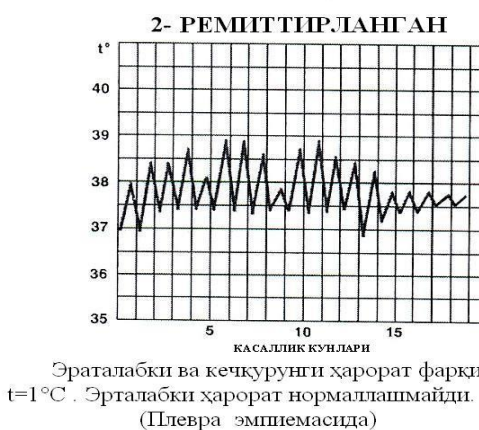
4. Мадорсизлантирувчи ёки гектик иситма (febris hectic, гектик). Эрталаб худди интермитирланувчи иситмага ўхшаб нормал, ҳатто тана ҳароратининг тушиши кузатилади, аммо суткалик ҳароратнинг фарқи $3\text{--}5^{\circ}\text{C}$ гача боради. Бундай тана ҳароратининг кўтарилиши ўпканинг фаол туберкулёзига ва сепсис билан кечувчи касалликларда учрайди.

5. Тескари ёки бузилган иситма (febris inversus). Бу бошқа иситма турларидан шу билан фарқ қиладики, бунда эрталабки тана ҳарорати кечқурунгидан баландроқ бўлади, аммо шундай бўлсада одатда унча баланд бўлмаган кечқурунги ҳароратнинг кўтарилиши кузатилади. Бу иситма асосан туберкулёзда (кўпинча), сепсисда, бруцеллёзда учрайди.

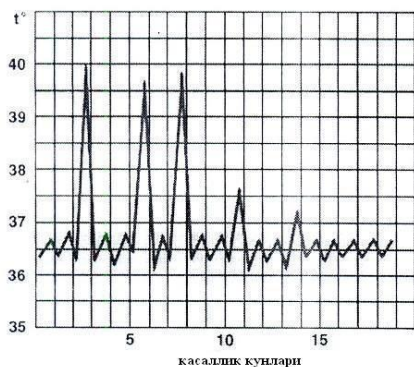
6. Нотўғри ёки идора қилинмайдиган иситма (febris irregularis). Бу юқорида кўрсатилган турли хил иситма турлари билан алмашиб келади ва ҳароратнинг суткалик фарқи ҳар хил ёки нотўғри кўринишда бўлади.

Нотўғри иситма ревматизмда, эндокардитда, сепсисда, туберкулёзда учрайди.

ИСИТМА ТУРЛАРИ



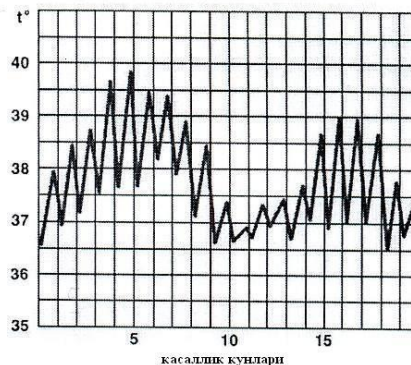
3 - ИНТЕРМИТТИРЛАШГАН



Суткалик фарқ $t=1-2^{\circ}\text{C}$, эрталабки ҳарорат нормалашади.

(4 кунлик малярида)

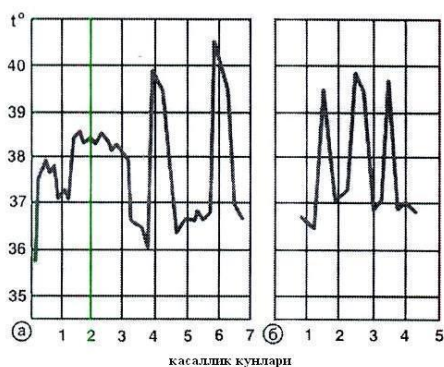
4 - ГЕКТИК ИСИТМА



Суткалик фарқ $t=3-4^{\circ}\text{C}$.

(Сепсизда)

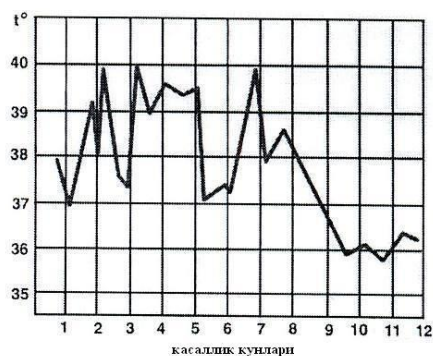
5 - БУЗИЛГАН ИСИТМА



Эрталабки ҳарорат юқори кечкурунги си эса паст бўлади.

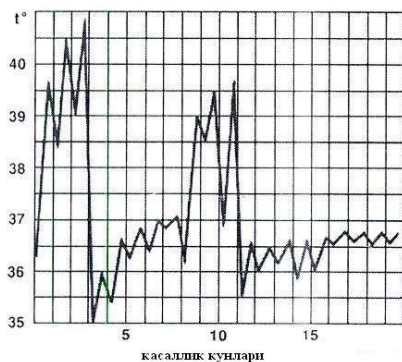
(Уч кунлик малярида)

6 - НОТЎҒРИ ИСИТМА



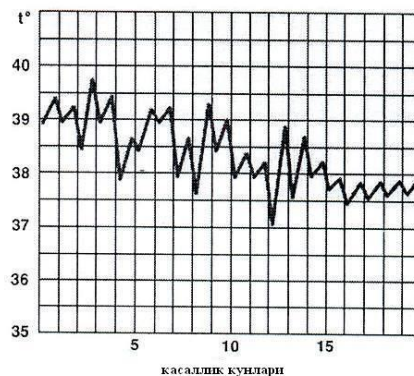
(Тропик малярида)

7 - ҚАЙТАЛАНУВЧИ ИСИТМА



Ҳароратнинг бир неча кун юқори бўлиши, кейин эса тушиши. (4-5 кун давомида). (Қорин тифида)

8 - ТЎЛҚИНСИМОН ИСИТМА



Лимфогранулематозда

Иситма шакллари

1. Тўлқинсимон иситма (febris undulans) маълум вақт оралиғида ҳароратнинг аста-секинлик билан ошиб бориши (ва яна аста-секинлик билан тушиб бориши доимий ёки ремитирланувчи иситма бир неча кун давомида) ва тўлқин қаторини ҳосил қилиши билан ҳарактерланади. Бу иситмани аниқ бир механизм билан кечиши аниқланмаган. Тўлқинсимон иситма бруцеллёз ва лимфогранулематозда кузатилади.

2. Қайталанувчи иситма (febris recurrens, рекуррент) бунда иситманинг йўналиниш даври нормал иситма йўналиш даври билан алмашилиб келади.

Бундай типик шакл қайталама тифда, малярида учрайди.

- Бир кунлик ёки эфемерли иситма (febris ephemera ёки febriculara): тана ҳароратининг кўтарилиши бир неча соат давомида кузатилади ва бу бошқа қайтарилмайди. Бундай шакли иситма енгил ўтувчи инфекцияларда, қуёшда узоқ турганда, қон қуйгандан кейин, баъзида вена ичига дори воситалар юборилгандан кейинги ҳолатларда учрайди.
- Ҳар кунлик такрорланувчи хуружларда–қалтираш, қизиб кетиш, ҳароратнинг тушиши кузатилади. Бу эса малярида ҳар кунлик иситма (febris quotidiana) дейилади.
- Уч кунлик иситма (febris tertiana) – малярининг кун ора такрорланувчи хуружда учрайди.
- Тўрт кунлик иситма (febris quartana)–маляриянинг 2 кунлик иситмасиз такрорланувчи хуружда учрайди.
- Беш кунлик иситма (синонимлари: Вернера-Гиса касаллиги, пароксизмал риккетсиоз)–бундай иситма ўткир инфекцион касалликларда, *Rochalimacea quintana* риккетсияси чақирувчи касалликларда, тўрт кунлик, беш кунлик такрорланувчи иситма хуружларининг пароксизмал шакли билан кечувчи ҳолатларда, бир неча кунлик ремиссия даврларда ёки тифоидли форма билан узоқ кунлар давом этувчи узлуксиз иситмада учрайди.

Иситмада кузатиладиган симптомлар

Иситма фақатгина ҳарорат кўтарилиши билан кечмайди. Иситмада пульс ва нафас тезлашади, артериал қон босими кўпинча тушади, беморлар қизиб кетиш ҳисси, чанқаш, бош оғриғига шикоят қилишади; ажралаётган сийдик миқдори камаёди. Иситмада модда алмашинуви тезлашади, шу билан бир қаторда иштаха пасайишига, узоқ иситмалаётган беморлар озишига олиб келади. Юқори истма делирия билан асосан қариялар ва спиртли ичимликни мунтазам истеъмол қилувчиларда кузатилади.

Тахикардия

Тана ҳарорати ва пульс орасидаги муносабат катта аҳамиятга эга, чунки бир хил шароитларда у деярли доимий бўлади. Одатда тана ҳароратининг 1°C га ортиши юрак уриш частотасининг минутига 8-12 тагача ортишига олиб келади. Агар 36°C ҳароратда Ps 70 та бўлса, 38°C да Ps 90 тагача ортади.

Юқори тана ҳарорати ва пульс частотаси орасидаги боғлиқликнинг у ёки бу тарафга оғиши таҳлилни талаб қилади, чунки баъзи касалликларда бу муҳим кўрсаткич ҳисобланади (масалан, қорин тифида иситма аксинча нисбий брадикардия билан ҳарактерланади).

Терлаш

Терлаш–иссиқлик ажралишининг бир тури. Кўп терлаш ҳарорат тушганда кузатилади; ҳарорат кўтарилганда эса аксинча тери одатда иссиқ ва қуруқ бўлади. Тер ажралиши иситманинг ҳамма турида кузатилмайди; у йирингли инфекция, инфекцион эндокардит ва баъзи касалликларда кузатилади.

Қалтираш

“Қалтираш” (frigor) бирор ички қалтираш ва совуқни ҳис қилган ҳолатни белгилаш учун қўлланилади. Қалтирашда периферик артериолалар тораяди ва ғоз териси пайдо бўлади. Мушак титраши баъзан шу даражада ифодаланадики, ҳатто бемор гапира олмайди ва тишлар “таққиллаши” эшитилади (чайнов мушаклари тремори), бемор ҳис қилинаётган совуқ эса иссиқ кийим кийгандан кейин ҳам йўқолмайди. Тери ва оёқ- қўл совуқлигига қарамай тана ҳарорати ортаган бўлади.

Тана ҳароратининг юқорироқ кўтарилиши “гипотамус термостатида” ўзгаришларга олиб келади ва қалтираш юзага келади. Бунда тана ҳарорати бирданига 2-4°C га ошади. Тана ҳароратининг секин- аста кўтарилиши энгил қалтираш билан кечади.

Қалтираш инфекцион (вирусли, паразитар) касаллик қўзғатувчиси ёки ёт оқсилни қонга тушганидан 1 соатдан кейин юзага чиқади ва 30 минутдан ортиқроқ давом этади.

Қалтирашнинг даврий пайдо бўлиши ўзига хос диагностик аҳамиятга эга. Бир марта пайдо бўладиган қалтираш билан кечувчи касалликларни схематик ажратиш мумкин (масалан, крупоз пневмония, мос бўлмаган қон қуйилиши ёки томир ичига ифлосланган эритмалар қуйилиши).

Қайта – қайта бўладиган қалтираш сепсисда, ўпка, сийдик - таносил тизими, ўт копи ва ўт йўллариининг йирингли касалликларида, сарамасда, онкологик касалликларда, ўпка раки, гипернефрома, лейкозларда, лимфогранулематозда учрайди.

Иситмали хуружларнинг бевосита кетма – кет келиши (қалтираш, иситманинг юқори бўлиши, иситманинг терлаш билан тушиши) ва иситманинг хуружларсиз давлари безгакка хос. Бу касалликда хуружлар ҳар куни (ҳар кунлик иситма), кун ора (уч кунлик иситма) ёки иситмасиз икки кунлик (тўрт кунлик иситма) бўлиши мумкин.

Қалтирашни ҳар қандай турида томир ичига қон – томир кенгайтирувчи воситалар юборилса, уни тезда бартараф этиш мумкин.

Герпес

Иситма кўпинча герпетик тошма пайдо бўлиши кечади. Герпес вируси билан 80-90% аҳоли зарарланган бўлса ҳам уларнинг 1% ида касаллик белгилари намоён бўлади. Бу вирус фаоллиги иммунитет тушган пайтда юзага чиқади. Иситманинг маълум бир турларида герпетик тошмалар жуда кўп учрайди, бу эса касалликнинг маълум бир диагностик белгиси ҳисобланади, масалан, крупоз пневмококкли пневмония, менингококкли менингит.

Фебрил талвасалар

Иситма вақтидаги тутқаноқ 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган болаларнинг 5 % ида

учрайди. Иситма пайтида тутқаноқнинг юзага чиқиши ҳароратни меъёридан ортиқ кўтарилишига эмас, балки унинг кўтарилиш тезлигига боғлиқ. Одатда фебрил талваса 15 минутдан (ўртача 2-5 минутгача) ошмайди. Кўп ҳолларда талваса иситма кўтарилишининг бошида пайдо бўлади ва ўз- ўзидан ўтиб кетади.

Талваса синдромини иситма билан боғлаш мумкин, агар:

- Боланинг ёши 5 ёшдан катта бўлмаса
- Талваса билан кечувчи касалликнинг йўқлиги (менингит)
- Иситма йўқ пайтида талваса ҳам кузатилмаса

Болада фебрил талваса пайдо бўлса биринчи навбатда менингит ҳақида ўйлаш лозим (ўзига хос клиник белгиларида люмбал пункция кўрсатилган). Спазмофилияни инкор қилиш учун кўкрак ёшидаги болаларда кальций миқдорига эътибор бериш керак. Агар талвасалар 15 минутдан ортиқроқ давом этса эпилепсияни инкор қилиш учун ЭЭГ қилиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Умумий сийдик таҳлили

Умумий сийдик таҳлилида кам ҳолларда функционал протеинурия пайдо бўлади ва бу иситма нормал даражага тушгандан сўнг йўқолади. Иситма пайтида сийдикда цилиндрлар, кетон таначалар, буйрак эпителийси ҳужайралари пайдо бўлиши мумкин.

Иситма симуляцияси

Иситма кўтарилишининг ёлғон кўрсаткичлари термометрга боғлиқ бўлиши мумкин. Бу ҳолат кам учрайди, кўпинча иситманинг симуляцияси кузатилади.

Симуляция қуйидаги мақсадларда бўлиши мумкин: иситмани кўтарилган ҳолатини кўрсатишда (масалан, бемор градусникни симобли резервуар соҳасини ўзи иситиш йўли билан) ёки иситмани яшириш мақсадида (градусникни иситмайдиган ҳолатда ушлаганда).

Тана ҳарорати юқори бўлган касалларнинг 2-6% ида иситма симуляцияси учрайди.

Қуйидаги ҳолларда иситма симуляциясини гумон қиламиз :

- Тери ушлаб кўрилганда тана ҳарорати нормал ва иситма билан кечувчи симптомлар (тахикардия, терининг қизариши) нинг бўлмаслиги.
- Ўта юқори иситманинг кузатилиши 41°C ва ундан юқори, ёки суткалик ҳароратнинг алмашилиб туриши (атипик характерли).

Иситма симуляцияси кузатилса қуйидаги ҳолатларни бажариш керак.:

- Ушлаб аниқланган тана ҳарорати билан иситма белгиларини (пульс частотасини) таққослаш керак.
- Тиббий ходим билан биргаликда ҳар хил термометрларда икала қўлтиқ ости соҳаси ва тўғри ичкада тана ҳароратини ўлчаш.
- Янги ажратилган сийдик ҳароратини ўлчаш.

Бу муолажаларни беморга тушунтириб, симуляцияга шубҳа қилганимизни сездирмасдан олиб боришимиз керак.

Туберкулёз касаллигида иситма

Ўпка туберкулёзида иситма ўзига хос хусусиятга эга бўлиб фақат туберкулёзга характерли, аниқ белгиларга эга эмас, шу билан бирга иситмадаги махсус белгилар йўқлиги ҳам туберкулёзга хос. А.А. Кисселнинг фикрича, юқори тана ҳарорати туберкулёз касаллигига хос эмас. Ўпка туберкулёзининг бошланғич шакллари одатда иситмасиз кечади. Бу бирламчи ва бирламчи инфекциядан кейинги ҳолатга тааллуқли. Кейинчалик иситма туберкулёз касаллигининг кейинги даврларида иситма кўтарилиши нафақат аниқ фазасида балки унинг ёритилган фазаларида ҳам кўп учрайдиган асосий белги ҳисобланади. Нафақат фебрил, балки субфебрил ҳарорат ҳам жараённинг кучайганлигидан дарак беради. Агарда буни рентген белгилари инкор этса ҳам, жараён сусайган пайтда субфебрил ҳарорат кузатилади ва кам ҳолларда ҳарорат $37,5^{\circ}\text{C}$ дан ошади. Кўпинча икки томонлама оғир каверноз жараёнли беморларда умуман иситма кузатилмайди.

Бироқ касаллик авж олганда ҳам тана ҳарорати кўрсаткичлари барибир юқори даражага етиб бормайди: бунда кўрсаткичлар одатда $38,0-38,5^{\circ}\text{C}$ атрофида бўлиб камдан - кам ҳолатларда бундан юқори бўлиши мумкин, аммо шунда ҳам бошқа белгилар йўқолгач яна олдинги ҳолатига қайтади. Агар туберкулёз билан касалланган беморда тана ҳарорати узоқ вақт давомида фебрил, яъни 38°C атрофида бўлса ёки тана ҳарорати олдиндан юқори бўлиб бунга бошқа сабаб топилмаса, у ҳолда ишонч билан қатъиян бу ерда юқори, фаол ва чўзилган-экссудатив ёки казеоз- пневмоник жараённинг

оғир инфилтратив фазаси авж олганини айтиш мумкин. Бу вазиятда бошқа бизга маълум бўлган тўртлик кўрсаткичлари ҳам одатда намоён бўлади: юқори ҳарорат, ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз ва нейтрофилларнинг чапга силжиши. Юқори ҳарорат – авж олиш даврининг доимий белгиларидан бири, шу сабабли синдром перманентли интервалсиз авж олинган ҳолда кечганда ҳам тана ҳарорати доимий 38°C даражадан юқори кўрсаткичларда қолади. Бу мисолда ўткир милиар туберкулёз ўткир ости гематоген–тарқоқ шаклининг ўчоқлар бирлашиш даври ва бирлашган инфилтратларни ҳосил бўлиши, экссудатив–казеозли зотилжам, бронх лимфа тугунларининг ўсмасимон туберкулёзи (дўнгчаларни ҳосил қилиб), ичак туберкулёзи, туберкулёзли перитонитларни келтириб чиқариши мумкин.

Ўпка туберкулёзининг асосий симптомларига иситма (узоқ давомли субфебрилитет, ремиттирловчи, гектик кўринишда), йўтал (қуруқ ёки енгил ажраладиган балғамли) қон туфлаш, хансираш ва бошқалар киради.

Иситма кечкурун, одатда қўл кафтларининг исиши билан кузатилади. Иситманинг тескари тури эрталабки ҳароратнинг кечкурунгига нисбатан юқори бўлиши билан тавсифланиб, гоҳида сепсис, туберкулёз, бруцеллёзларда кузатилади.

Ушбу машғулотда қўлланиладиган янги технологик усуллар: “Уч босқичли интервью”, “Ургимчак тури”.

Уч босқичли интервью” усули

Босқичлар:

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Хар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - ҳам “врач” ҳаракатларини, ҳам “бемор” ҳаракатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси ҳаракат тўғри бажарилган;
- қайси ҳаракат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхислаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг ҳаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни аҳамияти ва узоқ муддат даволаниши ҳақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

Бола 6 ёшда. Онасининг шикоятлари боланинг кайфияти ва ҳулкиннинг узғаришига: кузгалувчанлик, ланжлик, йиглокилик, кечкурунлари субфебрил ҳарорат(37,4-37,5 С). Ярим йил аввал туберкулёз билан касалланган амакиси билан киска муддат алоқада бўлган.

Объектив текширганда: бироз озгин, туқималаар турғори камайган, 7 гуруҳ периферик лимфа тугунлари катталашган, улар эластик консистенцияли.

Юрак тонлари бугиклашган. Жигар палпациясида бироз катталашган.

1.Сизнинг ташхисингиз.

2. Тахмин қилаётган ташхисингизнинг асосий белгиларини курсатиб беринг.

3.Ташхисни асослаш учун қандай текширувлар ўтказилиши керак?

4.Бошқа касалликларни истисно қилиш учун қандай мутахассислар билан консультация ўтказиш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Эрта силдан захарланиш.	30	20-30	5-19	0-4
2	Кузгалувчанлик, ланжлик, йиглокилик, кечкурунлари субфебрил ҳарорат, бир оз озгин, туқималаар турғори камайган, 7 гуруҳ периферик лимфа тугунлари катталашганлиги ва уларнинг эластик консистенцияси.	20	10-20	5-9	0-4
3	Анамнезидан- бемор билан мулоқатда бўлганлиги, БЦЖ қилинганлиги, аввлги	20	10-20	5-9	0-4

	Манту синамаси натижалари. Кон ва сийдик тахлили.Манту синамасининг динамикадаги натижаси.Рентген-томографик текширув.				
4	Ревматолог, отоларинголог, педиатр, фтизиопедиатр.	30	20-30	5-19	0-4

Амалий машғулот № 10

1.Амалий машғулот мавзуси: Ўпка инфильтратлари. Турли генездаги инфильтратларнинг клиник, рентгенологик ва морфологик характеристикаси. Ўпка инфильтратив туберкулёзининг қиёсий ташхиси. **Болаларда ўпка инфильтратлари.** (*Ўпка инфильтратларининг таъхисоти ва қиёсий таъхисотининг ўзига хос хусусиятлари*).

Машғулотнинг давомийлиги – 6 соат	
Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси; -жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм; -ТСО: бинокуляр микроскоп, 3-машғулотнинг компьютер презентацияси.
Машғулотнинг мақсади: Ўпка қорайиши-ўпка инфильтрат синдроми рентгенологик сурати интерпретациясига асосланган ҳолда ўпка туберкулёзи ва ЎСНК касаллиги диагностикаси ва қиёсий ташхисни талабаларга (УАШ) ўргатиш. Хамда “ўпка инфильтратлари” синдромида даволаш, эпид. ҳолатни баҳолаш, ҳисобга олиш ва профилактик тадбирларни амалга ошириш.	
Педагогик вазифалари - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарклашни ўргатиш. - Балғамни лаборатор	Ўқув машғулоти натижалари: Умумий амалиёт шиғокори (УАШ) билиши зарур: - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;

текшириш методларини ўргатиш. - Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарқлашни ўргатиш. - Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.	- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биоқимёвий механизми. - Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар. - Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш - Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонида туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари. <i>УАШ бажара олиши лозим:</i> - Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни. - Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни. - ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш; - Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни. <i>УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:</i> - Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат. - Балғамни бактериоскопик текшириш. - Клиник ва биоқимёвий анализларни интерпретация қилиш. - Рентгенограммани баҳолаш. - Туберкулин синамаси - Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш. - Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.

	- Эпидемиологик режимни бошқариш. - Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш
Таълим усули ва воситалари	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч босқичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, сухбат, кейс-стади
Таълим жараёни ташкил этиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкаридагилар билан ишлаш
Таълим воситалари	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
Баҳолаш усуллари ва воситалари	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш, 2 ТБ билан манту синамаси амалий куникмасини бажариш

Ўпка тўқимасининг инфильтратив зичлашиш синдроми.

Ўпка инфильтрацияси – бу ўпка тўқималарига, альвеола деворига суюқликлар, хужайра элементлари, турли кимёвий моддаларни кириши ва тўпланиши билан боғлиқ патологик ҳолат. Ўпка тўқимасининг хужайра элементларсиз фақат биосуюқликлар билан тўйиниши ўпка шишига тегишли. Ўпка тўқимасининг инфильтратив қалинлашиш синдроми, морфологик, клиник, лаборатор ва рентгенологик синдромлардан келиб чиқади. Амалиётда у кўпинча клиник ва рентгенологик маълумотлар асосида ташхис қилинади. Биоптат олиш йўли билан ўтказиладиган морфологик изланишлар инфекция этиологиясини аниқлаш учун кўрик заруриятида ўтказилади.

УТИКС сабаби кўпинча бактериал, замбуруғли, паразитар инфекцияларда ўпка тўқимасига инвазияни (туберкулёз, кандидоз, аскаридоз) таъсир этиши, кейинги сабаби - бу ўпкани шишиши аллергия генезли касалликда, лейкозлар ва бириктирувчи тўқималарнинг касалланишида. Терапевт шифокор ўткир пневмонияда кузатиладиган ўпка тўқимасининг носпецифик инфильтрацияси билан тўкнаш келади. Пневмония-бу ўпка тўқимасидаги альвеолаларнинг зарарланиши билан боғлиқ яллиғланиш жараёни. Морфологик жиҳатдан тўрт босқич фарқланади.

1. Қуйилиш босқичи - альвеола девори шишиши билан боғлиқ. Альвеола қалинлашади ва зичлашади, бироқ ўпка тўқимасидаги ҳолат оз бўлсада сақланиб қолади. Альвеолаларда кам бўлса ҳам ҳаво бўлади. Яллиғланиш ривожланганда экссудат альвеола бўшлиғини тўлиқ тўлдиради.

2. Қизил жигарланиш босқичи-ўпка ўз ҳолатини йўқотади. Ўпка қалинлашади, морфологик жиҳатдан ҳавосиз жигарни эслатади. Бу босқичда ўпканинг зарарланган қисми кесиб кўрилганда хира қизил рангда бўлади.
3. Кулранг жигарланиш босқичи - ўпка аввалгидек ҳавосиз, лекин кулрангда бўлиши альвеолаларнинг лейкоцитлар билан тўйинганлиги сабабли юзага келади. Кейинчалик альвеолаларда бир қатор специфик жараёнлар бўлиб ўтади, шу жумладан протеолитик ферментлар таъсири остида экссудация кечади. Суюқ экссудат альвеолалардан оқиб чиқиб бронхиолаларга боради, кейин бронхларга ўтади. Улардаги йўтал рефлексларини кўзғатади ва йўтал юзага келади. Бемор балғам туфлаганда экссудат йўқолади.
4. Тузалиш босқичи. Клиник жиҳатдан 3 босқичи мавжуд.
 - а) бошланғич босқич морфологик босқичга мос келади, бу босқичда ўпканинг ҳавоси камаяди.
 - б) Ривожланиш босқичи - қизил ва кулранг жигарланиш морфологик босқични бирлаштиради. Уни клиник, физикал усул билан аниқлаш мумкин эмас. Бу босқичнинг ўзига хос томони ўпканинг зарарланган қисмида ҳавонинг йўқлиги.
 - в) Тикланиш ва тузалиш босқичи. Ўпканинг зарарланган қисми аввалги ҳолатида ва ўпканинг соғлом, зарарланмаган қисмига нисбатан яхши кечади. Клиник кўринишлар юзага келиш сабаблари, унинг босқичига, яллиғланиш жараёнининг фаоллигига, инфилтрат майдони ва тарқалишига боғлиқ.

Беморлар асосан йўтал, қон туфлаш, кўкракдаги оғриқ, ҳансирашдан шикоят қиладилар. Бактериал инфекция туфайли юзага келган яллиғланган инфилтрацияда балғам шиллиқ йирингли, крупоз пневмониянинг жигарланиш босқичида балғам қонли бўлади. Крупоз пневмония даврида қон кетишининг сабаби қон томир деворларининг ўтказувчанлиги ошиши ҳисобланади. **Қон туфлаш** кўпинча вирус этиологияли инфекцияларда, шунингдек туберкулёзда инфилтрат ўчоғи ичида ўпка тўқимасининг чириш ҳоллари, ўпка ўсмасида юзага келади. **Йўтал:** ўпка тўқимаси инфилтрациясида соғлом томонга ётганда кучаяди, касал томонга ётганда камаяди. Балғам соғлом томонда ётганда яхши кўчади. Кўкрак қафасида оғриқ сезувчи рецепторлар жойлашган бўлиб, оғриқ париетал пардада яллиғланиш жараёни содир бўлганда юзага келади. Улар кўзгалганда оғриқ синдроми юзага келади, бу оғриқлар бир жойда бўлади, чунки бемор оғриётган жойни аниқ кўрсата олади. Улар чуқур нафас олганда ва йўталганда, соғ томонга ётганда кучаяди ва касал томонида камаяди. Агар патологик жараёнга ўпканинг диафрагмал юзасини қоплаган ўпка пардаси қўшилса, оғриқлар қориннинг юқори қисмида бўлади. **Ҳансираш:** фақат крупоз пневмонияда ҳаракат қилувчи альвеолаларни сони камайиши туфайли ўпка тўқимасининг нафас юзаси камайиши юзага келади, реструктив ҳаво алмашишининг бузилиши ва нафас етишмаслиги даражаси билан аниқланади. Нафас олиш ва нафас чиқариш фазаси бузилади. Тана ҳарорати ошиши, титраш, терлаш, умумий ҳолсизликдан шикоят қилади. Жараён сурункали кечганда тана вазни камайиб кетади. **Объектив текшириш маълумотлари:** Умумий кўрикда ўпка тўқимасининг зичлашиш синдромида инфилтрация майдонининг тарқалганлиги, пневмония босқичи, патологик жараённинг мавжудлиги аниқланади. Касалликнинг емирилиш босқичида беморнинг аҳволи қониқарли ва крупоз пневмонияда оғир бўлади. Крупоз пневмония билан касалланганларда эс-хушнинг бузилиши кузатилиб, интоксикация туфайли юзага келган иситмада алаҳлаш, галлюцинация кўринишидаги эс-хуш бузилиши кузатилади, кўп ҳолларда алаҳлаш, мотор кўзғалувчанлик билан ўтади. Токсинларнинг мияга таъсири остида эс-хуш ступор, сопор ёки кома ҳолатигача тушиши мумкин. Касаллик ҳолати касалланган ёнбошда, юзининг шамоллаган тарафи қизарган, лаби ва бурни четларида учук тошган бўлади. **Тери:** намлиги ошган, ранги қизарган, юрак фаолиятидаги етишмовчиликдан хабар берувчи цианоз пайдо бўлади. Баъзи касалликда артериал гипотензия кузатилади. **Кўкрак қафасини кузатиш ва пальпация:** нафас олганида шикастланган тарафнинг орқада қолиши, нафас олиш юзаки ва тез, бир минутда 40 та нафас олиш ҳаракати ва нафас олишда қўшимча мускуллар қатнашиши кузатилади. Нафас олиш тури аралаш. Пальпацияда инфилтрация соҳаси устига қаттиқ босилганда агар париетал плевра иштирок этса, локал оғриқни кўриш мумкин.

Шикастланган қисмнинг пальпациясида кўкрак қафаси ригидлиги ошади ва овоз тебранишни кучайиши кузатилади. Кўрсатилган перкуссия ва аускультациялар пневмониянинг босқичига боғлиқ.

1-босқичда ўпканинг инфилтрация майдонида ўпка овозининг пасайиши, кейин эса овознинг тимпаник бўлиши кузатилади. Тимпаник овоз альвеолаларни экссудат билан тўйиниши натижасида улардаги кучланишни пасайиши билан тушунтирилади, улар кучланиш ва тебраниш хусусиятларини

йўкотади. Шикастланган тарафда вентиляцияни пасайиши натижасида ўпканинг пастки қисмидаги ҳаракатчанлик пасаяди. Шикастланган майдон устида аускультацияда сусайган везикуляр нафас эшитилади. Бу бир қисм альвеолаларни нафас олишдан чиқиши ва яллиғланган майдонда вентиляцияни пасайиши натижасида юзага келади. Қўшимча нафас шовқинлари (товушли ишқаланиш) альвеолаларни очилиши ва плеврани ишқаланишидан келиб чиқади. Кўкрак қафасининг соғлом тарафида нафас олишда иштирок этаётган альвеолаларни компенсатор кўпайиши ва вентиляцияни кучайишидан везикуляр нафас олишни кучайиши келиб чиқади. Касалликни 2-босқичида альвеолаларда ҳавони йўқолиши туфайли шикастланган қисм устида перкутор суст товуш эшитилади ва ўпканинг пастки қисмини ҳаракатчанлиги пасаяди. Аускультацияда бронхиал нафас эшитилади, плевранинг ишқаланиш овози сақланиб қолади. Крепитация бўлмайди, чунки альвеолалар тўлиқ экссудат билан тўлади ва ҳаракатлана олмайди. Соғлом тарафда кучайган везикуляр нафас олиш эшитилади. 3-босқичда, экссудат сўрилиб альвеолалардан яна ҳаво ўтади ва бўғиқ, тимпаник перкуторлик пайдо бўлади, чунки ўпка тўқимасининг зичлиги ошади, альвеола деворлари эса шишганича қолади. Аускультацияда крепитация пайдо бўлади. У бошланғич крепитация ва озод бўлиш крепитациясига бўлинади. Яллиғланиш жараёнида ўпкадаги крепитация шовқинли бўлади, чунки альвеолалар атрофида зич тўқима бўлиб, у товушни яхши ўтказади. Аускультацияда эса бу босқичда майда пуфакчали нам хириллашлар эшитилади. Чуқур нафас олишдан сўнг ёки йўталдан сўнг хириллашлар баландроқ ва кўпроқ бўлади. Чунки бу пайтда экссудат альвеоладан бронхларга ўтади. **Лаборатор текширув маълумотлари.** УҚТ-лейкоцитозларни 20-30 минггача ўсиши, лейкоцитар формуланинг якқол чапга силжиши- сегмент ядроли лейкоцитлар сонининг ўсиши, ёш турларнинг пайдо бўлиши, эозинофилия, ЭҚТ ни 40-50 мм\соат гача тезлашиши, УСТ: олигурия, протеинурия, функционал, суткасига 1 граммгача.

Балғамнинг умумий таҳлили: кўриниши касалликни босқичига боғлиқ. Қизил жигарланиш босқичида зангсимон балғам куюк, унда фибрин бўлгани учун. Микроскопияда кўп сонли янги эритроцитлар, лекин кўп ҳолларда сидерофаглар, яъни таркибида гемоглобин бўлган макрофаглар, микрофаглар эса кўпинча коккли .

Кулранг жигарланиш босқичида кўп лейкоцитли, макрофагли шиллиқ, йиринг ажралади.

Асбоблар билан текширув усули : Кўпрок спирография ва рентгенография аҳамиятга эга. Спирография (пневмотахометрия, пневмоскопия) ҳаво алмашинуви бузилишининг реструктив типига ишлатилади, яъни ЎТС, МНВ камайиши ва МНХ, НЧ кўтарилиши билан боғлиқ бўлган ҳолатларда кузатилади. Рентгенография 3 проекцияда ўтказилади, ўпка инфилтратининг рентгенологик белгилари уни чақирган омиларга боғлиқ. **Характерли белгилари:** пастки бўлагига локализацияси аниқ бўлмаган шаклдаги инфилтрат, соянинг паст интенсивлиги, бир томонлама эмаслиги, ўпка суратининг кучайиши, ўпка илдизига томон йўлакча пайдо бўлиши , жароҳатланган томонда ўпка фаоллигининг сусайиши. Туберкулёз инфилтратининг рентгенологик белгилари ўзига хос аҳамиятга эга , яъни у носпецифик ўпка инфилтратидан фарқланади .Туберкулёз инфилтратининг характерли белгиси аниқ контурли, юмалоқ фокуси сояга , ўпка илдизи томон йўлакча пайдо бўлиши ва ўпка суратининг ўзгариши кузатилади.

Ўпканинг яллиғланган туберкулези

Туберкулезнинг бу шакли ўпка туқимасининг махсус юкори сезувчанлиги ва яллиғланиш соҳасида экссудатив туқима реакциясининг кучайиши асосида ривожланади.

Яллиғланган туберкулезнинг клиник-морфологик хусусияти ўпкаларнинг тарқалган жароҳатланиши ва туберкулез жараёнининг тез авжланиб боришига мойиллигидир.

Яллиғланган туберкулез билан асосан катталар, купинча ёши катта булмаган касалланадилар. Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиш эҳтимоли туберкулезнинг эрта шакллари аниқлашни ёмон ташкил этиш натижасида ошади.

Биринчи бор аниқланган ўпка туберкулези беморларининг 65-75% ида яллиғланган туберкулез ташхиси қўйилади. Туберкулезга қарши курашувчи диспансерларда кузатиловчи фаол туберкулез шаклли беморларнинг 45-50%ини туберкулезнинг бу шакли ташкил қилади.

Туберкулездан улим курсаткичи буйича яллиғланган туберкулез тахминан 1%ни ташкил килади. Касалликнинг летал ҳолати казеоз пневмония, ўпкадан қон кетиш каби асоратлар бўлганда кузатилади.

Инфильтратларнинг қуйидаги клиник-рентгенологик турлари фаркланади:

- *бронхолобуляр*;
- *булутсимон (сегментар, полисегментар, перисциссурит)*;
- *юмалок инфильтрат*;
- *лобар инфильтрат (лобит)*.

Патогенез ва патологик анатомия. Яллиғланган туберкулезнинг ривожланиши учокли туберкулезнинг авжланиши – юмшоқ учоклар ёки эски туберкулез учоклари атрофида яллиғланиш соҳасининг тез ортиб бориши билан боғлиқ. Перифокал яллиғланишнинг тарқалиб бориши ўпка туқимасидаги специфик жароҳатланиш ҳажмининг кенгайиши ва жараён характерининг сифат жиҳатдан ўзгаришига олиб келади – туберкулезнинг учокли шакли яллиғланган шаклига айланади.

Туберкулез инфильтрати кенг перифокал яллиғланиш соҳасига эга бўлган янги ёки эски туберкулез учоклар комплексида иборат бўлади.

Инфильтратлар қўпинча I, II ва VI сегментларда, яъни одатда туберкулез учоклари учрайдиган ўпка соҳаларда жойлашади.

Учок атрофида яллиғланиш реакциясининг кучайишига массив туберкулез суперинфекцияси, ёндош касалликлар (қандли диабет, алкоголизм, наркомания, ОИТС), оч қилиш, психиэмоционал жароҳатлар, табиий гормонал ўзгаришлар сабаб бўлади. Бу муҳим омиллар иммун реакцияларнинг эффективлигини сусайтиради ва СМБнинг тез ўсиши ва қўпайишига муҳит яратади. Микроб популяцияси сон жигатдан ортиши унда юқори вирулентли, шу жумладан дориларга турғун микобактериялар штаммининг пайдо бўлиш эҳтимолини оширади.

Юқори вирулентли СМБ таркибига қирувчи фаол бирикмалар (сульфатидлар, липоарабиноманнан, феноликогликолипид-1, миколарабино-галактан-пептидогликан комплекси) СМБларини макрофақларда яшаб қилиш учун қулай шароит яратадилар.

Шунингдек улар микроб хужайраларининг антигенларига секин-аста риожланувчи юқори сезувчанликни бирдан ошишига сабаб бўладилар. Натижада туберкулез учоги атрофида яққол ривожланган экссудатив компонентли яллиғланиш реакцияси ривожланади. Специфик яллиғланиш ўпка булакчасидан ташқари соҳаларга тарқалиб, жароҳатланишнинг умумий ҳажми орта боради. Шу йўл билан *бронхолобуляр инфильтрат* шаклланади. Яллиғланиш реакциясининг яққоллиги ва кейинги динамикаси иммунологик реактивлик ва микроб популяциясининг ўсиш темпига қараб ўзгариб боради.

Иммунологик реактивликнинг нисбатан яққол бўлмаган ўзгаришларда СМБларининг сон жигатдан ошиши секинлашади, туқималарнинг микобактерияларга нисбатан сезувчанлиги секин-аста ортиб боради.

Бундай ҳолатларда экссудациянинг интенсивлиги ва хужайралар инфильтрацияси кучли намоён бўлмайди. Альвеолалар макрофағлар, эпителиоид ва плазматик хужайралар ҳамда нисбатан оз микдордаги экссудат билан тулган бўлади. Яллиғланиш жараёни аралаш қўринишда, яъни экссудатив ва пролифератив ўзгаришларни ўз ичига олиб, секин-аста тарқалиш хусусиятига эга. Туберкулезнинг яллиғланиш соҳаси одатда сегмент ичида чегараланиб, унда *юмалок* инфильтрат номини олган жараён шаклланади.

Маҳаллий ва умумий иммунитетнинг сезиларли пасайиши микроб популяциясининг юқори темпда ўсишини таъминлайди. Ўпка туқимасининг вирулент ва тез қўпайувчи СМБларининг катта популяциясига гиперергик реакцияси яққол намоён бўлувчи экссудацияни таъминлайди.

Перифокал яллигланиш «спленопневмония» характериға эға булади. У хужайра таркибининг камлиги ва специфик яллигланиш белгиларининг кучсиз ривожланганлиги билан ажралиб туради. Альвеолалар асосан полинуклеарлар ва кам сонли макрофаглардан ташкил топган тукима суюклиги билан тулган булади. Туберкулез жараёни ўпканинг куп сегментларини тез орада жарохатланишиға яккол мойиллик билан кечади (*булутсимон инфильтрат*).

Иммуноллогик узгаришларнинг туберкулез касаллигидаги кейинги авжланиши Т-супрессорлар фаоллигини ошиши ва аста-секин ривожланувчи юкори сезувчанликни сусайиши билан характерланади. Макрофаг хужайралари нобуд булиб казеоз некроз сохасини ташкил килади. Казеоз массалари аста-секин суюлиб дренажловчи бронхға ажрадилар.

Шу йул билан авж борувчи туберкулез яллигланиши сохасида яллигланган ўпка тукимаси билан чегараланган деструкция кismi пайдо булади. Секин-аста парчаланиш бушлиги шаклланиб у кейинчалик СМБларининг бронхоген ва лимфоген йул билан таркалиш манбаи булиб хизмат килади ва илгари зарарланмаган ўпка сохаларида янги учоклар ва инфильтратлар пайдо булиш хавфини тугдиради.

Патологик жараёнға деярли бутун ўпка булагининг кушилиши ва бу ерда купгина парчаланиш бушлигларини хосил булиши *лобит* шаклланганидан дарак беради. Инфильтратлар ривожланиш хусусиятларига караб асосан шаклланиш даврида фаркланадилар. Кейинчалик хар хил инфильтратлар орасидаги тафовут деярли йуколиб боради.

Локализацияси ва ўпка тукимасининг жарохатланиш хажмиға караб одатда икки-уч ўпка булакчаларини эгаллайдиган *бронхолобуляр инфильтрат*, битта сегмент сохасини эгаллайдиган – *сегментар*, хамда *полисегментар*, ёки *булак* инфильтратлари фаркланади. Асосий ёки булаклараро плевра вараги буйлаб ривожланажиган инфильтратлар *перисциссурит* деб аталади.

Яллигланган туберкулез авж олиб борганда казеоз пневмония ёки ковакли туберкулезға айланиши мумкин.

Яллигланган туберкулезнинг суниб бориши яллигланиш узгаришларининг сурилиши билан характерланади. Жарохатланган ўпка устидаги плеврада локал яллигланишнинг ривожланиши нафас мушакларининг тарангланишиға, яллигланиш жараёни ўпканинг чуққисида жойлашиб авжланиб борганида эса – елка усти мушакларининг таранглиги ва огриклигиға сабаб булади (Воробьев-Поттенджер симптоми).

Булутсимон инфильтрат, перисциссурит, ва айникса лобитли беморларда нафас аъзоларининг объектив текширув маълумотлари якколрок узгаришларни аниклаш имкони беради. Жарохат сохаси устида ўпка товшининг бугиклашиши, овоз дириллашишининг кучайиши, везикобронхиал нафас аникланади.

Айрим холларда кам сонли майда пуфакли нам хириллашлар эшитилиб, бу яллигланишнинг экссудатив компоненти устун туришидан дарак беради. Парчаланиш бушлиги устида доимий булмаган урта пуфакли нам хириллашлар аникланиб, улар купинча йуталдан сунг нафас олиш чуққисида эшитилади. Эффектив даво олиб борилганда хириллашлар киска вақт (2-3 хафта) ичида йуколиб кетади.

Катталарда айтиб утилган манзара одатда туберкулез учоклари ва инфильтратлар куп учрайдиган, хатарли сохалар номини олган жойларда аникланади. Бу сохаларға умров усти ва умров ости, курак усти, кураклар ораси хамда култик ости майдонлари киради. Айрим холларда патологик узгаришлар куракнинг пастки бурчагида аникланади.

Диагностика. Яллигланган туберкулез ташхиси унинг кечиш хусусиятларига караб куйилади. Одатда, беморлар касалликнинг бошланишини пайкамайдилар. Улар юкори тана хароратини яхши кутара оладилар, касалликнинг клиник белгиларини огирлигиға бахо бермасликка мойил булиб, умуман кам шикоят киладилар. Купинча беморлар касалликнинг биринчи белгиси деб аслида туберкулез жараёнининг хатарли асорати хисобланган кон туфлаш деб хисоблайдилар ва шу муносабат шифокорға мурожат киладилар.

Бу холда анамнестик маълумотларни инобатға олиш хамда туберкулез ривожланишининг мумкин булган ижтимоий ва тиббий-биологик хавфли омилларини урганиб чиқиш мухим

хисобланади. Туберкулез бемори билан мулоқатда булганлиги ва аввал туберкулез билан касалланганлиги ҳақидаги маълумотларга катта аҳамият бериш керак.

Беморни физикал текшириш вақтида яққол узғаришларнинг йуқлиги ўпкадаги яллишланиш жараёни туберкулез этиологияли эканлигини инкор этмасдан балки у ҳақдаги тахминни мустаҳкамлайди. Туберкулез беморларида аускультация вақтида «кам эшитилади» деган атама яхши аён ва ҳаттоки буюк фтизиатрлар томонидан таъкидлаб утилган. Бу муҳим диагностик белгига қўпчилик тажрибали клиницистлар – Г.А.Захарин, А.А.Остроумов, В.А.Ворбьев, Г.Р.Рубинштейн, А.Е.Рабухин, А.Г.Хоменколар катта аҳамият беришган.

2ТБ саклаган туберкулин билан утқазилган Манту синамаси аҳамиятли маълумот бериши мумкин. Бронхолобуляр ва юмалок инфильтратли беморларда туберкулинга жавоб реакция одатда мусбат, нормергик булади.

Туберкулинга кескин ва айниқса гиперергик жавоб реакцияни авж олиб боровчи булутсимон инфильтрат ҳамда лобитнинг бошланишида аниқлаш мумкин. Бундай беморларда самарали химиотерапияни олиб бориш туберкулинга нисбатан сезгирликни нормергикгача пасайиши билан кузатилади. Яллиғланган туберкулезни казеоз пневмония билан асоратланиб кечиши манфий анергияга олиб келиши мумкин.

Ўпканинг яллиғланган туберкулези диагностикасида *бактериологик текширув усуллари* муҳим ва қўпчилик ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Балғам билан СМБларини ажралиши яллиғланган туберкулез беморларининг қўпчилигида рўй беради. Ҳаттоки балғам кам миқдорда булганида ҳам СМБлари балғам суртмасини Циль-Нильсен усули бўйича бўяб туғридан-туғри бактериоскопия орқали аниқланади. Бактерия ажралишининг массивлиги инфильтратнинг клиник-рентгенологик типига боғлиқ.

Бронхолобуляр ва юмалок инфильтратли беморларда ажралаётган микобактериялар миқдори унчалик қўп эмас ва бактерия ажралиши қўпчилик люминесцент микроскопия усули ва/ёки экиш орқали аниқланади. Булутсимон инфильтрат, айниқса лобитда қўпгина парчаланиш соҳалари пайдо бўлишига мойиллик булади, шунинг учун бактерия ажралиши **массив** булади.

Яллиғланган туберкулезда балғамни культурал йул билан текшириш бактериологик диагностиканинг зарурий қисми ҳисобланади. У аниқланган микобактерияларнинг қайси турга оидлигини ойдинлаштириб қўлмасдан уларнинг химиопрепаратларга сезувчанлигини текшириш имконини ҳам беради. Айрим туберкулезга қарши препаратларга нисбатан кузатиладиган турғунлик яллиғланган туберкулез билан оғриган беморларнинг тахминан 18%ида кузатилади. Бу маълумотларни даволаш тактикасини аниқлашда ва беморнинг эпидемиологик ҳавфини баҳолашда инобатга олиш зарур.

Яллиғланган туберкулез билан ҳасталанган беморлар балғамини текширганда қўпчилик янги эластик толалар аниқланади. Уларнинг мавжудлиги ўпка туқимасида парчаланиш **бўшлиқлари** пайдо булганлигидан дарак беради. Охаклашган эластик толалар, холестерин кристаллари, кальций тузларининг аниқланиши парчаланаётган инфильтратнинг охаклашган эски туберкулез учоқлари атрофида жойлашганлигидан даролат беради.

Рентгенологик текширув инфильтратнинг клиник-рентгенологик тури ва жароҳат ҳақида айрим маълумотларни аниқлаш имконини беради.

Бронхолобуляр инфильтрат одатда ўпка майдонининг кортикал қаватида, қўпчилик I, II ёки IV сегментларда, асосан кам интенсивли, диаметри 3 см.гача булган, чегараланган сояланиш (фокусли соя) мавжудлиги билан характерланади. Инфильтрат **полигонал** шаклга эга бўлиб, ўпка илдизи томон қўзилган ва ташқи контурлари ноаниқ булади. Компьютер томографик текширув атрофида инфильтрат шаклланган майда бронхнинг бўлиниши ва **ёриғини** аниқлаш имконини беради.

Айрим ҳолларда бронх ёриғи зич казеоз массалар билан тулган булади. Томограммада бронхолобуляр инфильтрат қўпчилик перифокал яллиғланиш соҳаси билан уралган, зич ёки озрок зичликка эга булган бир неча майда учоқларнинг конгломерати қўрилишида булади.

Юмалок инфильтрат чегараланган (фокусли), юмалок шаклдаги, урта интенсивли аниқ қўрилиб турадиган, лекин чегарали ноаниқ сояланиш қўрилишида намоён булади. Олд прекцияда олинган **обзор** рентгенограммада сояланиш қўпчилик умров остида жойлашади (Ассман-Редекер

инфильтратининг классик тури). Сояланишнинг медиал кисмидан ўпка илдизи томон яллигланган йулча тортилган булиб, унда айрим холларда дренажловчи бронхнинг **проекцияси** аникланади («теннис ракеткаси» симптоми).

Инфильтрат парчаланганда одатда унинг марказий кисмида парчаланиш **бушлиглари** куринади. Ўпканинг пастки кисмларида купинча бронхоген таркалиш учоклари аникланади. Томограммада айрим холларда инфильтратда туберкулез этиологиясини тасдиқловчи муҳим белги - зич ва кальцинациялашган учоклар аникланади. Булутсимон инфильтрат рентгенограммада бир ёки бир неча сегментлар чегарасида жойлашган бир текис булмаган сояланиш холида куринади.

Сояланишнинг ташки контури яққол чегарага эга булмаган холда атрофдаги ўпка туқимасида худди эриб кетгандек йуқолиб кетади. Булутсимон инфильтрат булаклараро плевра буйлаб жойлашганда (периссиссурит) учбурчаксимон шаклга яқинлашади. (Сержан учбурчаги).

Бундай учбурчакнинг юқори чегараси ноаниқ, пастки чегараси эса булаклараро плевра буйлаб жойлашгани учун анча аниқ булади. Учбурчакнинг учи ўпка илдизи томони, асоси эса ташқарига йуналган булади. КТ бир неча учоклар қушилиши натижасида пайдо булган инфильтратнинг **структурасини** куриб чиқиши имконини беради.

Булутсимон инфильтрат учун жарохат соҳасида яллигланган ўпка туқимаси билан уралган бир канча катта булмаган парчаланиш **бушлиглари**нинг мавжудлиги ҳосилдир. Бирок, йирик парчаланиш бушлиглари ҳам пайдо булиши мумкин. Жараён авжланганда инфильтратдан йироқроқ булган ўпка соҳаларида, ҳамда карама-қарши ўпкада юмшоқ учокли соялар аникланиши мумкин.

Лобар инфильтратнинг (лобит) рентгенологик тасвири тарқалган сояланиш синдромига мос келади. Сояланишнинг жойлашиши ва шакли ўпканинг қайси бўлаги жарохатланганлигига боғлиқ. Юқори бўлак жарохатланганда сояланиш ўпканинг юқори майдонида жойлашади. Лобитнинг чегараси зичлашган плевра вараглари билан ажралиб туради. Ёнбошдан олинган проекцияда сояланишнинг шакли учбурчаксимон булади.

КТ да лобит айрим холларда яхлит, деярли **бир хил (жинсли)** зичлашган ўпка бўлаги холида куринади. Жарохатланган бўлакда **деформацияга** учраган ва қисман казеоз массалар билан обтурацияланган бронхлар, ҳамда бир канча кичик ва урта диаметрдаги парчаланиш бушлиглари аникланади. Бундай жарохатланган ўпка бўлагини айрим холларда асалари ини ёки ноннинг магзига қиёсланади.

Лобитнинг авжланган даврида купинча карама-қарши ўпкада, асосан IV ва V сегментларда тарқок учоклар аникланади.

Рентгенологик тасвирнинг тахлили туберкулез жарохатини катта ишончлилик билан тасдиқлаб, инфильтратнинг клиник-рентгенологик турини ва жараён босқичини аниклаш имконини беради. Илгари бошдан кечган туберкулезнинг қолдиқ узғаришлари – эндоген туберкулез инфекцияси манбалари топилиши мумкин. Яллигланган туберкулез беморларининг рентгенограммаларида купинча клиник белгилар ва физикал маълумотлар қамлигига қарамай «қуп нарса куринади». Бу қузатув ҳолати диагностик аҳамиятга эга.

Яллигланган туберкулез беморларида **бронхоскопияга** қурсатма ўпка туқимасида деструкция шаклланганда пайдо булади. Бу холларда тахминан 5% беморларда дренажловчи бронхнинг туберкулез билан жарохатланганлиги аникланади. Купинча носпецифик дренажловчи эндобронхит қузатилади.

Айрим холларда бронхоскопияга қурсатма булиб ташхисни бактериологик ёки морфологик верификацияси учун диагностик материални олиш ҳисобланади.

Умумий қон тахлили қурсаткичларининг узғариши инфильтратнинг ҳажми ва яллигланиш реакциясининг характериға боғлиқ. Ўпка туқимасида яққол ривожланган экссудация қузатилганда лейкоцитлар микдори $15,0-25,0 \cdot 10^9/\text{л}$ гача ошади. Таёқча ядроли нейтрофилларнинг фоиз қурсаткичининг ошиши, лимфопения, моноцитоз, ЭЧТнинг 20- 40 мм/с гача қутарилиши қузатилади. Бу узғаришлар купинча фаол туберкулез яллигланишида аникланади.

Характерли биохимик узғаришлар (гипоальбуминемия, альфа-2 ва гамма-глобулинларнинг ошиши) туберкулез интоксикацияси яқоллилигига боғлиқ.

Умумий сийдик тахлилида яккол намоён булувчи интоксикацияда октуберкулез, гиалин цилиндрлар пайдо булади.

Ўпка тукумасида чегараланган инфильтратларнинг шаклланиши одатда ТНФ ва кон айланиш курсаткичларининг сезиларли узгаришларига олиб келмайди. Яллиғланган туберкулезнинг кенг таркалган шаклларида, ҳамда касалликнинг авжланиб бориши ва интоксикация синдромининг ортиши кузатилганда нафас ва кон айланиш функцияси етарлича узгариши мумкин. *Регионар сцинтиграфия* ёрдамида жароҳат соҳасида **вентиляция**нинг эрта бузилишларини аниклаш мумкин.

Балгамда СМБлари мавжуд булганда яллиғланган туберкулез ташхисини **верификацияси** (аникланиши) айтарли кийинчилик тугдирмайди. Бактерия ажралиши кузатилмаган диагностик мушкул холларда молекуляр-биологик текшириш усулларига мурожат этилади (туберкулез кузгатувчисига махсус булган праймер билан ПЗР). Купчилик беморларда яллиғланишнинг носпецифик табиатга эга эканлигини нотугри талкин этилиб кенг спектрдаги антибиотиклар билан утказилган терапиянинг муваффақиятсизлигини ҳам инобатга олиш даркор.

Таккослама ташхис. Яллиғланган туберкулезни купинча носпецифик **зотилжам** (пневмония), ўпканинг периферик раки, эозинофил инфильтратлар, пневмокониозлар, ўпка инфаркти ёки **зотилжам** билан асоратланган ателектаздан **таккослама ташхислашга** тугри келади.

Таккослама ташхислаш мобайнида яллиғланган ўпка туберкулезга хос бир катор умумий белгиларни инобатга олиш керак. У СМБ билан анча илгари зарарланиб, купинча охаклашган учоклар, петрификатлар, фиброз узгаришлар каби туберкулезнинг колдик узгаришлари мавжуд шахсларда ривожланади.

Рентген тасвирда туберкулез инфильтратининг сояси бир жинсли булмайди (**неоднородная**), атрофдаги ўпка тукумасида лимфоген ва бронхоген таркалиш учокларини, аксарият холларда периваскуляр ва перибронхиал ҳамда фиброз узгаришлар туфайли ўпка илдизи томон «йулча» тортилганлигини аниклаш мумкин. Туберкулез инфильтрати бактериал ва вирус этиологияли зотилжамга караганда секинрок, лекин усма ва замбуруг табиатли зотилжам жараёнига караганда тезрок ривожланиш хусусиятига эга. Яллиғланган туберкулез ташхисини тасдиклашда бактериологик текширувнинг ахамияти катта.

Носпецифик пневмониянинг бошланиши яллиғланган туберкулездан фаркли равишда уткир булиб, тана хароратининг тезда 39-40⁰С гача ошиши, бош огриши, калтираш, адинамия, курак кафаси ва бугимларда огрик каби белгилар билан кузатилади. Купинча юкори нафас йуллари зарарланади. Беморлар курук ёки шиллик характерли балгамли йуталга шикоят киладилар.

Ўпкада курук ва нам хириллашларни эшитиш мумкин. Гемограммадаги узгаришлар туберкулезникига Караганда якколрок булади. Балгам ёки бронх ювиндиси текширилганда носпецифик зотилжамли беморларда носпецифик бактериал микрофлора аникланади. Рентгенологик текширувда купинча ўпканинг пастки булимларида туберкулезга караганда **бир жинсли (однородная)**, ноаник контурли инфилтрат сояси аникланади. Ўпка расми кучайган ва деформацияга учраган.

Ўпка булагининг интенсив ва нисбатан гомоген сояланиш билан кузатилувчи ва плевра вараги томонидан жавоб реакция билан намоён булувчи *лобар зотилжамдаги* рентгенологик манзара булутсимон ёки лобар туберкулез инфильтратига ухшаш булади.

Белги	Яллиғланган туберкулез	Носпецифик зотилжам	Марказий рак	Периферик рак.
Ёши, жинси	Катталар, асосан эркаклар.	Ёш ва жинсининг ахамияти йук.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.	Купинча 40 ёшдан ошган чекувчи эркаклар.
Периферик лимфа тугунлари	Катталашмаган.	Узгармаган	Метазтаз руй берганда катталашади	Метазтаз руй берганда катталашади

Касалликнинг бошланиши ва кечиши	Аста-секин, авж олиб боровчи, купинча интоксикация синдромининг устунлиги билан	Уткир, кам холларда аста-секинлик билан, авж олиб боровчи, яккол интоксикация ва ўпка жароҳатланиш симптомлари устунлиги билан, лаб ва буруннинг герпеси	Аста-секин, авж олиб боровчи, бронхит белгиларнинг устунлиги билан	Яширин ёки аста-секин авж олиб боровчи.
Рентгенологик белгилар	Купинча ўпканинг I, II, VI сегментларида жойлашган бир жинсли булмаган (неоднородная), чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, ўпка илдизи томон йулчанинг мавжудлиги, бронхоген таркалиш учоглари.	Купинча ўпканинг VIII, IX, X сегментларида жойлашган нисбатан бир жинсли (гомоген) чегараланган ёки таркок сояланиш аникланиб, адекват терапия натижасида тез орада сурилиши кузатилади.	Ўпка илдиз ёки илдиз олди соҳада чегараланган сояланиш аникланиб унинг атрофидаги ўпка суратининг локал кучайиши ёки деформацияси; бронх утказувчанлигининг бузилиши белгилари, лимфа тугунларининг катталашганлиги.	Купинча ўпканинг III, IV, V сегментларида жойлашган чегараланган сояланиш; ўпка суратининг локал кучайиши мумкин; мтатазтаз руй берганда регионар лимфа тугунларининг катталашганлиги
Бронхоскопия	Чегараланган катарал эндобронхит, айрим холларда чандикли узгаришлар.	Диффуз эндобронхит, бронх бушлигида шиллик-йирингли секрет мавжуд.	Эндо-ёки перибронхиал усётган усма; бронх харакатчанлигининг бузилиши, бронхнинг ташкаридан эзилиши.	Меъёрида.
Балгамни бактериологик текшириш	Купинча СМБ+	Носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-	Айрим холларда носпецифик микрофлора, СМБ-
Туберкулинга сезувчанлик	Гиперергик ёки нормергик	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий	Кучсиз мусбат ёки манфий
Бронх йуллари сакламасини морфологик текшириш	Айрим холларда эластик толалар, лимфоцитлар сонининг куплиги	Нейтрофиллар, плазмоцитлар, эозинофиллар сонининг ошиши	Капинча усма хужайралари	Айрим холларда усма хужайралари

Шундай қилиб яллиғланган туберкулез ва носпецифик зотилжамни касалликнинг аввалида такқослама таххислаш касаллик анамнези ва клиник намоён бўлишига асосланган. Рентгенологик маълумотларни тахлили купинча етарли бўлмайди. Мухими, зотилжам билан хасталанган беморларни кенг спектрли антибиотиклар билан даволаш уларнинг умумий ахволи тез орада яхшиланишига ва бир қаторда мусбат рентгенологик узгаришларга олиб келади.

Кейинчалик диагностик аҳамиятга эга бўлган икки омил муҳим урин тутди. Улардан бири – балгамни бактериологик текширишнинг натижаси. Иккинчи омил – кенг спектрли препаратлар билан

утказилган антибактериал терапиянинг самарадорлик даражаси ҳамда барча клиник-рентгенологик манзаранинг динамикаси.

Яллиғланган туберкулез ва *периферик раки* таккослама ташхислашда чекиш давомийлиги, касбий зарарли одатлар, рецидивланувчи бронхит ва зотилжамлар, илгари туберкулезни бошдан утказганлиги ва унинг колдик узгаришлари мавжудлигига аҳамият бериш керак. Периферик рак узок вақт клиник алоамтларсиз кечиши мумкин.

Хаттоки айрим ҳолларда диаметри 5-7 см ва ундан катта булган юмалок периферик усмалар тусатдан флюорографик ёки бошқа рентгенологик текширув усулида аникланади. Бундай ҳолларда илгари рентгенологик текширувлар утказилганлиги ва аввалги суратлар мавжудлиги суриштирилади. Эски ва янги рентгенограммаларни таккослаш жараёнининг динамикада узгариши ҳақида маълумот беради.

Периферик ракиннинг турли вариантларидан купинча учрайдигани *туғунли рақдир (узловой рак)*. Рентгенограммада у контурлари текис ёки гадир-будир урта интенсивликдаги нисбатан гомоген соя қуринишида характерланади.. Усма соясидан плевра вараги ва ўпка туқимаси томон йул тортилган булади, «усма тожи». Периферик ракиннинг клиник белгилари усма парчаланиши бошлаганидан, йирик бронхларни сикиши ва уларни ҳамда курак қафасини эзиши, метастаз беришидан кейингина намоён булади. Бунда периферик ракиннинг рентгенологик қуриниши марказий рақниқига ухшаб кетади. Жумладан гиповентиляция белгилари – «елқан симптоми».

Рак туғинининг парчаланиши натижасида ички юзаси гадир-будир ва нотеқис булган қалин деворли парчаланиш бушлиғи (полость) пайдо булади. Рақнинг *қавақли (полостная) шакли* шаклланади. Парчаланишга ҳам қичик ҳам жуда катта усма туғунлари мойил булади. Усмадаги парчаланиш бушлиғи ҳар хил катталиқда ва шаклда булиши мумкин. Айрим ҳолларда бушлиғи эксцентрик жойлашиб унча катта булмаса, бошқа ҳолларда – юпка деворли қиста қуринишига эга булади.

Қам қузатиладиган зотилжамсимон рақда рентгенологик усманиннг туғуни эмас балки аниқ шаклга ва чегарага ега булмаган инфилтрат аникланади. Бундай инфилтрат аста-секин катталашиб бутун ўпка булагини эгалаши мумкин.

Ўпка қуққисида жойлашган усма плевра варагига, қовурғаларнинг орқа қисмларига, умурткаларга, елка нерв қигалига, симпатик узанга тезда (*қупол*) ушиб қиради. Бунда клиник *Пенқост триадаси* қузатилади: елкадаги қучли огриқлар, қул мушакларининг атрофияси, *Горнер синдроми*.

Жуда қам ҳолларда усманиннг қовақли шакли аввалдан мавжуд булган бушлиқ – қиста, абсцесс, туберкулез қоваги деворининг ёмон сифатли усиши натижасида булиб ҳисобланади. Яллиғланган туберкулезда туберкулезга қарши терапиянинг ижобий таъсири қуринса, ўпка рақида узгаришлар орта боради. Бирок, рақнинг носпецифик зотилжам билан асоратланишида антибактериал даво вақтинчалиқ субъектив ва объектив узгаришларнинг яхшиланишига ва ташхис қуйишда ҳатоликларга сабаб булаши мумкин.

Ўпканиннг яллиғланган туберкулези ва периферик рақини таккослама ташхисида қуп ҳолларда балғам ёки бронх сакламасини бактериологик ва цитологик текшириш муҳим урин тутати. Туберкулез беморида СМБларини, ўпканиннг қовақли рақида эса – ҳавфли усма ҳужайраларни аниқлаш мумкин. Балғам ажралмаганда ёки уни текшириш натижаси манфий натижа берганда трансбронхиал ёки трансторақал игнали биопсия утказилади ва кейинчалиқ биоптатни морфологик текширилади.

Эозинофилли зотилжам ҳар хил аллергенлар таъсирида ривожланади ва уткир, уткир ости кечиши ёки ҳеч қандай клиник белгиларсиз тасодифан рентгенологик текшириш вақтида аникланиши мумкин.

Қасаллик қупинча қурук ёки оз микдордаги балғамли йутал билан қузатилади. Интоксикация белгилар қучли намоён булмайди. Ўпкаларни аускультациясида қам сонли қурук ёки майда пуфакли нам ҳириллашлар эшитилади. Гемограммада эозинофиллар сонини 30-90%га ошганлиги аникланади.

Рентгенограммада эозинофилли инфилтрат ўпқадан турли соҳаларида жойлашиши мумкин. У қам интенсивли, контурлари ноаниқ, қупинча нотугри шаклдаги фоқусли соя қуринишида булади.

Атрофдаги ўпка тукумаси узгармаган булади. Эозинофилли зотилжамга тегишли аллерген билан куйилган тери синамасининг мусбатлиги ва хатто даво утказилмаган тақдирда ҳам касалликнинг клиник-рентгенологик белгиларининг бир неча кун ичида йуқолиб кетиши характерли.

Ўпка актиномикози (кукрак ёки торакал шакли) ҳам яллиғланган туберкулез билан таққослама – ташхис утказилиши керак булган касалликлар жумласига киради. Бирламчи ва иккиламчи ўпка актиномикози фаркланади. Ўпканинг бирламчи актиномикозида актиномицеталар бронх йуллари ва ўпкага аэроген йул орқали киради. Иккиламчи актиномикозга ўпканинг лимфоген ва гемоген зарарланиши ҳамда сурункали йирингли жараёнинг ривожланиши хосдир.

Актиномикозли беморларни кукракдаги кучли огриклар безовта килади. Кукрак кафаси аъзоларини рентгенологик текширувида ўпкада ноаник контурли фокусли соялар аникланади. Кейинчалик фокус сояларининг контурлари аниқроқ булиб, уларнинг атрофидаги ўпка тукумасида фиброзли узгаришлар кучайиб боради, кисталар пайдо булади. Касалликнинг авжланганда ва ўпкада инфильтратив узгаришлар зурайиб борганда деструкция сохалари пайдо булиб, фибриноз ёки экссудатив плеврит ривожланади.

Жараён кукрак кафаси деворига утганда унда зич инфильтратлар ва йиринг ажралиши билан кузатиувчи купгина торакал окма яралар пайдо булади. Ташхис балгамда ёки окма ярадан ажралаётган йирингда актиномицеталарнинг аникланиши билан тасдиқланади.

Агар актиномицеталар балгамда ёки окма йирингда аникланмаса актиномикознинг яллиғланган туберкулездан асосий фарқи булиб СМБларининг балгамда йуқлиги, бронхоген учокларнинг мавжуд эмаслиги ва туберкулезга қарши олиб борилаётган давога қарамасдан касалликнинг авж олиб кетиши хилофланади.

Зотилжам билан асоратланган *ўпка инфаркти ва ателектазини* айрим ҳолларда яллиғланган туберкулез билан таққослашга тугри келади. Ателектазга бронх йуллари утказувчанлигининг бузилиши сабаб булади, бунинг натижасида маълум бронх билан **вентиляцияланувчи** сегментлар ёки ўпка булагига хавосиз булиб ҳажм жигатдан кичрайдиган. Ателектаз сабаби булиб бронх обтурацияси ёки уни ташқаридан эзилиши хисобланади.

Туберкулез касаллигида ўпка вентиляциясининг бузилиши ва ателектазнинг ривожланиши купинча асоратланиб кечувчи бронхоаденитда кузатилади. Қам ҳолларда ателектаз туберкулез бронхитида ёки туберкулездан кейинги чандикли бронхостенозда пайдо булади. Сегментар ёки субсегментар ателектаз нафас олиш фаолиятини бузмайди. Булак ва айниқса бутун ўпка ателектази секин – аста ёки бирдан кузатиувчи хансираш, цианоз, юрак фаолиятининг бузилиши билан намоён булади. Рентгенограммада ателектазда ўпканинг тегишли қисми ҳажмининг кичраиши ва унинг бир текис интенсив сояланиши аникланади.

Меъёрида вентиляцияланувчи ўпка сохалари, қарама-қарши ўпка ва қуқс аъзолари хавосиз ўпка булагига томон туберкулезжиши мумкин ва доим ателектазга учраган ўпка томон туберкулезжийдиган. Рентгенограммада ателектаз соҳаси сояси гомоген, аниқ контурли булиб бу уни ногомоген туберкулез инфильтратидан фарқлайди. Ателектазнинг якуний ташхиси бронхоскопия утказилгандан сунг қуйилади. Бунда бронх обтурацияси сабаби аникланиб даво муолажалари утказиш имкони ҳам тугилади.

Зотилжам билан асоратланган ўпка инфарктига учраган беморлар анамнезида флебит ҳамда тоз ва оёқ томирлари тромбози, миокард инфаркти, юрак-қон томир етишмовчилиги мавжудлиги инобатга олинади.

Инфаркт ўпканинг хоҳлаган соҳасида жойлашиши мумкин, лекин купинча унгда ўпканинг пастки булагига кузатилади. У уткир бошланиб, кукрак кафасида огрик, балғамли йутал, хансираш, қон туфлаш, тана ҳароратининг ошиши билан намоён булади. Атрофдаги ўпка тукумасида яллиғланган туберкулезга хос бронхоген тарқалиш учоклари учрамайди.

Жароҳат соҳаси синчковлик билан текширилганда окклюзияга учраган ўпка артерияси тармоғи ва томир суратининг сусайиши аникланиши мумкин. Зотилжам билан асоратланган ўпка инфарктида ўпканинг жароҳатланган соҳасида йирингли жараён ривожланиши мумкин.

Казеоз зотилжам

Казеоз зотилжам туберкулезнинг огир шиклларида бири хисобланади. У илгари соғлом инсонда мустакил равишда иммунитетни бирдан пасайиб кетиши натижасида ёки туберкулезнинг бошқа шакллари хатарли асорати сифатида ривожланиши мумкин.

Казеоз зотилжамнинг хусусиятларидан булиб туберкулез яллигланиш жараёнида яккол намоён булувчи казеоз-некротик таркиб, тез авж олиб бориши ва купгина парчаланиш бушлиглари шаклланиши хисобланади. Казеоз зотилжамда улим 50-60%га етади.

Иккинчи жагон уришидан сунг олиб борилган умумий соғломлаштирувчи ва махсус профилактик тадбирлар биринчи бор аниқланган беморлар орасида казеоз зотилжамни салмоғини кескин пасайишига сабаб булди. 1964 йилда казеоз зотилжам нисбатан кам учраши туфайли туберкулезнинг клиник таснифидан олиб ташланган эди. Бирок 30 йилдан сунг 1994 йилда вазият кескин узгарди.

Ижтимоий ва иқтисодий инкироз асосида, туберкулезга қарши кураш издан чиқиши натижасида туберкулезнинг бу шакли билан хасталанган беморлар сони ошиб кетди. Казеоз зотилжам қайтатдан туберкулезнинг клиник таснифига қиритилди.

Охириги йилларда казеоз зотилжам биринчи бор аниқланган туберкулез беморлари орасида 3-5%ни ташкил қилмоқда.

Казеоз зотилжам билан маълум хавф гуруҳни ташкил қилувчи катталар купрок моил буладилар: ОИТС вируси билан зарарланганлар, алкоголиклар ва наркоманлар. Иккиламчи иммунодефицит шу қаторда аҳолининг маълум турар жойига эга булмаган, мажбурий қучманчилар, қочқоклари қабил ижтимоий қатламларида қуп учрайди. Умуман казеоз зотилжам билан хасталанган беморларнинг ярмига яқини огир ижтимоий анамнезга эгадирлар.

Узок вақт кортикостероидлар ва цитостатиклар қабул қилиб юрувчи беморларда казеоз зотилжам ривожланиш эҳтимоли купрок булади. Казеоз зотилжам риволаниш хавфини оширувчи муҳим омиллардан булиб инсоннинг дориларга тургун СМБлари штами билан зарарланиши хисобланади.

Казеоз зотилжамнинг икки клиник шакллари фаркланади: лобар ва лобуляр. Лобар казеоз зотилжам одатда мустакил клиник шакл булиб ривожланади. Лобуляр казеоз зотилжам эса туберкулезнинг бошқа шакллари асорати булиб хисобланади.

Патогенез ва патологик анатомия. Казеоз зотилжамнинг пайдо булиши СМБларининг яккол қузатилувчи иммунодефицит ҳолатида ўпка туқимасида интенсив қупайиши билан боғлиқ. Иммунодефицитнинг характерли белгиларидан булиб апоптозга юқори моиллик тугдирувчи фагоцит ҳужайралари ва лимфоцитларнинг метоболик тургун эмаслиги хисобланади. Бундай ҳужайраларнинг функционал потенциали яккол пасайган ва улар эффектив ҳужайралараро муносабга қодир эмаслар.

Иммун жавобда иштирок этувчи ҳужайралар апоптозининг патологик ошиши казеоз зотилжам ривожланишида асосий патологик омиллардан хисобланади. Макрофаглар ва лимфоцитларнинг паст функционал фаоллиги ҳужайравий иммунитетнинг чуқур узғаришига олиб келади. Функционал фаол Т-лимфоцитлар (Т-хелперлар ва Т-супрессорлар) популяцияси кескин қамайиши, қон қардобида иммуноглобулин G қонцентрацияси ошиб кетиши қузатилади.

Натижада вирулент микобактерияларга қарши эффектив химоя амалда қузатилмайди. СМБлари фаол қупайиб қуп миқдорда токсик моддалар ажратади. Улар бевосита ҳужайралар мембранасига шикастловчи таъсир қурсатиб, бу уз навбатида иммунқомпонент ҳужайралар, макрофагларнинг узаро муносабатини издан қикаради ва иммунодефицит ҳолати чуқурлашиб боради.

Шу уринда микобактерияларнинг қорд омили фаголизосом қомплексларнинг ҳосил булишга ва макрофагларда ИЛ-1 синтезланишига қаршилиқ қилиб, Т-хелперлар қомонидан гамма-интерферон синтезини сусайтиради. Т-хелперлар ИЛ-2 ва гамма-интерферон синетзлаш қобилиятини йукотади.

Узига хос ёпик халка вужудга келади: микобактериялар мавжуд иммунодефитцит хисобига парчаланмайди, уларнинг купайиши эса иммун узгаришларнинг чуқурлашувига, иккиламчи иммунодефитцитга ва туберкулезнинг авжланишига олиб келади.

Туберкулезнинг уткир яллигланиш жараёни сегмент доирасида чегараланган казеоз зотилжамнинг бошлангич боскичи (ациноз, ациноз-лоббуляр, кушилиб боровчи лобуляр) жарохат соҳасида хужайравий элементларнинг ёппасига нобуд булиши ва кенг казеоз некроз соҳаси шаклланиши билан характерланади.

Патологик жараён кейинги таркалган ва кайтмас боскичга тезда утиб кетади. Бунда казеоз-некротик узгаришлар бошлангич жарохатланган сегмент доирасидан ташкарига таркалади. Ёнма-ён жойлашган ўпка тукумасида бир-бири билан кушилиб кетувчи казеоз учоклар ва фокуслар шаклланади.

СМБлари майда бронхлар, лимфатик ва кон томирлар буйлаб таркалади. Уларнинг таркалиши ва казеоз узгаришларнинг 2-3 хафта ичида авжланиб боириши ўпкаларнинг кенг жарохатланишига олиб келади.

Макроскопик асосий жарохат соҳасида кенг казеоз-некротик узгаришлар ҳамда иккала ўпкада купгина учокли ва фокусли узгаришлар яхши куринади. Казеоз некроз факат ўпка тукумасида эмас балки висцерал ва парител плеврада ҳам аникланади. СМБларининг лимфоген таркалиши бошқа аъзолар ва тизимларнинг туберкулез билан жарохатланишига олиб келиши мумкин.

Микроскопик текширувда жарохат соҳасида аралаш типдаги зотилжамга хос манзара аникланади. Казеоз массалар альвеола ва бронхиолаларни тулдириб туради. Альвеолар тусиклар аввалига уз структурасини саклаб турса, кейинчалик казеоз некрозга учрайдилар.

Шаклланган массив казеоз некроз соҳаси аторфида эпителиоид хужайралар, дистрофияси кузатилаётган лимфоцитлар ва полинуклеарлар йигинидан иборат кам сонли хужайравий инфильтрация ривожланади. Макрофаглар камдан-кам холларда аникланади. Улар апоптозга юқори моиллиги, ИЛ-1ни кам синтезлаши ва усмаларнинг некроз омили (УНО- α)ни фаол ҳосил булиши билан фаркланиб туришади.

Казеоз зотилжамнинг морфологик хусусияти булиб ўпка тукумасидаги казеоз-некротик узгаришларнинг бошқа специфик узгаришлардан кескин устуворлигидир.

Ўпка тукумасининг парчаланиш механизмида СМБлари ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг шикастловчи таъсири катта аҳамият касб этади. У макрофаглар цитолизига ва ўпка тукумасига агрессив лизосомал ферментлар, простогландинлар ва УНО- α йигилишига олиб келади. Уларнинг узаро таъсири ўпка тукумаси емирилишига олиб келади.

Казеоз-деструктив узгаришларнинг шаклланишида асосий патогенетик омил булиб казеоз зотилжамли беморларга хос 1-протеаза ингибитори ва 2-макроглобулинларнинг дефицити ҳисобланади. Ўпка тукумаси парчаланишида некротик васкулит туфайли келиб чиққан микроциркуляциянинг сезиларли бузилиши ҳам имкон тугдиради.

Казеоз массаларнинг ириши ҳар хил улчамдаги купгина парчаланиш бушлиглариининг – уткир каверналарнинг ҳосилбулишига олиб келади. Ўпканинг некрозга учраган соҳалари эркин ётувчи секвестрларга айланиши мумкин. Ўпкадаги деструктив жараён жарохат соҳасида вақтинча кислороднинг парциал таранглигини ошиши билан кузатилади, бу эса СМБларининг интенсив купайиши учун оптимал шароит яратади.

СМБларининг ҳаёт фаолиятида ажралаётган маҳсулотлар ва ўпка тукумаси парчаланиши натижасида пайдо буладиган токсик моддалар ўпка ва бошқа аъзоларда микроциркуляциянинг систем бузилишига олиб келиб метоболизмнинг бузилишига сабаб булади. Гомеостазнинг жиддий бузилиши гиперфибриногенемия, плазманинг фибринолитик фаоллигининг ошиши, конда паракоагуляция маҳсулотларнинг пайдо булиши ва преальбумин концентрациясини кескин камайиши билан кузатилади.

Даво утказилмаса казеоз зотилжам улим билан яккунланади. Унинг асосий сабаби парчаланган ўпка тукумаси асосида ва яккол намоён булувчи интоксикация туфайли келиб чиқадиган ўпка-юррак еттишмовчилиги ҳисобланади.

Уз вақтида комплекс даво бошланганда жараённинг жадал авжланиб бориши тухталиб туради. Фиброз массаларнинг аста-секин органик узгариши карнификация сохаларининг пайдо булишини таъминлайди, бушликлар фиброз каверналарга айланади, казеоз-некротик учоклар фиброз тукима билан инкапсуляцияланади. Шундай қилиб ўпка тукимасидаги узгаришлар маълум даражада қайтмас ҳисобланган казеоз зотилжам ўпканинг фибро-ковакли туберкулезига трансформацияланади.

Клиник манзара. Одатда казеоз зотилжам уткир бошланади. Жарохат соҳасида казеоз-некротик массалар ҳосил бўлаётган бошланғич даврда интоксикацион синдром устун туради. Бемор рангпар бўлиб жарохат соҳаси томонида ёнокларнинг кизарганлиги қуриш мумкин.

Тана ҳарорати 38-39 °С гача ошади. Қалтираш, ҳолсизлик, қучли терлаш, ҳансираш, иштаҳанинг кескин пасайиб кетиши, диспепсик бўзилишлар пайдо бўлади. Ёутал асосан қуруқ бўлиб, айрим ҳолларда қийин ажралувчи қам балғамли бўлади.

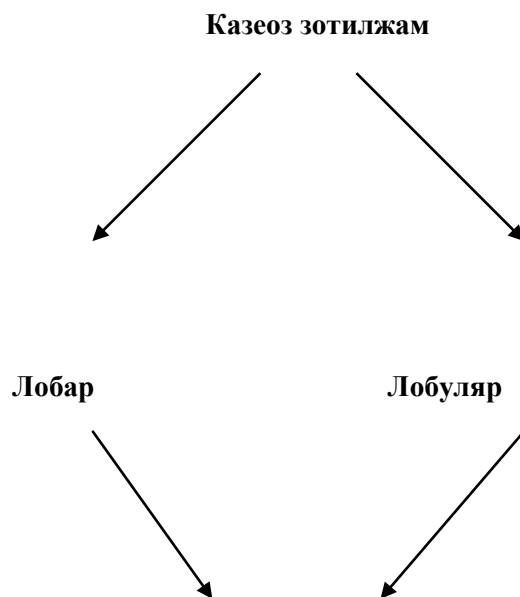
Казеоз-некротик массалар ириши ва ўпкада қупгина парчаланиш бушлиглари пайдо булиши билан бронхо-плеврал синдром яққол намоён бўлади. Ёутал нам, қуп миқдордаги балғамли бўлади. Беморларни қуқракдаги огриклар безовта қилади. Балғамда қон лахталари пайдо булиши мумкин. Ҳансираш қучаяди (1 дақиқада 40 тагача нафас), акроцианоз ривожланади. Нотугри типдаги гектик тана ҳарорати, қаҳексия қузатилади.

Физикал текширувда ўпканинг жарохатланган соҳалари устида ўпка товушини тумтоқлашиши, сусайган бронхиал нафас, майда пуфакли нам хириллашлар аниқланади. Парчаланиш бушлиглари пайдо бўлгандан сунг хириллашлар қуп сонли, жарангли, урта ва йирик пуфакчалига айланади. Ўпка артерияси устида II тон акцент ива тахикардия қузатилади. Қупинча жигарнинг қатталашини қузатилади.

Туберкулезнинг бошқа клиник шаклини авжланиши натижасида ривожланган лобуляр казеоз зотилжамнинг клиник манзараси қупинча унинг хусусиятлари билан боглиқ бўлади. Бирок доимо асоратланиш натижасида ривожланган казеоз зотилжам интоксикация симптомларининг қучайиши, ўпкада хириллашларнинг пайдо булиши ёки қупайиши, ўпка етишмовчилигининг авжланиши билан характерланади.

Казеоз зотилжамнинг патогенези.





Купинча летал окибат. Эффектив даво утказилганда –
фиброз ковакли туберкулезга трансформацияси,

Диагностика. Казеоз зотилжамнинг ташхиси беморни клиник, лаборатор ва рентгенологик текширувига асосланади. Иммунодефицит ҳолатининг мавжудлиги ва ўпкада туберкулез этиологияли яллигланиш эҳтимоли юқорилилигини тасдиқловчи анамнез маълумотларига асосий эътиборни қаратиш керак.

Касалликнинг оғир клиник кечиши тери синамасининг туберкулинга сезувчанлигини кескин пасайиши билан кузатилади. 2 ТБ билан утказилган Манту синамасига манфий анергия типик белги бўлиб ҳисобланади.

Касалликнинг 1-ҳафтасида беморлар деярли балгам ажратмайди. Бронх ювиндисини *бактериологик текшируви* касаллик кузгатувчисини аниқлай олмайди, чунки жароҳатланган ўпкада ҳали парчаланиш бушлиглари пайдо бўлмаган бўлади. Вазият касалликнинг 2-ҳафтасига келиб узгаради. Бу вақт ўпка туқимасида микобактериялар популяцияси кескин купайиши натижасида купгина парчаланиш бушлиглари пайдо бўлади.

Жуда куп балгам ажралиб, уни Циль-Нилсен усули буйича буяб тугридан тугри бактериоскопик текширганда куп микдорда СМБлари аникланади. Уларнинг топилиши ташхис қуйишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

СМБлари аксарият ҳолларда дориларга куп тургун шаклда бўлиб, у культурал текшириш натижасида аникланади. Балгамда СМБлари билан бир каторда хилма-хил носпецифик ва замбуругли флора аникланади. Шу сабаб СМБларига параллел ҳолда бактериограмма ва балгамни замбуругларга текшириш утказилади. Олинган маълумотлар даво тактикасида аҳамият касб этади.

Кукрак кафаси аъзоларини *рентгенологик текширувида* кенг тарқалган ва дағал узғаришлар аникланади. Лобар казеоз зотилжамли беморларда тугри проекцияда олинган обзор рентгенограммада ўпка булагининг бутун ёки куп қисмини эгаллаган сояланиш аникланади.

Аввалига сояланиш гомоген булса, касалликнинг авж олиб бориши натижасида нотугри урамсимон шаклдаги, ноаник контурли ёругланиш кисмлари пайдо булади. Кейинчалик казеоз массалар ажралган сари бушликлар аста-секин девори шаклланаётган коваклар куринишига эга булиб боради.

Ёнма-ён жойлашган ўпка сегментларида ҳамда карама-карши ўпкада бронхоген таркалиш учоклари аникланади.

КТда ўпканинг зич булагиди кенгайган урта ва йирик бронхлар оралиги яхши фаркланиб туради – «хаволи бронхография». Жарохатланган ўпка булагиди эластиклигини йукотганлиги сабаб кичрайиб кетади.

Лобуляр казеоз зотилжамда олд проекцияда олинган рентганограммада йирик учокли соялар ва катталиги 1,5 смга якин фокусли соялар куринади. Соялар нотугри шаклда, урта ёки юкори интенсивликда, ноаник контурга эга булади. Купинча улар иккала ўпкада деярли симметрик жойлашади. Томографияда ўпкаларда купгина парчаланиш бушлиглари аникланади.

Казеоз зотилжамли беморларга *бронхоскопия* трахеобронхиал утказувчанлик бузилганда, уткир ривожланган ателектазда, ўпкadan кон кетишда, айрим холларда эса таккослама-ташхис максасида утказилиши мумкин. Бронхоскопик текширув вақтида олинган диагностик материалда аникланган казеоз некроз элементлари жарохатнинг туберкулез этиологияли эканлигини тасдиқлайди.

Казеоз зотилжамли беморларда *умумий кон тахлили* узгаришлари туберкулез интоксикацияси ва ўпкадаги яллигланиш жараёнига мос келади. Яккол булмаган лейкоцитоз – купинча $13,0-15,0 \cdot 10^9/\text{л}$, кам холларда $20,0 \cdot 10^9/\text{л}$. дан юкори булади. Жараённинг авж олиб бориши лейкоцитлар сонининг меъёридан паст курсаткичларгача пасайиши билан характерланади.

Таёкча узанли нейтрофилларнинг анча ошиши (25-30%) ва яккол лимфопения (5-7%гача) кузатилади. ЭЧТ кескин ошади (40-60 мм/с), купинча гипохром анемия ривожланади.

Умумий сийдик тахлилида октуберкулезлар, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалин цилиндрлар аникланади.

Кон зардобининг биохимик таркиби сезиларли узгарган: гипопротеемия, альбуминлар пасайиши ва глобулинлар микдорининг ошиши билан намоён булувчи диспротеинемия, гипонатриемия.

Огир интоксикация ва ўпкаларнинг кенг жарохати ўпка ва юрак функциясининг жиддий бузилиши сабаби булиб хисобланади. Пайдо булган нафас етишмовчилиги аралаш типда булиб, купинча рестриктив компонент устун туради. Юрак фаолиятини бузилиши миокард ишемияси, тахикардия, артериал гипотензиялар билан намоён булади.

Таккослама ташхис. Клиник амалиётда купинча беморларни текшириш натижаларини нотугри талкин килиш натижасида, казеоз зотилжамни кеч аниклаш каби диагностик хатоликлар кузатилади. Масалан, туберкулинга жавобан манфий анергия ва касаллик бошида бактерия ажралишининг йуклиги жарохатланишнинг туберкулез этиологияли эмаслиги белгиси булиб хизмат килади.

Уз урнида туберкулинга манфий реакция казеоз зотилжамнинг типик белгиси хисобланадиган манфий анергия натижасидир. Яна шу айтиб такидлаб утиш керакки, казеоз зотилжамли беморларда бактерия ажралиши касалликнинг факатгина 2-3 хафтасида кузатилади. Бу мухим холатларни билиш ва хисобга олиш купол ва анча хавфли хисобланган диагностик хатоликларни олдини олиш имконини беради.

Ўпка инфилтратининг таккослама ташхиси.

Ўпка инфилтратининг ривожланиши, келиб чиқиши ,патогенези 200 дан ортиқ касалликлардан фарқланади. Шифокор амалий жиҳатдан ўпкадаги инфилтратив жараёни тез-тез таққослаб туриши керак. Ўпка инфилтрати касаллигини бир неча гуруҳга ажратиш мумкин.

1. Юкумли : пневмониянинг келиб чиқиш тури (пневмококк ҳамма тури, шунингдек стрепто- ва стафилококк, грамманфий бактерия (ичак таёқчаси, Пфейфер таёқчаси, протей, кўк йиринг таёқчаси)- шифохонада кенг тарқалган, ички касалликлар чакирувчи, пневмония, грамм манфий таёқчаси, сув таркибидаги клибсиелалар (Фриндлер пневмонияси), вирусли пневмония (грипп, аденовирус, цитомегаловирус), бактерия-вирусли пневмония, микоплазма, пневмоцитли пневмония (бемор иммунитетининг бузилиши, айниқса ОИТСда, замбуруғ чакирадиган пневмония, хламидиялар, риккетсиялар ва бошқалар. Атипик кўзгатувчилардан хламидия, легионелла, микоплазмаларнинг ҳам инобатга олиш зарур.
 2. Яллиғланган ўпка туберкулёзи
 3. Ўпка абсцесси
 4. Ўпканинг интерстициал касалликлари - бу бир турга мансуб бўлмаган касалликлар гуруҳи. Ўпка интерстициал тўқималарининг яллиғланиши ва диффуз шикастланиши тарқоқ фиброзни ривожлантиради.
- а)маълум этиологияли: пневмокониозлар, милиар ўпка туберкулёзи, экзоген

аллерген алвеолит, радиацион пневмонит, ўпканинг дорилардан шикастланиши (туберкулёзга қарши воситалар, блеомицин, олтин воситалари) янги маълумотларда (альвеола ҳужайра ўсмаси, бронхоген ўсма, лимфосаркома) ўпкада димланиш (ўпка шиши).

б) номаълум этиологияли. Бу гуруҳ касалликлар иммунопатиянинг бузилиши билан кечади: идопатик фиброзли альвеолит (Хамман –Рич касаллиги), саркоидоз (Бен-Бек-Шауман касаллигида), ўпка бириктирувчи тўқимасининг диффуз жароҳатланиши (ревматоидли артрит, системали склеродермия, системали қизил бўрича), тизимли васкулит (тугунли периаартрит, Вегенер гранулёматози, геморрагик васкулит), Гудпасчер синдромида (геморрагик пневмонит ва гломерулонефрит кўринишдаги ўпка ва буйракнинг тизимли капиллярители), лимфогранулёматоз, ўпка гемосидерози (“темир” ўпка, ўсиб борувчи пневмо-геморрагик анемия).

5. Ўпканинг эозинофилли инфилтрати –паразитли (аскаридоз, трихинелла, лямблиоз, Марфан синдроми), доривор (антибиотиклар-пенициллин , сульфаниламидлар, нитрофуран, В гуруҳ витаминлари), ўсма, аспергиллез, ўпка бронх аллергияси (моғорли замбуруғлар –*Aspergillus fumigatus*), бронхиал астма касалларида.

6. Туғма юрак касаллигининг ривожланиши ва ирсий касалликлар: фиброзли кистоз, ўпка микролитиази, альвеоляр протеиноз.

7. Катталарда респиратор- дистресс синдроми (ўпка “шоки”) -ўпка шиши, ўпка капиллярлари ўтказувчанлигининг шартли ортиши (шок бўлганда гиповолемия, захарли газлардан бўғилиш, септицемия, меъда ширасининг аспирацияси (нафас олиш пайтида нафас олиш йўлларига овқат парчалари,тўқима қисмлари,қон,бактерия,кимёвий моддалар ва турли бегона нарсалар кириб қолиши),бактерияли пневмония, куйиш касалликлари,уремия,ДВС-синдроми).

8. Ўпка инфаркти.

Инфилтратларининг қиёсий ташхиси муаммолари, ўпкадаги катта миқдордаги инфилтратив жараён кўринишида кечувчи ўткир пневмония қиёсий ташхиси билан боғлиқ .

Инфилтрат –яллиғланишнинг марказий нуқтаси бўлиб ,яллиғланишнинг экссудатив босқичини камраб олади.Демак бунда инфилтрация тез усади, яъни яллиғланиш нуқтаси атрофида лимфоцит ва лейкоцитларкелиши давом этади .Фтизиатрлар шу каби бир неча инфилтрат турларини ажратадилар. Уларга:

Думалок (ўмров ости инфилтрати)1920 йилларда Ассман ифодалаб берган. Ўмров ости соҳасида юмалоқ инфилтратлар,лекин ўчоқли туберкулёздан фарқли равишда 10 мм катта (15 -25 мм чегарасида), инфилтрат аниқ чегарага эга бўлмаган юмалоқ шаклли бўлиб, янги яллиғланиш жараёни эканлиги ҳақида билиш мумкин.

Булутсимон-ногомоген 1 ёки 2 сегментни камраб олади .Улар ўпкани бутун бир қисмини ҳам эгаллаб олиши мумкин –лобит, ўпканинг 1 ёки 2 сегментига тарқалади , лекин тўқималар аро ёрик йўлида (яъни плевра чегараси тугалланганда) перициссуритланади.

Носпецифик пневмониядан фаркли равишда ҳамма симптомлар инфильтрат ўлчамига боғлиқ бўлади. Бу туберкулёз шакли баъзида инфильтратив пневмония деб номланиб, 1973 йил бу тур классификацияда бўлган, баъзида клиник кўриниши ўткир бошланиб, бемор тана ҳарорати 1-2 кун ичида 39 С°га етади . Бемор ётоқ режимида, фаоллиги сусайган, оғир вазиятда бўлади. Бу туберкулёз ўчоқли туберкулёздан фаркли равишда тезлик билан деструкциянинг бузилиши –жуда тезлик билан бу инфильтрат ўпка тўқимаси емирилишига олиб келади, натижада бўшлиқлар пайдо бўлади. Бу туберкулёз шаклида организмда гиперергик ҳолат, яъни беморда инфекцияга қарши ўта сезувчанлик пайдо бўлади. Шунинг учун экссудатив фаза келиб чиқади. Хужайралар микобактерияларни фагоцитоз қилиб, казеоз массани лизис қилувчи протеолитик ферментлар ажратади. Казеоз масса сўрилади, ўчоқлар 1-3 бронхлар билан дренажланади ва беморлар балғам ажратиб ташлайдилар, унинг ўрнида бўшлиқлар пайдо бўлади. Бундай беморлар массив бактерия тарқатувчи бўладилар. Бу эса атрофдагилар учун хавфли. Асосан лобит турли инфильтратив туберкулёзда казеоз масса катта миқдорда бўлса, у лизисланиб беморнинг йўталиши натижасида бу масса бошқа ўпкага ҳам тарқалади (бронхоген тарқалиш), жуда тезлик билан иккала ўпкага тарқалади.

Бундай ҳолатларда адекват терапия зудлик билан ўтказилмаса беморни жуда тез йўқотиб қўйишимиз мумкин. Инфильтратив туберкулёзнинг якуни – тўлиқ даволаш (иложи борица тезрок). Ўмров остидаги юмалоқ инфильтратлар ўтказилган терапия оқибатида из қолдирмасдан сўрилади. Кам ҳолларда фиброз ўчоқли жойлари қолиши мумкин. Булутсимон (1-2 сегмент+деструктив ўзгаришлар) кўринишда, даволашдан кейин кенг фиброз ўчоқли майдон ўпка тўқимаси деформацияси билан асоратланади (умри охиригача рўйхатга қўйилади). Лобит (кенг казеоз ўзгаришлар) жуда катта ўзгаришлар рўй бериб, сурункали касалга айланади. Чунки бу қатламни ёпиб бўлмайди. Агар тезликда жарроҳлик амалиёти ўтказилмаса, сурункали каверноз, кейин эса фиброз-каверноз шаклга ўтади.

Ўпка инфильтратив туберкулёзининг рентгенологик кўриниши.

Бронхолобуляр инфильтрат-бу фокус бўлиб, у ўпканинг юқори қисмидаги 1-2 сегмент бўлимларида жойлашган, юмалоқ, нотекис контурли, 1-3см диаметри, томографияда 2-3та бирига қўшилишиб кетган марказлардан иборат. Асоратларсиз ўтади, функционал ўзгаришларсиз. **Юмалоқ** инфильтратлар - бу овалсимон ёки юмалоқ хиралашган фокуслар бўлиб, уларни аниқлаш қийин, 1,5-2 см диаметри 1, 2 ва 6 сегмент оралиғида жойлашган. Шулардан ўпка илдизига яллиғланиш жараёни кетади. **Булутсимон инфильтратлар** нотекис хираликлар-соя контурлари сузувчан, 1 ёки бир қанча сегментларга тарқалган. Туберкулёз инфильтрати носпецифик пневмонияга ўхшаб кетади, лекин рентген ўзгаришлари кўринарли.

Перициссуритлар ёки қийшиқ инфильтрат, Сержан учбурчаги-бу булутсимон инфильтрат бўлаклари орасида жойлашган. Учбурчак чўққиси ўпка илдизига йўналган, асоси ташқарига қараган. Устки чегаралари ёйилувчан ва ўпка тўқимаси ҳам ўзгарган кўринишга ўтади. Пастки чегаралар бўлаклараро плеврага мос тушади. Шунинг учун аниқ инфильтратив яллиғланишдаги ўзгаришлар, оғир ва чандикли тўқималар томографияда аниқ кўринади. **Лобит**-яллиғланишли туберкулёз жараёни ўпканинг барча жойларига тарқалган бўлади. Ўзининг структур шакли ва оғир асоратлари билан ажралиб туради. Кузатувлар шуни кўрсатадики, лобитдан кейин унча катта бўлмаган инфильтратив фокус қолиши мумкин. Касаллик ривожланган сари, ўпканинг барча жойлари шикастланиб боради.

Казеоз пневмония-иммунобиологик чидамлилиги йўқ бўлган айрим касалларда инфильтрат казеоз пневмонияга айланиб кетади. Казеоз пневмония ўпка тўқималарида казеоз инфекцион яллиғланиш жараёни ривожланишида намоён бўлади. Казеоз – пневмоник ўчоқлар ўпканинг бутун майдонига тарқалади. Рентген – томографик текширувларда анча мустаҳкам тарқалган ўчоқларни, плеврал ўзгаришлар ва кесилган тўқималарни аниқлаш мумкин. Юмалоқ инфильтратлар ривожланганда перифокал яллиғланиш майдони кенгаяди, каверна пайдо бўлади. Кавернада секвестр ва пневмонияни бўшлиқ суюқлиги бўлади. Бронхоген тарқалиш натижасида ўпканинг соғ қисмида турли катталиқдаги ўчоқлар пайдо бўлади.

Казеоз пневмонияни ривожланишида бир қанча нокулай омиллар: овқатланишнинг бузилиши, ҳомиладорлик, диабет, кўплаб юқори вирулент туберкулёз микобактериялари билан касалланиш таъсир кўрсатади.

Бундан ташқари пневмония, ўпкадан қон кетганда туберкулёз микобактерияларини қонга тушиши натижасида ҳам юзага келиши мумкин. Ўпкадан қон кетиши эса ўпка кавернасининг ёрилиши ва соғ ўпка тўқимасига туберкулёз таёқчаларининг тарқалиши билан характерланади.

Пневмонияни клиник кечиши унинг тарқалиш даражаси ва морфологик ўзгаришларининг интенсивлигига боғлиқ.

Яллиғланган туберкулёзнинг клиникаси.

Клиник белгиларнинг яққол юзага келиши ўпканинг катта майдонидаги специфик шикастланишига боғлиқ, кўп ҳолларда ўчоқли пневмония юқори ҳарорат билан бошланиб, грипп ёки ўчоқли пневмония типига кечади. Фақатгина беморларни синчковлик билан сўроқ қилинганда бу касалликнинг ўткир бошланишидан олдин туберкулёз интоксикацияси белгилари юзага келганлигини аниқлаш мумкин.

Кўпинча яллиғланган - пневмоник туберкулёзнинг бирламчи белгилари қон туфлаш ва қон кетиш ҳисобланади. Касалликнинг ўткир кечиш муддати турлича: бир неча кундан бир неча ҳафтагача бўлади.

Шикоятлардан кўпинча кўкрак қафасининг шикастланган соҳасида оғриқ, қуруқ йўтал ёки кам миқдорда балғам ажралиши юзага келади, бундан ташқари туберкулёз интоксикацияси белгилари, иштаха йўқолиши, кўп терлаш, уйқунинг бузилиши, кўзғалувчанликнинг ошиши, тахикардия ва умумий ҳолсизлик белгилари ҳам характерлидир.

Казеоз пневмония - касалликнинг бошланиши ўткир кечиш тана ҳарорати 40-41°C гектик турда, яъни эрталаб тунги ҳароратларнинг ўзгариб туриши хосдир. Бу ҳолатларда туберкулёз интоксикацияси ҳам юзага келади, кескин адинамия, кучли терлаш, кўкрак қафасида оғриқ, йирингли балғам келиши, ҳансираш ҳамда беморларнинг кескин озиб кетиши кузатилади.

Физикал текширувда яллиғланиш туберкулёзнинг бошланғич кечишида кўкрак қафасининг шикастланган соҳасини нафасда ортда қолиши, шунингдек нафас актида кучаниш ва кўкрак қафаси мушакларининг оғриқлилиги, овоз титрашининг кучайганлиги аниқланади.

Катта майдонли пневмониянинг лобит турида ва яллиғланиш жараёнининг чириш, каверналар ҳосил бўлиш босқичида тукиллатиш ҳамда аускультация аниқ маълумотлар беради. Бунда шикастланган соҳада перкутор товушнинг бўғиқлашуви, бронхофония, бронхиал нафас ҳамда турли ўпкадаги нам жарангдор хириллашлар эшитилади.

Яллиғланган туберкулёз турини ташхислашда лаборатор текширувлар асосий ўринда туради, айниқса чириш босқичида балғамда ёки бронхларнинг ювинди сувида етарли миқдорда туберкулёз микобактериялари аниқланади.

Рентгенологик текширувларда ўпкада оқариш майдонларининг ҳосил бўлиши ва уларнинг катталашиб оролсимон шаклга кириши, каверналар атрофида перифокал қоронғиланувлар сақланиб қолганлиги - пневмоген каверналар аниқланади.

Казеоз пневмония билан касалланган беморларни рентген текширувларда кўп сонли, шакли ноаниқ, йирик, ёйилган фокусларни кўриш мумкин.

Касалликнинг жадал кечишида кўп сонли каверналар ва бронхоген метастазланиш натижасида ўчоқларнинг пайдо бўлиши характерли.

Бўлакнинг бактериал ва вирусли пневмонияси, у айниқса ўпка туберкулёзининг яллиғланишли пневмоник турини ва лобал казеоз пневмонияни ташхислашда асосий ўринда туриб, бу касалликлар ҳам худди бактериал пневмония каби ўткир бошланиши ёки иккиламчи бактериал

пневмония каби аста-секин бошланиши мумкин. Беморларнинг тери касалликнинг иситмали босқичи иссиқ ва куруқ, терлаш ва криз пайтида кузатилади.

Носпецифик пневмонияда балғам, кўп миқдордаги глюкопротеид ҳисобига, жуда ёпишқоқ бўлиб, туфлаганда ажралиши қийин бўлади.

Туберкулёз пневмониясида эса ёпишқоқлик бу даражада бўлмайди. Пневмония кўпинча субфебрил бошланиб, оғриқ кўпинча ён томонга, чап бўлакнинг базал сегмент проекцияси бўйлаб тарқалади. Туберкулёздаги параневмонияли плеврит оғриқни юзага келтириб, у кўпинча кўкраклар орасига тарқалади, бу жараён апикал сегментнинг пастки бўлаги ва юқори бўлакнинг орқа соҳаси проекциясига хос. Ташхислашда эса тукиллатиш ва аускультация бироз чегараланган.

Шуни қайд этиш керакки, туберкулёз билан касалланган беморлар шикоятларни кам билдиришади, касаллик қачон бошланганини аниқ кўрсатиб беролмайди. Кўп ҳолларда рентген текширувида яллиғланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши касалликка ташхис қуйишда муҳим белги ҳисобланади.

Рентген текширувда туберкулёзда яллиғланиш ўчоғи сояларнинг катта интенсивлиги ва аста-секин юзага келиши ўпка илдизига қараб йўлакчаларнинг ҳосил бўлиши ҳосдир.

Бронхоскопик текширувларнинг натижалари, балғамда Кох таёқчаларининг аниқланиши ҳамда одатдаги антибиотик терапиянинг натижа бермаслиги туберкулёзнинг исботланишини белгилайди.

Қиёсий ташхислашнинг асосий кийинчилиги узоқ давом этадиган пневмония ҳисобланади (30% беморларда). Пневмониянинг узоқ давом этишига сабаб кеч мурожаат қилиш ҳамда касалликнинг эски усуллар билан даволаш ҳисобланади.

Бундан ташқари касалликнинг узоқ кечиши вирус- бактерияли инфекциялар билан бирга кечиши ва флоранинг грамм манфий бўлиши ҳамда организмнинг иммунологик фаоллиги сусайиши сабаб бўлади. Баъзида узоқ давом этувчи пневмония кўкс оралиги лимфа тугунларининг катталашуви билан кечиш, бу эса ўз навбатида бластомоз жараёнидан фарқлашни тафовут этади. **Бронхоген ўсманинг клиникаси**, яллиғланиш жараёнларининг асорати сифатида қаралиб, ўсма туфайли ўлган беморнинг ҳар иккитасидан бирида ҳаёт пайтида пневмония билан касаллангани аниқланди. Касалликнинг клиникасида ўхшашлик мавжуд: кўпинча 42-50 ёшли эркакларда учраб шикоятлар-кучли йўтал (куруқ ёки балғамли), кўкрак қафасида оғриқ, субфебрил ҳарорат, қон туфлаш. Беморларнинг анамнезида кўпинча чекиш аниқланилади, бундан ташқари перкутор - аускультатив белгилари ҳам ўхшаш. Бронхлардаги ўсма жараёни уларнинг йўллари торайтириб, сегментар ёки бўлакли обструктив пневмонит ёки ателектазни юзага келтириши мумкин.

Бронхоген ўсмага ташхис қўйишда бронхоскопия ҳамда балғамни гистологик текшириш асосий ўринда туради.

Шундай қилиб ўрта ва катта ёшли одамларда учровчи пневмониянинг турли кўринишларини ўсманинг асорати сифатида юзага келиш эҳтимоли мавжудлигини инобатга олиш ва бронхоскопия, томография текширувлари кераклигини таъкидлаш керак.

Ўпкани альвеолар раки иситма, йўтал, нафас сиқиши ва кўкракда оғриқ пайдо бўлиши билан ажралиб туради. Қон таркибида лейкоцит кўпайиши, ЭЧТ тезлашиши кузатилади. Ўпка сояси бир-бири билан тез-тез қўшилмайди, гўё бронхопневмония ўпка бўлакларининг яллиғланиши каби таассурот қолдиради.

Айрим ўсма тугунлари баъзида пневмониянинг кучайиши билан емирилиши мумкин. Бундай ҳолларда бактерияга қарши даволаш самара бермайди. Кичик бронхда ўсма борлиги учун ҳам бундай ҳолатларда бронхоскопия ҳам натижа бермайди. Бунда фақат томография ва балғамни синчиклаб текшириш усули кўпроқ фойда беради.

Ўпканинг ўткир пневмонияси остида кечувчи лимфогранулематоз (Хожкин касаллиги)- яъни лимфа тугунларининг бирламчи ўсма касаллигидан келиб чиқади ёки шунга сабаб бўлади. Бронхда лимфа тугунчаларининг катталашуви босими оқибатида ўпканинг бўжмайиши ва яллиғланишнинг ривожланади, лимфа тугунларининг бирламчи ўсмаси дастлабки клиник кўриниш бўлиши мумкин. Бактерияга қарши даволаш самара бермайди.

Қиёсий ташхис мезонлари бундай ҳолларда анамнез йиғиб ўпкадан ташқарида касаллик пайдо бўлиши томографик текширувлар ва лимфа тугунларининг биопсияси ҳисобланади.

Ўпка ва плевранинг бир вақтда яллиғланиши кўпинча касаллик белгилари тўсатдан пайдо бўлиши билан характерланадиган ўпка инфарктига олиб келади. Бу эса кўпинча қон туфлаш, ўпкада тўлиш ўчоқлари пайдо бўлгани аломатларидир, ўпка базал сегментлари шикастланиши билан характерланади. Ўпка инфаркти тўғрисида қуйидагилар асосида тахмин қилиш мумкин: агар бемор ўпкасидаги артериялардан бирида вена яллиғланиб тромб ҳосил бўлиши касаллиги туфайли операция бўлганлиги ёки қаттиқ шикастланган бўлса, шунингдек юрак нуқсони, юрак уриш ритмининг бузилиши, турли дориларни узоқ муддат қабул қилиш натижасида келиб чиқади.

Плевропневмония. Кўпчилик ҳолларда ўпка инфаркти билан ташхислаш керак бўлади, чунки ўпка инфаркти ҳам тўсатдан кучли оғриқ юзага келиши, баъзан қон туфлаш ўпка тўқимасида зичлашган ўчоқларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Ўпка инфаркти учраши беморларнинг илгари травма ёки операция бошдан кечириш ёки ўпка артериясининг бирор - бир шохларининг тромбозмболиясидан, яъни юрак нуқсони, ҳилпилловчи аритмия, тромбофлебит, контрацептив моддаларни қабул қилиши оқибатида юзага келади. Агар ўпка инфаркти битта сегментни қамраб олган бўлса, у ҳолда учбурчак шаклидаги гомоген қорайиш кўринади. Бу учбурчак асоси висцерал плеврага, чўққиси ўпка дарвозасига қараган бўлади. Ташхис қилиш қийин бўлган ҳолларда радиоизотоп текширув ўтказилади. Пастки бўлақларининг инфилтратив ўзгаришларида кўпинча ўпка шишиши кузатилади. Бунда инфилтрация жароҳатланган илдиз олди майдонларида «капалак қаноти» шаклида бўлади. Ўпка альвеолаларининг шишиши қиёсий ташхислаш қийинчилик туғдирмайди ва клиник кечиши бўйича аниқланади. Бундан ташқари уремик пневмония ва ўпка шишиши бактерияли пневмониядан фарқланиши қийин. Бу ҳолат кўпинча гиперазотемия фонида келиб чиқади. Бунда илдиз атрофи майдонида инфилтрация кучайган ва капалак қаноти шаклини олган.

Ўткир пневмония инфилтрланган ўпка тўқимасида милиар ўчоқларнинг юзага келиши билан кечади. Милиар соя кўпинча тўрсимон кўринишга эга бўлади. Ўчоқларнинг кичик бўлишига қарамай касаллик оғир кечади. Юздан ортиқ касалликлар иситмалаш, йўталиш, ҳансираш ва ўпкада милиар соялар бўлиши билан кечади. Милиар пневмонияни қиёсий ташхисда биринчи ўринда туберкулёзнинг гематоген тарқалган тури киради. Милиар сояларнинг ҳосил бўлиши саркоидоз учун характерли. Саркоидоз- системали яхши кечивчи касаллик бўлиб, унинг асосида казеозсиз эпителиоид хужайрали гранулёма ва туберкулёз микобактерияси қатнашмаган перифокал яллиғланишни ҳосил бўлишида ретикулоэндотелиал системанинг жароҳати ётади. Саркоидозда 80-90% ҳолларда бронхопульмонал лимфа тугунларининг жароҳатланиши кузатилади. Ўпкада бу жароҳатнинг тарқалиши иситмалаш, хириллашларнинг пайдо бўлиши билан кечади.

I-босқичда рентген текширувида (кўкрак ичи лимфа тугуни тури) бронхопульмонал лимфа тугунларининг икки томонлама катталашуви кўринади.

II-кўкс оралиғи ўпка турида катталашган бронхопульмонал лимфа тугунлари фонида майда ўчоқли сояларнинг пайдо бўлиши, 1 ёки 2ла ўпкага диффуз тарқалиши кузатилади. Бундай ҳолларда ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш қийин, шунинг учун саркоидоз билан касалланган беморлар фтизиатрлар кўригида узоқ вақт бўладилар.

III-босқич (ўпка турида соялар юмалоқ, ноаниқ шаклдаги конгломератлар ҳосил қилиб бактериал пневмониядаги ўзгаришларни эслатади. Саркоидоз бошқа жойларда ва системаларда патологик жараённинг кечиши билан пневмониядан фарқ қилинади. Бундай лимфа тугунлари, жигар талоқ жароҳатланади. Артрит ва тугунли эритималар юзага келади. Ташхис қўйишда Квейм синамаси ва лимфа тугунларининг биопсияларидан фойдаланилади.

Диффуз фиброзланувчи альвеолит (Хаммен-Рич синдроми)—идиопатик ривожланувчи фиброз) – кўпинча альвеолаларда экссудат ҳосил бўлиши (лимфоцит, плазмоцит хужайраларини сақлайди) ретикуляр ва коллаген толалар ўсиб кетиши билан характерланади. Фиброз бронхиолаларга тарқалиб ўпка архитектоникасини бузади ва майда кисталарни ҳосил қилади. Касаллик турли иммунопатологик феноменларни юзага келиши билан характерланади. Вақт ўтиши билан альвеоляр – капилляр блок юзага келади (патогенетик механизм асосида ётиб, нафас етишмовчилиги билан юзага келадиган клиник кўринишларни ифодалайди), бу эса газлар диффузиясини сусайишини гипоксия, ўпка гипертензиясини (Эйлер – Лильестераид рефлeksi) ва ўпка юраги ривожланишини таъминлайди. Клиник белгилари: ҳансираш, қуруқ йўтал, кўкрак қафасида оғриқ, тана ҳароратининг

кўтарилиши; аускультатив текширганда крепитация ва куруқ хириллашни юзага келтиради. Ренгенологик текширувда ўпка суратининг кучайиши, ўчоқли соялар, кистоз ўзгаришлар, айниқса ўпканинг пастки бўлагиди (асалари уяси ўпкаси) аниқ ифодаланган. Якуний ташхис биопсия маълумотларига асосланилади.

Альвеолитларнинг ривожланшида турли экзоген аллергенлар- экзоген аллергик альвеолит, интерстициал гранулёматоз пневмонит, экзоген ўпка гранулёматози, пневмонияга юқори сезувчанлик ҳам кузатилади. Экзоген аллергик альвеолит учун характерли- органик ва ноорганик чангларга юқори сезувчанлик кузатилиб, махсус антители ва иммунокомплекс ҳосил бўлиши характерли, сурункали ўпка касалликларида бронхлар ўтказувчанлигини бузилиши ва нафас етишмовчилигининг юзага келиши характерли. Клиник белгилари: тана ҳароратини кўтарилиши, йўтал, ҳансираш. Клиник текширувда инфильтратив пневмоник ўзгаришлар кузатилади.

Аспергиллез- ўпканинг *Aspergillus* замбуруғи билан жароҳатланиши бўлиб, бронхит, пневмония (ўткир ва сурункали), альвеолит (куруқ ва экссудатли), эозинофилли инфильтрат, бронхиал астма, аспергиллёмага ўхшаб кечади. Аспергиллёманинг ривожланиши симптомсиз кечиб баъзан қон туфлаш, тана вазнининг камайиши, талоқ катталашуви ва иситманинг пайдо бўлиши билан характерланади. Ренгенологик белгиларда ўпка майдонининг гомоген қорайиши кузатилади. Аспергиллёз пневмонияда инфарктнинг чириши ва каверна ҳосил бўлиши билан кечади. Ташхис балғамда аспергиллаларнинг топилиши билан (махсус серологик реакция) қўйилади.

Ўпканинг эозинофилли инфильтрати. Унга:

А) оддий ўпка эозинофилли (Лефлер – учувчи) инфильтрати 7-10 кундан кейин киради. Клиник кўриниши симптомсиз ёки озгина йўтал, кўкрак қафасида оғриқ билан кечади. Қонда эозинофиллар миқдори 7-70% ни ташкил этади. Узоқ давом этувчи ўпка эозинофилияси бир ойдан ортиқ давом этади. Белгилари кучли иситмалаш, балғам билан ажралувчи йўтал, ҳансираш, кортикоид терапия таъсирида клиник рентгенологик белгилар йўқолади.

Б) Эозинофилли инфильтрат, гижжаларни миграцияси туфайли юзага келади, оддий ўпка эозинофилияси ҳос.

В) Дори воситалари чақирган инфильтрат – фурадонин антибиотикларни киритиш орқали юзага келади. Ўпка эозинофилли системали васкулит туфайли юзага келиб, хусусан тугунли периартеритда кузатилади.

Қон томирли пневмония. Клиникада кам балғам ажралувчи йўталнинг юзага келиши, баъзан қон туфлаш, иситмалаш ҳисобланади. Асосий қиёсий ташхис белгиси антибиотик таъсирининг камлигидир. Рентгенологик белгиси: қон томирлар расмини кучайганлиги, ўпка димланишини эслатувчи ҳамда ўпканинг пастки бўлагиди инфильтрация ҳосил қилиши билан ифодаланади .

Интерстициал пневмония. Кам учровчи касаллик ҳисобланади. Ренгенограммада ўпка расмининг кучайиши ва деформацияси аниқланади.

Вегенер гранулёматози. Гигант хужайрали гранулёматоз- некротик системали васкулит бўлиб кўпинча ўпка, юқори нафас йўллариининг жароҳатланиши ва буйракларнинг жароҳатланиши билан асоратланади. Клиникада кўпинча иситмалаш, қон оқиши билан кечадаган синусит белгилари ва бурундан қон кетиши билан характерланади. Ўпкада деструктив жараёнларнинг кечиши, каверналарнинг ҳосил бўлиши, ўпкадан қон кетиши билан ифодаланади. Рентгенологик текширувда юмалоқ инфильтратларнинг чириш жараёнини кечиши кўринади.

Аутоиммун бузилишларнинг асосида **Гудпасчер синдроми** ётади. У геморрагик пневмонит ва гломерулонефрит кўринишидаги ўпка ва буйрак системали капилляритини ўз ичига олади. Кўпинча 13-30 ёшли эркаклар касалланадилар. Клиник кўриниши ривожланган қон туфлаш, ҳансираш, озиб кетиш кузатилади. Аускультатив текширганда нам жарангли хириллашлар ўпканинг пастки бўлагиди эшитилади. Рентгенологик текширганда кўп сонли ўчоқларнинг пайдо бўлиши ,ўпка расмининг тўрсимон деформацияси аниқланади.

Ўпкадаги инфильтратив жараён. Бириктирувчи тўқиманинг диффузли касалликларида (системали склеродермия, системали қизил бўрича) фиброзланувчи альвеолит кўринишида кечади.

Фиброзланувчи альвеолит рентгенограммада деформациялашган ва ўпканинг тасвири кучайган ҳолда кўринади, бу ҳолат интерстициал компонент ҳисобига бўлади. Некрозли қон томир пневмонияларида ва бўшлиқлар ҳосил бўлиши билан ўзгаришлар ҳам кузатилиши мумкин. Пневмофиброз тизимли склеродермияда кўпроқ ўпканинг базал қисмларида кузатилади. Типик фиброзланувчи альвеолит сурати кузатилиши мумкин;

Рентгенологик: ўпка суратининг кучайиши ва ўпка деформацияси, баъзида «асал катакчаси»ли кистоз ўзгариши билан кузатилади.

Диффуз инфильтрация, фиброзланувчи ўпка сурункали касалликлари ёнма-ён келади, кўп чанг хидлаш мобайнида юзага келадиган пневмокониозлар, силикоз – кремний икки оксиди, биссиноз-пахта чанги билан нафас олиш натижасида келиб чиқади. Диффуз ўзгаришлар ўпкада камдан-кам учрайди. Ўпка гемосидерози (авж олувчи пневмогеморрагик анемия) кам учровчи касаллик, болаларда ва катта ёшдагиларда учрайди. Клиникаси: ўпка диффуз инфильтрацияси, кўп йўталиш, анемия, балғамда гемосидерин тугувчи макрофаглар топилади. Ўпка тўқимасига кам қон қуйилади. Бемор профуз қон кетишидан, нафас етишмовчилигидан ўлиши мумкин.

Альвеолар протеинози камдан - кам учровчи касаллик, бунда альвеола ва бронхларда микропротеинлар йиғилиш мумкин, таркиби бўйича сурфактантга ўхшайди. Касаллик секин ривожланади, йўтал ошиб боради, нафас қисилиши, субфебрил иситма, бемор озади.

Аускультатив: сусайган везикуляр нафас, крепитация эшитилади.

Рентгенологик: кичкина ўчоқли соялар, бир – бири билан қўшилувчи ва илдизга яқин базал жойлашади. Рестриктив ўпка вентиляцияси бузилади, ташхис ўпка биопсияси орқали қўйилади.

Катталардаги респиратор дистресс синдроми – бу ўпканинг ҳар хил шикастланишининг охириги фазаси. Шикастловчи факторлар ўпкага нафас йўллари орқали таъсир қилиши мумкин (аспирацион синдром, зичлашиш, токсик газлар) ёки ўпка томирлари (бактериал токсинлар, қон ҳужайралари агрегатлари, иммун комплекслар, микроэмболлар). Катталардаги респиратор дистресс синдромида ўпка капиллярлари эндотелийларида диффуз бузилишлар кузатилади. Клиникасида ўткир нафас етишмовчилиги, ҳансираш, йўтал, қонли балғам, ўпкада майда пуфакли нам хириллашлар, цианоз кузатилади. Эрта босқичларда гипервентиляция кузатилади. Эрта босқичи тугаганда сўнг ўпканинг интерстициал шиши кузатилади, бу микроциркуляция бузилишига олиб келади. Рентгенологик сурат диффузли икки томонлама инфильтрация кузатилади.

Ўпка инфаркти-асосий касалликларининг асорати ёки бир тури, ўпка томирлар системасида тромбоэмболик жараёнлар натижасида юзага келувчи. Эмболия кўпинча юрак нуқсони бор одамларда, миокард инфаркти, тромбофлебит бор одамларда юзага келади. Ўпка артерияларининг шохлари тромбози унинг деворининг атеросклеротик жароҳатида кузатилади, яна кичик қон айланиш системасида қон оқими секинлашуви ва ивувчанликка қарши системаларнинг бузилганида кузатилади. Катта шохлар эмболияси кўкракда бирданига оғриқ билан бошланади, тахикардия, цианоз, коллапс белгилари кузатилади. 24-28 соатдан кейин ўпка инфаркти шаклланади, кўп қон йўқотади, тана ҳарорати ошади, склера сарғаяди. Перкутор овоз бўғиқ, майда пуфакчали хириллашлар, плевра ишқаланиш шовқини эшитилади.

Рентгенологик симптомлар – уч бурчак соя, учи илдизга караган, овал ва юмалоқ шаклда. Ташхис қўйиш қийинроқ, чунки унинг симптомлари крупоз пневмония ва миокард инфарктига ўхшаб кетади. Крупоз пневмониядан фарқи шундаки, бунда биқиндаги оғриқ қалтираш ва иситмадан олдин бошланади, қон туфлаш оғриқдан кейин пайдо бўлади. Қиёсий ташхислашда ЭКГ натижалари ҳисобга олинади.

“Ақлий хужум” усули

Босқичлар:

1. Талабалар 2 гуруҳга бўлинади.
2. Кичик гуруҳларга (3-4 киши) саволлар берилади.
3. Гуруҳ ичидаги муҳокамага 30' ажратилади.
4. Жавоблар ёзма равишда расмийлаштирилади.

Вазифа муҳокамасида ҳар бир талабани иштироки инобатга олинади. Талабалар ўқитувчи билан бирга ҳамма жавоб вариантларини фаол муҳокама қилишади. Нотўғри жавоблар ва нотўғри вариантлар танқидий баҳоланади.

Талабалар билимини мустаҳкамлаш мақсадида жавоб вариантлари ёзиб олиш учун берилади.

1. Яллигланган силни клиник-рентгенологик турлари.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	а)лобуляр, б)юмалок	30	20-30	5-19	0-4
2.	в)булутсимон	20	10-20	5-9	0-4
3.	г)перициссурит, д)лобит	20	10-20	5-9	0-4
4.	е)казеоз пневмония	30	20-30	5-19	0-4

2. Яллигланган силда нафас олиш характери ?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	а)везикуляр	30	20-30	5-19	0-4
2.	б)бронхиал	20	10-20	5-9	0-4
3.	в)везикуло-бронхиал	20	10-20	5-9	0-4
4.	г)бронхо- везикуляр	30	20-30	5-19	0-4

3. Яллигланган силда қандай катарал узгаришлар кузатилади ?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	а)курук локал хириллашлар	30	20-30	5-19	0-4
2.	б)майда пуфакчали намли хириллашлар	20	10-20	5-9	0-4
3.	в)уртача пуфакчали намли хириллшлар	20	10-20	5-9	0-4
4.	г)катта пуфакчали намли хириллашлар	30	20-30	5-19	0-4

4. Яллигланган силда туберкулин синамаларининг натижалари ?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Манфий	30	20-30	5-19	0-4
2.	Шубхали	20	10-20	5-9	0-4
3.	нормергик- мусбат	20	10-20	5-9	0-4
4.	гиперэргик- мусбат	30	20-30	5-19	0-4

5. Ялиинланган силда гемограммада кандай узгаришлар кузатилиши мумкин?

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Баланд ёки ўртамиёна лейкоцитоз	30	20-30	5-19	0-4
2.	Лимфопения	20	10-20	5-9	0-4
3.	лейкоцитар формулани чапга силжиши	20	10-20	5-9	0-4
4.	ЭЧТни ошиши	30	20-30	5-19	0-4

1.Амалий машғулот № 11: Лимфаденопатия синдроми. Туберкулезнинг бирламчи клиник шакллари. Регионал, кўкрак ичи, мезентериал лимфа тугунлари. Лимфоаденопатияни қиёсий ташхислаш. Туберкулезнинг дориларга турғун тури. (МЛУ-ТБ). ОИВ/ОИТС ва туберкулез. **Болаларда лимфоаденопатия.** (Сукенников бўйича кўкрак ичи лимфа тугунларини схематик тасвирлаш (чизиш).

Машғулотнинг давомийлиги –6,5 соат		
Машғулот ўтказиш жойи, жихозланиши	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1	ШКСКШ№1
	терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1	ШКСКШ№1
	клиник лабораторияси;	ШКСКШ№1
	-жадваллар мажмуаси, услубий	услубий
	қўлланмалар, реактивлар мажмуаси,	мажмуаси,
	бинокуляр микроскоп, видеофильм;	мажмуаси,
	-ТСО: бинокуляр микроскоп, 5-	мажмуаси,
	машғулотнинг компьютер презентацияси.	мажмуаси,
Машғулотнинг мақсади:		

Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий таҳхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шакллариининг қиёсий таҳхисида клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.	
Педагогик вазифалари - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарқлашни ўргатиш. - Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш. - Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарқлашни ўргатиш. - Ноаниқ генезли иситмани қиёсий таҳхислаш методларини ўргатиш - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий таҳхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.	Ўқув машғулоти натижалари: <i>Умумий амалиёт шифокори (УАШ) билиши зарур:</i> - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми; - Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биокимёвий механизми. - Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар. - Симптомлар бўйича қиёсий таҳхислаш - Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонда туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари. <i>УАШ бажара олиши лозим:</i> - Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни. - Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни. - ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш; - Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни. <i>УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари</i>

	керак: - Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат. - Балғамни бактериоскопик текшириш. - Клиник ва биоқимёвий анализларни интерпретация қилиш. - Рентгенограммани баҳолаш. - Туберкулин синамаси - Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш. - Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика. - Эпидемиологик режимни бошқариш. - Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш
Таълим усули ва воситалари	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч боскичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, суҳбат, кейс-стади
Таълим жараёни ташкил этиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташкаридагилар билан ишлаш
Таълим воситалари	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балғам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
Баҳолаш усуллари ва воситалари	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш коҳ пробаси амалий куникмасини бажариш

Лимфоаденопатиялар.

Ўпкада 2 лимфатик тармок фаркланади.

- юза (весцерал плевра ва упка булакларининг четки субплеврал кисмларида жойлашган).
- чукур (булакчалараро бронхлар буйлаб булакчалар ичида ва кон томирларда, булакчалараро тусикда жойлашган.)

Лимфа циркуляцияси йуллари.

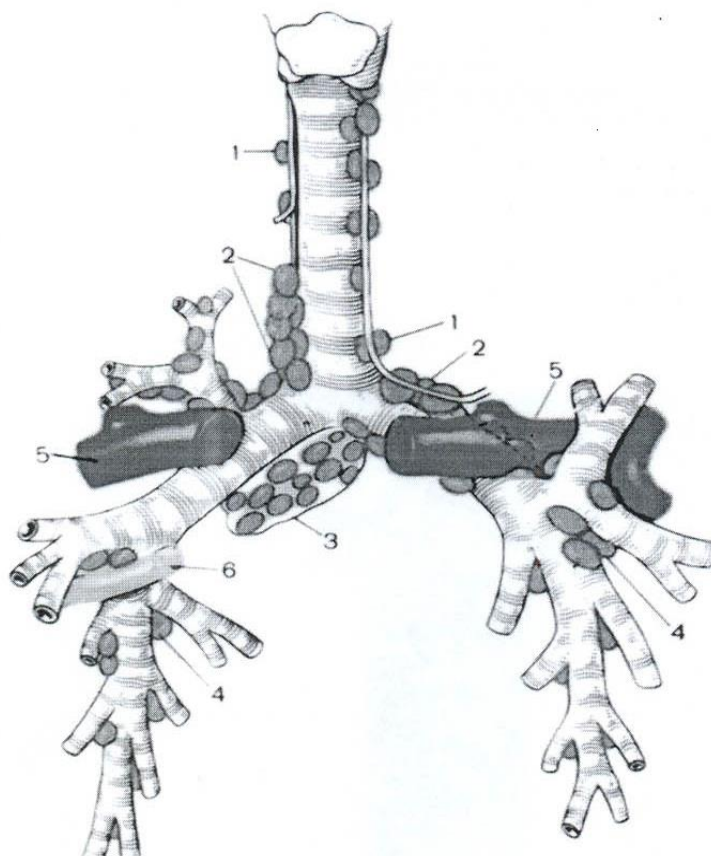
- унг булак юкори 1/3 кисми икала булаклардан – унг трахеобронхиал л/т
- унг юкори булак асоси + пастки булак чуққиси – оркаташки илдиз л/т
- урта булак + унг пастки булак медиал кисм-бифуркацион л/т
- чап юкори булак юкори кисми – Ботталов йули л/т
- пастки булаклар базал кисмлари – корин парда ичи ва корин парда орти л/т

Лимфатугунлар нормал улчамлари.

- купчилик 1-3 мм
- паратархеал 5-7 мм
- 10мм (юкорири чегара) > катталашган
- лимфа тугунлар умумий сони нормада 100 га якин

Лимфа тугунлари таснифи (В.А.Сукенников)

- паратрахеал
- трахеобронхиал
- бронхиопульмонал
- бефуркацион



Катталашган лимфа тугунлар гурухлари рентген криниши

- бронхопульмонал тугунлар – упка илдизи кенгайиши, полициклик кирралар.
- унг трахеобронхиал – ток вена сояси дефференцияланишининг йуколиши.
- пастки паратрахеал – куks оралиги юкори унг кирраси шишган, полициклик ва юкори ковак вена сатхида куks оралиги соясининг интенсивлиги ортиши.
- парaaортал – юкори куks оралигининг чапга кенгайиши.
- аортапульмонал – аортал дарчанинг ен проекцияда сояланиши, хамда тугри проекцияда кутарилувчи аорта ва чап упка артерияси орасидаги бурчакнинг йуколиши.
- бифуркацион – бифуркация бурчаги катталашиши, контрастланган кизилунгачнинг силжиши.

Упка илдизи рентген анатомияси. Рентгенологик упка илдизида бошчаси (упка артерияси ёйи ва ундан кетувчи томирлар) ва танаси (упка артерияси танаси) фаркланади. Ундан ичкарида оралик бронх жойлашган. Илдизнинг бу қисми шаклланишида танасидан кетувчи артериялар ва веналар (юкори, кам холда пастки упка венаси) ҳам иштирок этадилар. Танадан дистал қисмда илдизнинг дум қисми жойлашади (упка артериясининг пастки зоналарни кон билан таъминловчи проксимал шохчалари ва пастки веналар).

Упка илдизи кундаланг кесими (тана қисмида) 2.5 см дан ошмаслиги керак. Бу улчов урта соя чеккасидан то упка артериясининг ташки қиррасигача улчанади. Упканинг ташки қирраси нормада тугри ёки бироз эгилган. Ушбу критерийлар нормал упка илдизидан патологик узгарган упка илдизини фарклашга ердан беради.

Кукрак ичи лимфа тугунлари зарарланиши билан кечувчи касалликлар.

Кукрак ичи лимфа тугунлари патологик ҳолатининг рентген қуриниши купинча упка илдизи кенгайиши ваурта соянинг деконфигурацияси билан ифодаланади.

Текширув услублари.

1. полипозицион рентгеноскопия ва полипроекцион рентгенография.
2. тугри , ен ва қийшиқ проекцияларда томография, КТ.
3. пневмомедастинография.
4. кизилунгач контраст рентгенографияси.
5. бронхография ва бронхологик текширув.
6. периферик лимфа тугунлар биопсияси.
7. медиастеноскопия биопсия билан.

Периферик лимфа тугунлар сили.

Симптомлар ва белгилар. Маълум бир жойлашишга эга булган катталашган лимфа тугунининг борлиги (купинча буйин лимфа тугунлари). Анамнезида касалликнинг узок кечгани, туберкулёз билан касалланган бемор билан контактда булгани ; тез-тез касалланиб туриш, оддий носпецифик даволашнинг фойдасизлиги; интоксикация белгилари: холсизлик, куп терлаш, субфебрил ҳарорат, бош оғриги. Қурув вақтида периферик лимфа тугунларининг пайпасланиши, улчамининг катталашганлиги, босиб қурилганда қучсиз оғрикнинг борлиги ва марказида юмшок қисмининг аниқланиши, баъзида окмаларнинг пайдо булиши ҳамда касаллик қайталаган пайтда маҳаллий ҳароратнинг булиши билан характерланади.

Ташхислаш. Окмадан ажралган пунктатни бактериологик ва цитологик текшириш, олиб ташланган лимфа тугунини гистологик текшириш, периферик лимфа тугунлар УТТ си, терига Манту синамаси 2 ТБ билан, кукрак кафаси рентгенографияси.

Қиесий ташхис:

Носпецифик лимфаденопатиялар, усмали (лимфома, лимфагранулематоз) ёки лимфа тугунларининг метастатик зарарланиши, фелиноз, саркоидоз.

Жаррохлик усули Билан даволаш. II,III категорияли беморларда зарарланган лимфа тугунларни олиб ташлаш, абсцессларни очиш, окмаларни қесиш амалиети бажарилади. Зарарланган лимфа тугунларини даволашнинг бошланғич фазасида, яъни 4- ҳафтада олиб ташланади. Абсцессларни очиш 2- суткада, окмаларни қесиш 6-8 ҳафтада амалга оширилади.

Кукрак ичи лимфа тугунлари сили (бронхоаденит).

Қукс оралиги йирик бронхлари ва трахея атрофии ег туқимасидаги лимфа тугунларининг яллиғланиши. Упка силининг алоҳида клиник формасига эга булган, болалар ва усмирларда бирламчи зарарланиш натижасида пайдо буладиган бронхоаденит клиникада ва амалиетда ката аҳамиятга эга.

Куп холларда бронхоаденит пневмония, бронхит, бурунхалкум яллигланиш касалликлари, шунингдек, лимфа тугунларининг умумий зарарланиши натижасида ривожланади.

Упка илдизи, кукрак ичи ва кукс оралиги лимфа тугунлари сили бирламчи туберкулёз комплексининг таркибий қисми бўлиши мумкин – бирламчи еки жараенга иккиламчи кушилиши мумкин.

Биринчи навбатда трахеобронхиал гуруҳдаги л.т лар зарарланади, 2-3 холларда унга. Зарарланиш частотасига кура кейинги уринда бронхопульмонал гуруҳга кирувчи упка илдизининг унг томонидаги л.т туради. Айрим холларда бифуркацион гуруҳ л.т лар жараенга кушиладилар.

Бу холда рентген қуриниш етарли маълумот беради. Обзор рентгенограммада зарарланган лимфа тугуни сояси урта соянинг бир томонлама кенгайиши қуринишида бўлади. Тугри ва ен проекциядаги томограммаларда зарарланган л.т сояси трахея ва бронхнинг хаво устуни устига тушади. Якка лимфа тугун зарарланганда 1х2, 3х4 см ли овал соялар қуринади. Соянинг ташки қирралари текисрок ва аниқрок. Илдиз лимфа тугунлари катталашиши Билан бирга упка туқимасида силга хос узғаришлар (инфильтрат еки туберкулема) бўлиши сили бронхоаденитнинг типик рентген варианты ҳисобланади. Бунда бемордаги туберкулёз инфильтрати еки туберкулема лимфа тугунлари зарарланган тарафда жойлашади ва яккол лимфангит (илдиз томон қузилган излар) қуринишида бўлади.

Упкадаги бу узғаришларнинг бирга келиши бирламчи туберкулёз комплексининг классик шаклига хос. Асосан бронхопульмонал гуруҳ зарарланади.

Ундан ташқари кукрак ичи лимфа тугунлар силининг атипик шакли ҳам мавжуд. Бунда упка илдизининг еки кукс оралигининг алоҳида гуруҳ лимфа тугунлари, упка туқимасида специфик узғаришлар ва кальций тузлари йиғилишисиз, зарарланади. Рентгенологик бир томонлама яккол деформация ва илдиз улчамининг катталашиши қуринади. Томограммада катталашган л.т лар узлуксиз когломерат шаклида бронхни ураб олади. Бронх бўшлиғи узғаришларсиз.

Лимфогранулемотоз- тушунча, шакллари(Ходжкин касаллиги, Ходжкин лимфомаси) – лимфа туқимасининг бирламчи усма касаллиги. Лимфа системасининг бир органида, маҳаллий бошланади, кейинчалик жараен бошка л.т ларга лимфоген ва гематоген тарқалади.

Турт гистологик шакллари бор :

1. лимфоид хусусиятли
2. нодуляр склероз
3. аралаш хужайра шакли
4. лимфоид танкислик

ЛГМнинг доимий гистологик белгиси – Березовский-Штернберг гигант хужайраларининг топилиши.

Клиник қуриниши. Турли қуринишда, лекин аниқ синдромларни ажратиш мумкин(расмга қаралсин). ЛГМ клиникасида лимфопролифератив синдром асосий ҳисобланади. Тахминан 2=3 беморларда касалликнинг дастлабки қуриниши периферик лимфа тугунларининг регионар катталашиши (купинча буйин ва умров усти) ҳисобланади. Катталашиш қуринарли даражада, тугунлар зич, узаро битишган, тери билан битишма ҳосил қилмаган, оғриксиз, дастлаб ҳаракатчан кейинрок усган сари ҳаракат қамаяди. Куп холларда рентгенда кукс оралиги лимфа тугунлари катталашганлиги қуринади.



ЛГМнинг нисбатан кам учровчи белгиси – тулкинсимон иситма. ЛГМли беморларда тери кичиши кам учровчи хол булсада, ката ташхисий ахамиятга эга, чунки терида хеч қандай узғаришлар булмайд. Интоксикация белгилари сифатида умумий ахволнинг оғирлашуви, тунги терлашлар куринади. Гемограммада ЭЧТ тезлашган, лейкоцитоз, лимфоцитопения, эозинофилия белгилари. Протеинограммада альфа-глобулинлар ошган, фибриноген ошган, «утқир фаза» курсаткичлари ошган. Ташхисда хал қилувчи усул - зарарланган лимфатугуни биопсияси ва гистологик текшируви ҳисобланади. Биоптатда Березовский-Штеренберг хужайраларининг топилиши ташхисни аниқ белгилайди. Шу билан бирга ЛГМнинг гистологик варианты аниқланади, уз навбатида бу касалликнинг оқибати ва даволаш усулини белгилайди.

Беморни текшириш босқичлари:

1. лимфа тугунлар биопсияси
2. гистологик ташхис қуйиш
3. жараён босқичларини аниқлаш
4. курак кафаси рентгеноскопияси, суялар рентгенографияси, контраст лимфография, УТТ, КТ, ташхисий ва даволаш лапаротомияси спленэктомия билан бирга, мезентериал лимфа тугунлари биопсияси, айрим ҳолларда торакотомия.

ЛГМнинг замонавий таснифини ишлаб чиқишда Ходжкин касаллигида утқазилувчи ташхислаш амалиети ҳам тақлиф қилинган. Ташхис амалиети 4 категорияси:

1. барча ҳолларда утқазилиши зарур;
2. зарур текширишлар натижалари билан боғлиқ;
3. шарт эмас, лекин қушимча сифатида фойдали;
4. фақат айрим ҳолларда керак;

I-категорияга курак оралиги ва упка рентгенографияси, тугри контраст пастки лимфографияси; II-га зарарланиш белгилари бор органлар рентгенологик ва радионуклид текшируви; III ва IV-га упка КТ си, ташхисий ва даволаш лапаротомияси, диагностик спленэктомия қирад.

Абдоминал туберкулёз.

Упкадан ташқари туберкулёз шакллари орасида абдоминал туберкулёз 2-3% ни ташкил этиб, уз ичига хазм аъзолари сили, ингичка ичак туткичи лимфа тугунлари сили, қорин парда орти соҳаси сили, қорин парда силини олади.

Белгилар ва симптомлар. Қоринда оғрик, қуп ҳолларда қиндик атрофида жойлашган (силли перитонитда ҳам қузатилади). Анамнезида касалликнинг узок кечиши, туберкулёз билан касалланган бемор билан контактда булганлағи. Интоксикация белгилари: субферил ҳарорат, иштаханнинг пастлиғи, қунгил айниши, ошқозон-ичак соҳасида ноҳуш сезғи (дискомфорт). Силли перитонит

касаллик уткир кечиши билан бирга, бутун корин буйлаб таркалган еки махаллий огрик ва яккол интоксикация белгиларининг булиши билан ифодаланади. Силли мезаденитда унг ен бош ва чап ковуга ости сохасини туташтирувчи чизик буйлаб огрик булади(Штеренберг сим). Олдинги корин девори оркали лимфа тугунларининг гадир-будир пакетини пайпаслаш мумкин. Корин бушлигига экссудат йигилиши хисобига корин катталашини мумкин. Ичак силида корин бир текисда шишган, унг ен бош сохасида огрик булиши ва ен бош ичакнинг терминал кисмининг аркон сингари пайпасланиши кузатилади.

Ташхислаш. Копрограмма, Грегерсен реакцияси (нажасдаги яширин конга). Тери ичи Манту синамаси 2 ТБ билан. Корин бушлиги обзор рентгенограммаси ва УТТ да – мезентериал тугунлар сохасида кальцинатлар борлиги аникланса, рентгенологик текширувда (ичак силида) фукионал ва органик узгаришлар аникланади. Гистологик ва бактериологик текширувлар учун биопсия ва экссудатни лапароскоп ердамида олинади. Фиброколоноскопия(ректороманоскопия). Кукрак кафаси рентгенографияси. Корин бушлиги аъзоларида утказилган жаррохлик амалиетида олинган материални патоморфологик ва бактериологик текширув учун юборилади.

Киесий ташхислаш.

- абдоминал силнинг уткир шаклида : уткир носпецифик мезаденит, уткир аппендицит, уткир холецистит, уткир панкреатит, уткир ичак тутилиши, Крон касаллиги.

- абдоминал силнинг сурункали шаклида : сурункали гастрит, сур.носпецифик мезаденит, яра касаллиги, энтероколит, емон сифатли усмалар, сур. Генекологик касалликлар.

Даволаш-Химиотерапия.

I-категорияли беморларни **жаррохлик давоси** даволашнинг бошлангич фазасининг 4-6 хафтасида деструкция учогини ва зарарланиш жойини олиб ташлаш, корин бушлиги санациса ва дренажлаш максадида утказилади.

Силикосилли бронхоаденит. Касалликнинг бошлангич боскичларида бронхопульмонал гурух лимфа тугунларининг икки томонлама симметрик катталашини, бирлашишга мойилликнинг йуклиги, йирик бронхлар буйлаб жойлашини, баъзида бронхлар деформацияси булиши билан характерланади. Булардан ташкари силикосилли бронхоаденит учун лимфа тугунларининг «тухум пучоги» типиде охаклкниши хос, куплаб аник чегараланган паратрахеал гурухга кирувчи л.т нинг охакланиши, кайсики оддий силли бронхоаденитда бунарса кузатилмайди.

Лимфагранулематоз(ЛГ). Силли бронхоаденитдан фарк килиб купчилик беморларда куks оралиги лимфагранулематози уткир шаклда юзага келади, бунда ЭЧТ ошади, умумий кон тахлилида лейкоцитоз кузатилади. Силдан фаркланиб ЛГ да катталашган лимфа тугунлар конгломератлари аникланади. Периферик л.т ларининг катталашини кузатилади.ЛГ да маркзий ва олдинги куks оралигининг ва ретростернал соханинг сояланиши кузатилиб, бу силли бронхоаденитда кузатилмайди.

Медиастенал рак . босилиш синдроми, хансираш, баъзида кон туфлашнинг борлиги. Лимфа тугунлар конгломератларининг массивлиги, уларнинг гадир –будир ва «нурсимон» булиши. Томограммада катталашган лимфа тугунлар атрофидаги бронхлар бушлиги торайган. Гистологик верификация аник фарклаб олишга ердам беради.

Макрофоликуляр лимфабластома. Бронхопульмонал лимфа тугунларидан бирининг зарарланиши булиб, чегаралари аник, упка тукумасининг интакатлиги; томография, бронхография ва бронхоскопияда бронхларда узгаришларнинг йуклиги, шикоятларнинг булмаслиги, туберкулин синамасининг манфийлиги ва конда узгаришларнинг йуклиги силли бронхоаденит ташхисини инкор килишга ердам беради.

Кукрак ичи лимфа тугунлари саркоидози.

Саркоидоз (Бенъе-Бек-Шауманн касаллиги) ноаник этиологияли системали гранулематоз касаллик булиб, турли аъзоларнинг бир вактда еки кетма-кет зарарланиши билан (жигар, талок, бош мия, юрак мушаклар, МНС) ифодаланади. Касаллик кечишига караб уткир ва сурункали булади.

Касаллик уч боскичга булинади :

I-боскич. Медиастенал упка илдизи лимфа тугунларининг упка тукумаси зарарланишисиз катталашиши.

II-боскич. Касалликнинг зурайиб бориши ва жараенга упка тукумасининг ҳам кушилиши. Бунда упка илдизи лимфа тугунларининг ҳам катталашиши кузатилади.

III- боскич. Упкада тугунлар конгломератланиши билан ривожланувчи пневмосклероз, баъзан парчаланиш белгилари билан кечади.

К.Wurm буйича саркоидоз булинади:

I- Кукрак ичи лимфа тугунларининг алохида холда зарарланиши;

II- Лимфа тугунлари ва упка тукумасининг бирга зарарланиши;

III- Юкоридагиларнинг яккол фиброз Билан келиши.

Саркоидознинг I боскичи. Бемор одатда хеч нарасага шикоят килмайди. Кам холда уткир бошланади. Силли бронхоаденитдан фаркли уларок л.т аник чегарага эга булмаган тулик конгломератлар билн коплангани ва катталашганлигини куриш мумкин. Яна хар бир л.т «тангасимон» алохидаланганини ҳамда, яккол булмаган лимфангит ва периферик кон томирларининг тулаконлиги билан ифодаланади. Туберкулин синамаси ташхисни аниклаштиришга ердам беради, лекин саркоидозда ҳам 10% гача (+) натижа бериши мумкин. Саркоидознинг I боскичида 80% холларда типик вариант кузатилади.

Рентгенологик куриниш: бу беморларда обзор рентгенограммада 2 томонлама купрок унг томонлама бронхопульмонал гурухга кирувчи л.т ларнинг, айрим холларда трахеобронхиал ва паратрахиал тугунларнинг катталашганини куриш мумкин. Тугри проекцияли томограммада одатда аник чегараланган л.т ларнинг катталашганлиги, бир-бирига кушилмаслиги, диаметри 2-4см гача булиши куринади. Катталашган лимфа тугунлари фонида узгармаган еки бир оз торайган бронхларни куриш мумкин. Купинча плеврал бушликда швартларни куриш мумкин. Бронхографияда 25% холларда «саркоидозли эктазия» куринади. Атипик вариантда л.т лар бир томонлама зарарланади. Бу холда силли бронхоаденит, медиастинал рак, лимфагранулематозлар билан киесий ташхис утказилиши керак.

Упка ракининг медиастинал шакли. Купрок бир томонлама зарарланиш хос. л.т ларнинг катта конгломератлари гадир- будир, нурсимон шаклда булиб, зарарланган л.т лар алохида куринмайди. Ривожланувчи медиостинал упка раки клиникаси узига хос. томограммада бронхлар бушлиги яккол торайган.

Макрофолликуляр лимфобластома. Факатгина бир томонлама л.т ни зарарланади, у катта улчамларга етади. Саркоидозда эса бир томонлама жараен булганда ҳам бир неча гурух л.т лар зарарланади.

Силикозсилли бронхаденит. 4 хил узгаришлар фаркланади:

- 1- бронхопульмонал гурух л.т ларининг 2- томонламо катталашиши;
- 2- шундай катталашиш ягона охакланиш билан бирга;
- 3- жараеннинг трахея ва паратрахеал л.т ларга таркалиши билан;
- 4- илдиз ва кукс оралиги барча гурух л.т ларининг «тухум пучоги» шаклида охакланиши.

Обзор рентгенограммада симеттрик кенгайиш ва упка илдизининг деформацияси куринади упка майдонининг пастки кисмларида упка сурати яккол деформацияланган.

Упка илдизи сатхи томограммасида бронхопульмонал, баъзида бошка гурух л.т ларининг енгил катталашиши (0.5-1 смгача) аникланади. Л.Тлар аник чегараларга эга. Ен ва кийшик проекциядаги томограммада туберкулёз билан зарарланган л.т лар куплаб майда юмалок соялар курунишида булади. Улар йирик бронхлар буйлаб занжирсимон жойлашадилар. Бронхлар узгаришсиз. 3-ва 4-гурухга типик рентген картина хос: бунда куплаб «тухум пучоги» шаклида охакланган трахеобронхиал ва паратрахеал л.т лар аникланади.

Емон сифатли. Ноходжскин лимфомалари.

Лимфасаркома, фоликуляр лимфобластома, ретикулосаркомалар мисол булади. Улар ҳозирда иммунцитологлар томонидан ҳар – хил иммун жараенларнинг усма қуриниши ҳисобланмоқда. Улар ҳар –хил ҳужайравий таркиб билан фаркланадилар, лекин асосан бета- ҳужайравий тизимга кирадилар. Шу Билан бир вақтда ЛГ Т-ҳужайра тизимига мансуб.

Емон сифатли усмалар рентгенологик қуриниши узаро ухшаш. ЛГ дан фаркли уларда эрта босқичларда купинча кукс оралигининг 2ла тарафи л.т зарарланадилар, жараен авж олиш динамикаси яққолроқ ифодаланади. Ундан ташқари емон сифатли лимфомаларда упкалар, кизилунгач, кукс оралиги, плевра купрок ва кучлироқ зарарланади.

Фарқларга қарамай ноҳоджкин лимфомаларининг рентген қуринишини ЛГ билан умумийлиги мавжуд. У урта соянинг юқори ва урта қисмлари кенгайиши билан характерланади. Кенгайган соянинг чегаралари одатда аниқ, купинча тулқинсимон, баъзида полициклик. Ретростернал соҳа торайган, баъзида бутунлай сояланган.

Упканинг медиостинал раки. Ушбу ном остида аниқланмаган упка еки бошқа органлар усмасида бронхопульмонал ва трахеобронхиал л.т ларининг метастатик зарарланиши тушинилади. Бу шакл кам учрайди (1%гача). Беморлар ахволи оғирлашганлигини айтадилар, анамнезида симптомлар: куракда турли интенсивликда оғрик, қуруқ йутал, хансираш қузатилади. Типик вариантда л.т ларнинг бир томонлама катталашиши қузатилади. Купрок паратрахиал, трахеобронхиал ва бронхопульмонал гуруҳ л.т лар зарарланадилар.

Рентгенологик. Обзор рентгенограммада урта соя бир томонлама(купрок унг) бутунлай кенгайганлиги, алоҳида гуруҳ л.т лар зарарланганда – тегишли қисм кенгайди. Упка туқимаси узгармаган. Томограммада массив, бир текис конгломерат қуринади. Чегаралари йирик тулқинли еки гадир – будир. Бронхлар ва трахея катталашган л.т лар жойлашган жойда торайган, лекин рака ҳос чултоқ ҳосил қилмайди.

Айрисимон без патологияси рентген семиотикаси.

Glandulae thymus 2 булақдан иборат. Болаларда буйиннинг пастки қисми юқори кукс оралигида, туш суяги дастаси ва танаси ортида жойлашган. Тушдан галвирсимон(рыхлый) ег туқимаси билан ажралган. Олдиндан туш суягига; ортдан трахеяга ва унг брахеоцефал, ички буйинтуруғ веналарига тегиб туради. 2ла булақнинг ен юзалари плеврал қопчалар билан епилиб туради. Тугри проекцияли рентгенограммада катта қон томирлардан чиқиб турмайдиган айрисимон без аниқланмайди. Эксцентриқ жойлашганда эса унинг бир булағи урта соянинг юқори қисмида(купрок унг томонда) қирра ҳосил қилади.

Айрисимон без гиперплазиясида кукс оралиги плевра варақларини ташқарига суради. Айрисимон без бир турли, интенсив, четки қирралари аниқ бўлган соя ҳосил қилади. Қирралари бурган, полициклик, тугри еки қийшайган бўлиши мумкин. Гиперплазияда айрисимон без олдинга ва орқага кенгайиб кукс оралигини турли даражада тулдиради. Айрисимон без гиперплазияси усма ва патологик л.т лардан фаркли уларок, клиник белгилар бермайди. Динамик қузатувда улчамларини саклайди. Олдинги кукс оралиги юқори ва юқори- урта бўлими ҳосилалари ичида учраши буйича 1 уринда айрисимон без усмаси еки тимома туради.

Айрисимон без усмалари ва кисталари рентген семиотикаси. Мия ва пустлоқ қаватининг ҳужайра элементлари ҳар хил усмаларга замин бўлиши мумкин. «Тимома» атамаси 1900 й да Grandhommm томонидан тақлиф қилинган бўлиб айрисимон без усмаларини умумлаштиради ва ҳозиргача қулланилади.

Тугри проекцияда урта соянинг чап еки унг қиррасида урта еки юқори интенсив, нотугри шаклли, ярим овал соя аниқланади. Бу соянинг жойлашиш сатҳи ҳар хил, купинча урта соянинг юқори еки урта сатҳида булади. Соянинг структураси бир турли, чегаралари гадир- будир, йирик тулқинсимон, баъзида текис. Тимомалар сояси пульсацияга эга.

Ен проекцияда текшириш сояни олдинда жойлашганини ва туш соясига қушилишини қурсатади. Айрим ҳолларда қаватма қават томография қилишга тугри келади. Айниқса пневмомедиостинумда яхши натижа беради.

Одатда айрисимон без усмасининг гистологик табиатини клинико-лаборатор текширувлар оркали анилаб булмайди, шунинг учун ҳам «тимома2» атамаси унинг барча ноаник турларида ишлатилади.

Усманинг аниқ чегаралари тимоманинг хавфсиз шакли ҳақида тахмин қилишга имкон беради. Хавфли тимома шаклида урта соянинг 2 томонлама кенгайиши, чегараларининг ноаник гадир-будирлиги ва тез катталашishi фонида беморнинг оғирлашиши кузатилади.

Киесий ташхислаш. Тимома туш орти букогидаги буйин соҳаси билан богликлик йуклиги ва юкори чегарасининг аниқ булиши билан фаркланади. Ундан ташкари усма сояси ютинганда юкорига кутарилмайди.

Кукс оралигининг шу қисмида жойлашган дермоид ва тератоидлардан тимомани гадир-будир чегара фарқлаб беради. Одатда тератоидлар текис чегараларга эга.

Айрисимон без кисталари. Тугма ва ортирилган булади. Бир камерали ва куп камерали булиши мумкин. Куп камерали кисталар тулкинсимон еки гадир-будир чегарага эга. Бир камерали кисталар эса силлик шаклига эга булган учун, дермоид кисталарга ухшаб кетади.

Туш орти ива курак кафаси ичибукоги. Букокнинг бир неча хиллари фаркланади. Туш орти букоги деб, калконсимон без билан кенг богланган, лекин тананинг ҳар қандай ҳолатида ҳам кукс оралигидан чиқмайдиган ҳосиллага айтилади.

Сузувчи букок туш орти букогидан, беморни горизонтал ҳолатда қурқанда, бундан ташкари қучанганда юкорига силжиши ва куп қисмининг кукс оралигидан чиқиши билан фаркланади.

Курак кафаси ичи букоги кукс ортида жойлашиб қолмай, орқа кукс бушлиги соҳасига ҳам кириб боради. Куп қолларда калконсимон без билан алоқа саклайди, лекин айрим қолларда ундан узокда жойлашиб, у билан анатомик богланмаслиги ҳам мумкин.

Туш орти ва сузувчи букокни рентген қурилиши бир бирига анча ухшаб кетади. Бу урта соянинг юкори қисмида жойлашган ярим овал еки яримюмалок соянинг мавжудлиги. Бу ҳолат қупрок унғ томонда булади. Айрим қолларда қичқрок соя чап тарафда булиши мумкин. Соянинг ен чегаралари аниқ, айрим қолларда йирик тулкинли. Юкори чегаралари аниқланмайди – сояланиш буйича утиб кетади. Соянинг пастки қисми аорта ейига етиб боради. Ен проекцияда ретростернал бушликни сикилиши қуринади. Трахея унинг изидан, қизилунғачнинг юкори қисмлари ортга силжиган рентгеноскопияда ютиниш вақтида букок сояси юкорига силжийди.

Дермоид кисталар ва тератомалар. Гетеропластик дисэмбриомалар куп қолларда кукс оралигининг урта булимида жойлашиб, маълум улчамларга етгач урта соянинг маҳаллий кенгайишига олиб келади. Дермоид киста деб, деворлари эктодерма ва мезодермадан иборат, таркиби тер безлари маҳсулоти булға нег ва тердан ташқил топган ҳосиллага айтилади. Тератомалар – экто-, мезо-, эндодерма ҳосилаларидан иборат булган усма.

Тугри проекциядаги рентгенограммада урта соянинг унғ еки чапда, куп қолларда унинг урта қисмида жойлашуви яримовал, яримюмалок соя қуринади. Соя юкори интенсивликда, чегаралари текис, соянинг бошқа қисми қуринмайди.

R.Lenk (1929) 2 қоидани езган. Биринчи : кукс оралигининг урта соядан чиқиб қурувчи киста еки усмаларнинг упқа ичихосиласидан фарқи, унинг кенг асоси урта сояси билан қушилиб кетади ва барча проекцияда ундан ажралмайди. 2 қоида: кукс оралиги ва упқа чегарасида жойлашган яримюмалок ва яримовал сояни ҳаёлан тулик доира шаклигача давом эттирсак, Ушбу шаклнинг маркази урта соя фонида булса усма кукс оралигида булади. Агар шакл маркази упқа майдониға тугри қелса упқаичи усмаси ҳисобланади.

Ленкнинг 2 қонунини Ф.А.Фанарджян тулдирган: усманинг кукс оралиги усмасида усма соясининг узун уқи урта соя фонида булади; упқа ичи усмасида у упқа майдониға тугри келади. Е.А.Зинахина кукс оралигида жойлашган киста ва усмага ҳос булган утмас бурчаклар симптомини тушинтирган. Кукс оралиги усмаларининг экспансив усишида медиастинал плевра ташқарига сикилади ва киста еки усма билан утмас бурчак ҳосил қилади. Упқа ичи усмаларида бу симптом булмайди.

Урта соя кенгайиши ва деконфигурацияси Билан кечувчи патологик ҳолатлар.

Уткир медиостенит.

Гематомедиостенум.

Медиостинал липомалар.

“Уч босқичли интервью” усул

Босқичлар:

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Хар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - ҳам “врач” ҳаракатларини, ҳам “бемор” ҳаракатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси ҳаракат тўғри бажарилган;
- қайси ҳаракат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхислаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг ҳаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни аҳамияти ва узоқ муддат даволаниши ҳақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

Бола беш ярим ёшда. Икки ёшигача туберкулёз билан касалланган қўшниси билан мулоқотда бўлган. Ҳозирда йуталга, тана ҳароратининг 38,0 С гача ошишига шикоят қилади. Уч кундан бери бетоб. Туғруқхонада БЦЖ билан эмлангандан сўнги чандик 1 ёшда-6мм, 3 ёшда-3мм, 4ёшда-0мм.

Объектив: озгин, рангпар, 5 гуруҳ периферик лимфа тугунлари эластик консистенцияда. Ўпка перкуссиясида ўнг ўпканинг пастки соҳаларида перкутор товушнинг тўмтоқлашиши, аускультацияда шу ернинг ўзида суст везикуляр нафас фонида кам сонли майда пуфакли нам хириллашлар эшитилмоқда. Кўкрак қафаси умумий реттеограммасида ўнг томонда пастки соҳада ўрта интенсивликдаги ўпка илдизи билан боғланган соя аниқланмоқда. Р. Манту 2ТБ - 16мм

1.Сизнинг тахминингиз?

2 Ташхисни тасдиқлаш учун қандай текширувлар ўтказиш керак?

3.Умумий қон таҳлилида қандай ўзгаришларни кутмоқдасиз?

4. Мазкур касалликни қандай касаллик билан таққослама ташхислаш керак?

№	Жавоб	Макс. балл	Ўлик жавоб	Нотўлик жавоб	Қоникар-сиз жавоб
1	Ўнг ўпканинг бирламчи туберкулёз комплекси	30	20-30	5-19	0-4
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон таҳлили.	30	20-30	5-19	0-4
3	Лейкоцитоз, эозинофилия, лимфопения,	20	10-20	5-9	0-4

	ЭЧТнинг ошиши.				
4	Ўнг томонлама пневмония, бронхит, тонзилит интоксикацияси.	20	10-20	5-9	0-4

«Ўргимчак тўри» усули

Ўргимчак тўри усули талабалар дарснинг теоритик қисмини муҳокама қилиб бўлганларидан сўнг, ип ўрамини бир*бирларига узатган ҳолда (натижада ўргимчак тўри ҳосил бўлади) ўзлари мустақил тайёрлаган саволларга ўзлари жавоб беришга асосланган. Берилган савол ва жавобларнинг тўғрилигини ўқитувчи томонидан назорат қилинади.

Қадамлар:

6. **Ўтилган** мавзу бўйича талабалар саволлар тайёрлашига вақт берилади.
7. **Қатнашувчилар** айлана бўлиб ўтирадилар.
8. **Қатнашувчилардан** бирига ип ўрами берилади ва у ўзи тайёрлаган саволини беради (берилган саволнинг тўлиқ жавобини ўзи билиши керак), ипнинг бир учини ушлаган ҳолда ип ўрамини хоҳлаган қатнашчига узатади.
9. **Ўрамни** олган талаба берилган саволга жавоб беради (бунда савол берган қатнашувчи жавобни шарҳлаб боради) ва у ҳам савол беради ҳамда эстафетани бошқа қатнашувчи давом эттиради. Барча қатнашувчилар ўргимчак тўрига тушмагунча савол жавоб давом эттирилади.
10. **Талабалар** савол бериб бўлгандан сўнг, ўрам ушлаб турган талаба, охирги савол берган қатнашувчига ўрамни қайтариб беради ва савол беради, бу жараён то ўрамни тўлиқ ўраб олгунча давом эттирилади.

Эслатма: талабаларга ҳар бир савол ва жавобга эътиборли бўлиш ҳақида огоҳлантириш керак, чунки улар кимга ип ўрами тушишини олдиндан билмайди.

Амалий машғулот № 12:

Хансираш синдроми. Хансираш механизмининг патофизиологик асослари. Турли шаклдаги туберкулез ва туберкулездан кейинги қолдиқ ўзгаришларда хансираш. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулезини қиёсий ташхислаш. (Хансираш билан кечадиган касалликларнинг асосий клиник белгилари ва лаборатор кўрсаткичларининг қиёсий ташхислаш).

Машғулотнинг давомийлиги –6 соат			
Машғулот жихозланиши	ўтказиш жойи,	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси; -жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм; -ТСО: бинокуляр микроскоп, 6-машғулотнинг компьютер презентацияси.	

Машғулотнинг мақсади:

Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий ташхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шаклларида қиёсий ташхисида клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.

Педагогик вазифалари

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарқлашни ўргатиш.

- Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш.

- Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмни фарқлашни ўргатиш.

- Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.

Ўқув машғулоти натижалари:

Умумий амалиёт шифокори (УАШ) билиши зарур:

- Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми;

- Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биокимёвий механизми.

- Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар.

- Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш

- Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонида туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари.

УАШ бажара олиши лозим:

- Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни.

- Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни.

- ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш;

- Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни.

УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак:

- Касбий сўров, беморни кўриш, қариндошлар билан суҳбат.

- Балғамни бактериоскопик текшириш.

- Клиник ва биокимёвий анализларни интерпретация қилиш.

- Рентгенограммани баҳолаш.

- Туберкулин синамаси

- Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш.

- Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика.

- Эпидемиологик режимни бошқариш.

- Туберкулёз билан касалланган беморларнинг

	тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш
Таълим усули ва воситалари	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч босқичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, суҳбат, кейс-стади
Таълим жараёни ташкил этиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташқаридагилар билан ишлаш
Таълим воситалари	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
Баҳолаш усуллари ва воситалари	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машгулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш, Кох пробаси химиофилактикаси амалий куникмасини бажариш

Хансираш: патофизиологияси ва клиникаси

Хансираш-беморларнинг шифокорга мурожаат қилишига, тез тиббий ёрдам чақиришига ва шошилиш ҳолатларда госпитилизацияга олиб келувчи етакчи ҳолат ҳисобланади. Америка Торакал жамияти олиб борган илмий текширувининг мақсади: (Am J Respir Crit Care med Vol 159. pp 321-340, 1999) АКШ стационарларида мавжуд бўлган беморлар орасида хансираш синдромининг тарқалиши ва уларнинг шифокорга мурожаат қилишининг сабабини ўрганишдир.

Госпитилизация қилинган беморларнинг 1/3 бирида хансираш, белдаги оғрик, умумий ҳолсизлик аниқланди ва бу энг кенг тарқалган шикоятлардан бири бўлди. Эпидемиологик маълумотларга қараганда, *хар йили шифокорларга мурожаат қилган беморларни 17 млн. ни хансираш шикояти билан шифокорга келган*. Беморларнинг кўп қисмида ўпка ёки юрак касалликлари мавжуд бўлган.

Тиббий адабиётларда Gierke фикрича, махсус нафас маркази мавжуд эмас, уларни турли тарқок гуруҳлардаги ва ишлаб чиқарилиши турлича бўлган нерв хужайралардан ташқил топганлиги ҳақидаги фикри устунлик қилиб келмоқда. Бу ишни юқори даражада Н. А. Мисловский бажарган. У нафас нейронларининг гетероген гуруҳ ядроларини тушунтириб берган. Хансираш муаммоси утган асрнинг 60-70 йилларида интенсив текширган.

Инсонни вентилицион функциясини параметрларини баҳолаш учун кенг клиник ёндашув усуллари керак бўлиб, улар замонавий дастурлаш орқали тушунтирилади, ҳамда тиббий клиник сифатни талаб қилиб, обструктив ва реструктив нафас бўзулишлар гуруҳига кирувчи беморларнинг ташхисини яхшилайти. Дембо ўзининг текширувлари мобайнида нафас етишмовчилигини ва юрак етишмовчилигини баҳолашда дифференциал ёндашувни ишлаб чиқиш билан катта ҳисса қўшган. У актив равишда ўпка – юрак етишмовчилигини клиникада кенг ишлатиладиган ва илмий изланишларда қўлланиладиган таснифини ишлаб чиққан. 60-70 йилларда клиник тиббиёт соҳасида етакчи бўлиб Б.Е. Вотчал тан олинган бўлиб у ўзининг клиник ишларида хансираш каби муаммоларга катта эътибор қаратган. Б.Е. Вотчалнинг охириги ишлари

1973 йилда кайд этилган. Охирги 30 йилликда хансираш механизми соҳасида катта ўзгаришлар юзага келган, айниқса инсонни когнитив қисмида бўлиб, бу инсонда хансираш жиддий муаммо эканлигини англаб етишга олиб келди.

Текширув программасига позитрон - эмиссион томограф ва ядро – магнит резонанс киритилиши хансирашнинг нейробиологик механизми ҳақидаги тасаввурни кенгайтди. Тарихда хансирашни ўрганиш жараёнида *респиратор система сенсор система фаолиятида куриб чиқилди*, яъни нерв импульсларини ўтказилишини таъминловчи система ва уларни сенсор анализларини таҳлил қилувчи механизм сифатида урганилди. Эволюция мобайнида нафас олиш системаси махсуслаштирилган респиратор ва метаболик функцияларга ажратилди. Охирги 20 йилликда ўпканинг иммунологик фаолияти урганилиши бошланди. Ушбу планда асосий уринни, ўпка тўқимасининг бронхоассоциациясининг локал иммунитет ишлаб чиқарилишидаги роли ва нафас олиш йулларининг шиллиқ қаватини патоген кўзгатувчилардан химоя қилиниши, ёки булмаса уларнинг респиратор система хужайраларга инвазияси урганиб чиқилди. Сенсор система, бу нерв системасини қабул қилувчи сенсор рецепторлари бўлиб, улар ташқи ёки ички муҳитдан олинган ахборотни қайта ишловчи ва таҳлил қилувчи марказларга етказиб беради.

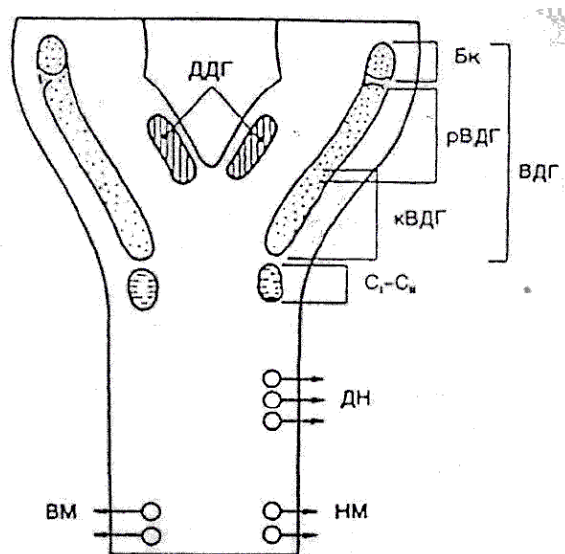
Сенсор сигналларни ўтказалиши, кўплаб уларни қайта ишланиши, қайта кодланиши туфайли амалга оширилиб, юқори анализ ва синтезда яқунланади ва организмнинг жавоб реакцияси шаклланади. Тажриба шароитларида кўплаб гуруҳ беморларда ўтказилган тажрибаларда натижасида хансирашнинг сенсор қабул қилиниши текширилиди ва одамларда респиратор тизимнинг янги функциялари ишлаб чиқилди. Хансираш патогенезида эфферент , афферент ва марказий механизмлар катта аҳамиятга эга.

Респирация барча трик системаларнинг ягона ўзига хослиги бўлиб: респирация ўзунчок мия маркази орқали автоном бошқарилади , аммо нафас ирода кучи таъсирида ўзгариши мумкин, бу ўз навбатида бош мия пустлок фаолияти билан боғлиқ. Индивидум ўзининг нафас фаолиятини бошқариш кучига эга. Ўпканинг вентилицион ва газ алмашинув функциясини бошқарувчи системанинг бўзилиши асосида нафас олишининг нокулайлик хисси юзага келади. Кўпинча буни клиницистлар хансираш синдроми сифатида қабул қилади. Респиратор система физиологик метаболизм даражасини сақлаш учун ишлайди. Нафас мотонейронлари *medulla* нинг кластер нейронларидан келиб чиқади. Эфферент нейронлари зарядсизланиши ўз навбатида кўкрак қафаси рецепторларига таъсир қилиб вентилиция ҳажмини белгилаб беради. Нафас кислород , карбонат ангидрит ва кон, тўқимадаги водород ионлари концентрацияси билан бошқарилади. Периферик, марказий хемо рецепторлар ва ўпканинг нафас юзасидаги механорецепторлар таъсирланиб, нафас ритмининг генерациясига жалб қилиб, нафас паттерносини келтириб чиқаради. Карбонат ангидрид ва кислород микдорининг ошиши *medulla* да жойлашган марказий рецепторлар ва уйқу артерияси, аорта жойлашган хеморецепторлар орқали қабул қилинади.

Нафас нейронларининг дорсал (ДНН) ва вентрал (ВНН) гуруҳлари.

БК-комплекс бетцингера; рВНН ва кВННнинг – ВННнинг рострал ва каудал қисми; С1 – С2 орқа мия сегментлари. ДН, ИМ ва ТМ – диафрагмал нерв, ташқи ва ички ковуғалараро мушак нерви.

РАСМ.



Бу сигналларни трасмиссияси нафас марказига қайтади, бу ҳолат билан организм кислота ишқор мувозанатини сақлайди. Hill ва Flask карбонат ангидритни газини нафас олдириш йули билан нафас етишмовчилик хиссини камайишини кўрсатиб беради, аммо қондаги газлар концентрацияси ўзгаришсиз қолди. Муаллифлар ҳар хил дозадаги карбонат ангидритни хидлатиш орқали таъсир эффтини ва нафас чиқаришда бир хил миқдорда ажралишини кўрсатиб беришди. Афферент импульслар ўпка ва нафас йулларидан чиқиб, нафас циклини генерациясига таъсир қилади. Таъсирланиш рецепторлари ўпка ҳажми ошганда таъсираланади. Бронхиолаларининг эпителийсини ўраб турувчи ирратант рецепторлари, бронх шиллиқ қаватини тактил таъсираланиши ҳавонинг юқори босимли оқими ва бронхларни туберкулёзлик мушакларининг тонусининг ошиши ҳисобига юзага келади. Ўпканинг интерстициал тўқимасида, альвеола ва капиллярларида “С фибриллалар” жойлашган. Интерстициал тўқима ва капиллярларда босим бошқарилиши “С фибриллалар” билан боғлиқ. Респиратор мушаклар ҳар хил сенсор рецепторлар орқали бошқарилади.

Дуксимон толалар афферент хусусиятга эга бўлиб, унга боғлиқ ҳолда спинал ва супраспинал рефлекслар қўшилади. Ташқи ва ички мушакларни бириктириб турувчи дуксимон мушаклар проприорецептив рефлекслар орқали респиратор марказга чарчаш ҳақида сигнал юборади. Инсон буни хансираш сифатида қабул қилади. Диафрагма пайдан иборат бўлиб, у орқали миянинг рецепторларига тормозловчи таъсир қилади. Кўкрак қафасидан ва ўпкадан келувчи импульслар мотонейрон ва премотонейрон орқали қабул қилиниб, вентилицион статусга ва респиратор мушак қисқаришига таъсир қилади. Бу ўз навбатида вентилицион функцияни аниқ шароитларга мослашишини таъминлайди. Хеморецепторлар, ўпка ва кўкрак қафасининг механорецепторлари қоннинг кимёвий ҳолатини ва вентилицион даражасини тўғридан тўғри баҳолашни таъминлаб, бош миянинг юқори марказларида ўз

аксини топади. Бу механизмлар хаммаси хансирашнинг пайдо бўлиш табиатини тасаввур қилиш учун жуда муҳимдир.

Нафас олиш марказининг инспираторли активлиги эрта инспираторли нейронларнинг кучли бошлангич разрядидан, қайсики узунчок мия нейронларининг вентрал нафас олиш гурухларидаги усувчи қисмида жойлашган қисмдан бошлананади. Бу қисмдан тўлиқ, кеч ва кейинги инспираторли нейронлар пайдо булади. Эрта инспираторли нейронларда вужудга келадиган разряд, яъни диафрагма нервининг активлигини кўзгатиш учун 100-200 мс давомида спонтан холда пайдо булади. Бу пайтда инспираторли нейронлар кейинги нейронлар томонидан ингибиралаштирувчи таъсирлардан озод этилади. Инспираторли нейронларнинг тўлиқ тормозланиши нафас олиш марказининг преинспиратор нейронларнинг активлик даврига тўғри келади, яъни экспиратор нейронларнинг активлиги бутунлай тухташига олиб келади. Бошлангич разрядли инспиратор нейронлар тулик инспираторли нейронларни активлаштиради ва атрофидаги нейронларнинг кўзгалишига олиб келади. Бундай турдаги нейронлар диафрагма ва қовурғалараро нервларнинг активлигини оширади, натижада диафрагма ва қовурғалараро мушакларнинг қисқариш кучи ошади. Эрта инспиратор нейронлар активлигини нафас олиш фазасининг уртасида тугатади. Респиратор циклнинг бу даврида кечки респиратор нейронлар активлашади, нафас олиш фазасининг охирида диафрагма ва ташқи қовурғалараро мушаклар қисқаради. Максимал частотали кечки инспиратор нейронларнинг разряди бошка нейронларнинг активлиги тугаши даврга тўғри келади. Нафас олиш марказининг барча турдаги инспиратор нейронларнинг активлиги тугаши постинспиратор нейронларни тормозлайди, қайсики нафас чиқаришнинг биринчи ярмида диафрагманинг бушашиш даражасини бошқаради. Нафас чиқаришнинг иккинчи ярмида ёки актив экспирация фазасида ритмогенезнинг инспираторли ва экспираторли активлиги механизмига боғлиқ. Респиратор циклнинг барча 3 фазаси нафас мушакларининг активлиги куйидагича ўзгаради, яъни инспирация фазасида диафрагма ва ташқи қовурғалараро мушак толаларининг қисқариш кучи аста-секин ошади. Бу даврда халкум мушаклари активлашади, яъни товуш тирқиши кенгайтириб, нафас йулларига кирувчи хаво окимининг каршилигини камайтиради. Нафаснинг постинспиратор фазасида ўпкадан чикаётган хавонинг хажми диафрагманинг аста-секин бушушиши ва халкум мушакларинг қисқариши билан бир вақтда назорат қилинади. Нафас чиқишида товуш тирқишининг торайиши хаво окимининг каршилигини оширади.

Нафас чиқарилишининг иккинчи фазаси- актив экспирация фазаси. Респиратор цикл ўз ичига ички қовурғалараро ва корин мушакларни олади. Нафас олиш циклининг фазалари 1-расмда схема тарзида берилган. Нафас олишни рефлектор бошқарилиши альвеола, томир тизимидаги рецепторлар ва нафас олиш маркази нейронлар орқали нафас йулларининг турли механорецепторлари ёрдамида амалга оширилади. 2-расмда нафас нейронларининг дорсал ва вентрал гурухларининг жойлашиши схематик холатда ифодаланган. Инсон организмнинг нафас йулларида куйидаги механорецепторлар турлари жойлашган. Нафас йулларининг шиллиқ кавитида ирритатив рецепторлар, туберкулёзлик мушакларни таранглаштирувчи

рецепторлар ва J –рецепторлар альвеоляр тўсиқларда жойлашган. Нафас йулларнинг шиллиқ қаватидаги ирритатив рецепторларни кўзгалиши рефлектор бронхоспазмга, ёпик товуш тирқишига, брадикардияни юзага келтиради. Бурун бўшлиғини орқа деворини шиллиқ қаватининг рецепторларининг механик таъсирланиши, диафрагма ва ташқи қовурғалараро мушакларнинг кучли қисқаришига олиб келади, яъни бурун йуллари орқали нафас йулларини очади (аспирацион рефлекс). Кўп сонли нерв охирлари йирик бронх ва трахея шиллиқ қаватларининг эпителий хужайралари орасида жойлашган. Нафас йулларининг бу қисмида йутал рецепторлари жойлашган. Миелинизацияланган рецепторлар нафас йулларининг дистал қисмининг эпителийсида жойлашган. Уларнинг активлашиши бронхоспазм, шиллиқнинг кучли ажралиши ва гиперпноэнинг ривожланишига сабаб булади.

Альвеоляр тўсиқларда жойлашган J-рецепторлар, интерстициал тўқима босими ошиши хисобига активлашади, натижада ўткир ёки сурункали юрак етишмовчилиги юзага келади. Кислород, карбонат ангидрид концентрацияси ва водород ионлари концентрациясининг ўзгариши бош миянинг пустлок қисмига ҳамда нафас марказига тўғридан - тўғри таъсир этади. Бир нечта афферент йуллар мавжуд бўлиб, улар нафас ўзгаришини сезувчи ёки қабул килувчи йуллар орқали ўтказилади.

1. Нафас йуллари юқориги қисмининг механорецепторлари, харорат рецепторлари 2.Марказий ва периферик хеморецепторлар 3.Ўпка рецепторлари 4. Кўкрак қафаси рецепторлари

Хансирашнинг ўрганишдаги катта ютуқлар нейробиологик текширувлар билан боғлиқ бўлиб, бунда хансираш пайтида бош миянинг маълум қисмини активлашишини юзага келтиради. Нафасни баҳолаш бош мия марказлари билан боғлиқ бўлиб, яъни нафас марказларида юзага келувчи сигнал ишлаб чиқарилади.

Хансираш-бу нейрон механизмлар йигиндиси бўлиб, кўзгалиш, қабул қилишни тахлил қилиш, мотивация, мотор жавобга тайёргарлик ва ўзининг огир ҳолатидалагини сезишдир.Баъзи бир нейрон механизмлар хансираш юзага келишида ягона характерга эгадир.

Ҳозирги даврда хансирашнинг юзага келишининг 3 методи мавжуд, бу ўз навбатида хансираш юзага келганда миянинг активлик хужжатини тўзишга имкон яратади: Компьютер томограмма, позитрон-эмиссион томограф H_2O билан (ПЭТ), локал кон айланишни баҳолайди: ядро-магнит резонанс локал кон айланишни ва кислородга бўлган талабни аниқлайди. Тиббиёт амалиётида бу усул кон айланиш баҳолаш учун қўлланилади. Эмиссион-позитрон томограф орқали биринчи маротаба текширувни Banzett олиб борган. Бу текширувлар шуни кўрсатдики, миянинг гипокамп қисмида CO_2 ошиши ва мияда кон айланишнинг камайишида нафас етишмовчилик юзага келади: яъни insular нинг унги олдинги қисми ва паралимбик булимнинг активлашиши юзага келади. ЯМР текшириш орқали чакка булагини ва премотор қисмининг активлашиши аниқланди. Бош миянинг бу қисимларининг активлашиши натижасида огрик ва чанкаш юзага келган. Тажрибаларда хаво етишмовчилиги хисси чакирилган беморларда ҳам insularнинг олдинги булагининг активлашиши кўзатилади. Бу текширувлар орқали огрик ва хансираш орасида якин функционал боғлиқлик мавжудлиги аниқланди.

Миянинг лимбик структурасининг ва Insularнинг олдинги қисмини фаоллигини “ПЭТ” ўтказилганда топилган. Ҳозирги вақтда миянинг бу қисми салбий ҳиссиётларни таҳлил қиладиган марказ деб топилган. Хаво етишмовчилигида миянинг бошқа қисмларида (таламус ва тасмасимон ядро) ҳам нейронал фаоллик кўзатилган. Хансираш билан оғриган беморларда психоэмоционал соҳада катта ўзгаришлар кетишини ҳисобга олган ҳолда депрессиянинг нейробиологик асосларига катта қизиқиш билан қаралди.

Ҳиссиёт ва эмоционал бўзилишларни асосий анатомик субстрати бўлиб бош мия структуралари деб тан олинган. Лимбик системанинг таркибига қиради: гиппокамп ўтказув йуллари билан, шаффоф тўсиқ (septum pellicidum) бодомсимон комплекс ядролари (amegdale) белбоғсимон пушта (gyrus cinguli). Нейроморфология ва нейровизуал текширишлар (КТ, МРТ ва “ПЭТ”) га асосан депрессияли беморлар миянинг ён қоринчаларининг кенгайиши, гиппокамп ҳажмини камайдиганлиги (айниқса ок моддасини ва префронтал пустлокни ҳамда бодомсимон комплекслари) катталашини кўзгалган. Бу жараёнлар айрим аминокислоталарни (глутамат ва бошқалар) ва стероид гормонларни цитотоксик таъсири деб тахмин қилинди. Гиппокамп миянинг бошқа структураларига нисбатан фаол, чунки унда пирамид нейронлар билан ҳамкор кўзгалиш ва қайта кўзгалишларни таъминловчи глутаматэргик боғлар мавжуд бўлиб, ГАМКэргик системада қайтар тормозланиш нисбатан кучсиз бўлади. Беструктур функционал ўзгаришлар ҳозирги вақтда “нейропластик” деган термин билан белгиланган. Хансираш ва оғрик оғир касалликларнинг қуриши ҳисобланади. Хансираш касаллиқнинг терминал қисмида кучаяди. Оғрик эса кам даражада намоён бўлади. Кўп беморлар бу ўзгаришлар билан кўп тукнаш келадилар: Кўпроқ бу ҳоллар Юрак қон-томир системаси касалликларида усманинг терминал босқичларида, спонтан пневмотораксда, ён амиотрофик склерозда учрайди. Оғрик ва хансираш ўзини ҳиссий қирралари билан фарқ қилсада, уларни келиб чиқишида нейронал механизмлар ухшаш бўлади, лекин келиб чиқиш механизми урганилмаган. Хансираш ва оғрик, қанқаш, қайт қилиш оч қолиш бу организмда физиологик статусидан белгидаб ўзгаришларидан қалолат беради. Бу ҳолдаги ҳислар организм қослашини белгилаб инсондан оддий рефлекслардан қура катта ҳаракатларни талаб қиладди.

Бизни хансирашдаги изланишлардан қура оғриқлар табиати соҳасида қилимларимиз изланишларда янги маълумотлар билан бойиди. Ҳақсираш ва оғриқни изланишда қўплаб методологик ёндашувлар мавжуд, лекин хансиран ва оғриқни келиб чиқишида катта фарқлар бор. Оғриққа нисбатан хансираш комплекс ҳиссиёт ҳисобланади. Охириги йилларда оғриқнинг келиб чиқишига қўплаб маълумотларни таҳлил қилиш учун алоҳида эътибор қаратилди. Оғрик қўп инструментлар билан баҳоланиши мумкин. Энг қенг тарқалган Mc Gill суровномаси қабул қилинди. Қечроқ хансирашни баҳолаш даражасини қуриб чиқиш ҳақида бошқа суровномалар қуриб қикилди. (Elluott et al. Simon et al) лекин улар қенг клиник қўлланишга эга бўлмади. Хансираш ва оғрик уртасида қўплаб улчамлар мавжуд. Оғриқдан фарқли равишда хансираш ўзоқ қавом этмайди. Яъни фарқли қомони ҳаво етишмаслиги аниқ анатомик локализацияга эга эмас, бемор шифокорга нафас бўзилишидан шикоят қиладди. Шифокор хансирашнинг интенсивлигини ва уни келиб чиқишида аинқса омиллар роль уйнашини аниқлайди. Шифокорнинг

кейинги харакати беморни огрик безовта килса ўзгаради: У огрикни локализациясини аниклайди, харакатини аниклайди (ўткир, куйдирувчи, утмас), унинг иррадиациясини аниклайди. Шуни таъкидлаш керакки, талабалар хансираш безовта килган беморлардан анамнез ва шикоятларини етарли йига олмайдилар. Инсонга астманинг биринчи белгиларини, юрак етишмовчилиги . ўпка артерияси эмболиясини хислари айтиб бериши кийин. Биз факат бошимиздан кечирган хисларнигина тушуна оламиз. Бу муаммони ўзаро муносабат орқали шифокор бемор билан суҳбатни аник тахлил қилишни билиш керак. Огрикни ўрганишда 3 та категория инобатга олинади: огрикни хиссий қабул қилиш: зарарланган орган ва системадаги огрикнинг локализацияси: огрикнинг сифати . Хансирашга бу ёндашув ўзини оклади. Хансираш инсонинг жисмоний активлигини чеклайди, хаёт сифатига катта таъсир ўтказди.

Диспноэ атамаси остида одамда буладиган нохуш хислар ётади. Хансираш кўпрок кўкрак қафасида сиқилиш хисси нафас олишни қисқариши, нафас олиш учун куч сарфлаш билан кечади. Охирги хислар « хаво камлиги» хиссига тенг. Огрикка ухшаб хаво етишмаслик дистресс чакиради. Хансираш ўткир бронхоспазм бўлганда ҳам юзага келиши мумкин. Бу ҳолларда

O₂ хажми ва CO₂ миқдори ўзгармай қолиши мумкин. Ўпка рецепторлари стимуляцияси ҳар хил эффектларни келтириб чиқаради. Ирритатив ва кон томир рецепторлари ўпканинг минутлик вентилизациясини кучайтиради, нафас олиш сонини оширади. Нафас динамикасини ўзгаришига олиб келади. бронхиал астма бронхоконструкцияси бор беморларда кўзатилади.

Кўкрак қафаси механорецепторлари вентилизациясида катта роль уйнайди. Хеморецепторлар жараёнга кечроқ кўшилади. Бундв O₂ ва CO₂ физиологик мувозанатни урнатади. Бунда вентилизация хажмининг ортиши хаво етишмаслик хиссини ортишига олиб келади. Кўкрак қафаснинг сиқилиши бронхоспазм эпизодларига характерли афферент механизмлар хансирашга жавобгар огрикка фаркли равишда кўпрок учрайди.

Хансирашни улчаш интенсивлиги.

Сизни қай даражада хансираш безовта қилади? Сифати: хансирашни қандай қабул қиласиз? Дискомфорт: қай даражада хаёт тарзингизга таъсир қилади? 1 ва 2 жадвалларда америка беморларини хиссий кечинмалари берилган. хансирашни тасвирлашда инсонни маълумоти ахамиятга эга. Афро америка ва кавказ аҳолисида суров указилган. Афро америка аҳолиси бурун халқум қисмида таъсирланиш хиссини айтган булса , ок танлилар аҳолисида енгил бронхоспазм хисси бўлишини таъкидлашган. Россия респиратор жамияти ўтказган суровномалар натижасида аҳолини кўпинча хансираш ва хуруж безовта килганлиги аникланган. Кўп ҳолларда беморларни нафас олиш кийинлиги безовта килган. Бронхообструктив синдроми билан оғриган беморларда нафас етишмовчилиги аникланган. Кўкрак қафаси сиқилиши ва огрик бўлиши кўзатилган. Бу ҳолатлар юрак кон томир системаси билан биргаликда келган касалликларда кўзатилган. Неврозларга мойиллиги бор беморларда кўпинча нафас олиш коникмаслиги хислари безовта қилади.

Хансирашнинг физиологик жараёнлари ва сўзма сўз таърифи – хансирашни энг кийин тарафи. Хеморецепторлар ўткир гипоксия ва гиперкапния таъсирида нафас марказини стимуллайди. Агар кўкрак қафасида

органик ўзгаришлар булмаса у холда ўткир гипоксия ва гиперкапния ўпка вентиляциясининг ошишига олиб келади. марказий апоноэ кўзатилган беморларда хансираш хисси ўткир гиперкапния ҳолатлари кўзатилмайди. Нафас дискомфорти нафас олишда таранглик хиссини келтириб чиқаради. Бунда келиб чиқадиган хансирашда бош миянинг марказий механизмлари кўшилган. Хансирашнинг бу турида нафас мушакларининг чарчаш синдроми нафас етишмовчилиги билан бирга кўзатилади. Обструкцияси бор беморларда нафас олиш вақтида гиперинфляция кўзатилади ва нафас системасининг периферик қисимларида орқали ҳаво ушланиб қолади “ҳаво копкони”

Юрак ва ўпка патологияси мавжуд беморларда хансираш келиб чиқишида бир катор патогенетик механизмлар кўзатилади. Бемор хансирашнинг хилма хил клиник қуринишини айтиб бериши мумкин. Нафас олиш сонини ошиши хилма хил касалликларда кўзатилиши мумкин хансираш эса нафасни қабул қилинишини бўзилишида юзага келади. Хансираш ўпкани обструктив ва рестриктив жараёнлари натижасида юзага келади. Обструктив типга характерли бўлган касалликларга, бронхит, бронхиал астма эмфизема, нафас йулларида ёт жисм, ателектаз киради. Хансирашни баҳолаш бир минутда нафас олиш сонига қараб белгиланади. Юрак зарарланганда ва бронхиал астма ҳуружида пайтида мажбурий утирган ҳолатни эгаллайдилар.

Акроцианоз димланган юрак етишмовчилиги белгиси ҳисобланади. Диффўз цианоз ўпка артерияси эмболияси ҳисобиги юзага келади . ўпканинг обструктив касалликларида хансираш шиллие йирингли балғам, йутал билан кўзатилади. Бирдан ошиб борувчи хансираш ўпка артерияси тромбоэмболияси ва пневмоторакси билан характерланади. Хансираш билан оғриган беморларни текширишда кўкрак қафасининг рентгенограммаси, ЭКГ, қонда газларни мидорини текшириш хансирашни табиатини аниқлаб беради. Кўкрак қафасининг рентгенморфологик тасвири пневмония, плеврит, ўпка шиши, гидроторакс, юрак клапан зарарланишларига характерли аниқ диагностик белгиларини кўрсатиб беради.

Ўпка юрагини, миокард инфарктини, аритмияларга хос бўлган белгиларни ЭКГ аниқ маълумот беради. Қондаги O_2 ва CO_2 миқдори гипоксия ва гиперкапния даражасини аниқлаб беради.

Нафас етишмовчилигини баҳолаш

Кўрсаткичлар	норма	1-даража	2-даража	3-даража
УТХ % кераклидан	90-85	84-70	65-50	50 дан кам
УМВ % кераклидан	85-75	75-55	54-35	35 дан кам
ОФВ%	85-75	75-55	54-35	35 дан кам
ОФВ / УТХ% (Тиффно синамаси)	65-60	59-50	49-40	40 дан кам

Туберкулёзни ҳар хил шакллари авж олишида хансираш. Ўпкани каверноз туберкулёзи каверна хотуберкулёз бўлиши билан ва рентгенограммада ўпкада халкасимон соя сифатида қуриши билан характерланади. Туберкулёзнинг бу шаклида каверна мавжуд бўлган бир пайтда антибактериал даво киритилиши ва инфилтрация билан кўзатилиши мумкин. Каверна ўпкада

инфилтратив ва диссеминирлашган туберкулёзни мавжуд бўлганда юзага келади. Кавернани парчаланиши ўпкада нам хириллашлар, балғамли йутал, кон туфлаш, бактерия ажралиши билан намоён булади. Шаклланган каверна кам симптомли у кўкрак қафасини рентгенограммаси ва КТ да яхши куринади. Ўпкани каверноз туберкулёзи 2 йил мобайнида мавжуд бўлиб шу вақт давомида тулик тўзалиши (ўпка резекцияси) ёки фиброз каверноз туберкулёзигача ривожланиши ёки асоратланиши (аспиргил-лома) Туберкулёзни ривожланишида ўпкадан кон кетиш асорати (каверна ичида ўпканинг терминал артерияларини бўлиши), ўпкадан прфўз кон кетиши асоратини кучайтиради. Кон кетишнинг бошқа сабаби – сурункали туберкулёз бўшлиғида аспиргилломани ривожланиши (санацияланган каверналар билан) Бу ҳолларда кон кетиш туберкулёзни ривожланиши билан боғлиқ эмас. Туберкулёз кавернасини плевра бўшлиғига ёрилиши туберкулёз эмпиемсига ва бронхоплеврал окмага олиб келиши мумкин.

Ўпканинг фиброз - каверноз туберкулёзи

Ўпканинг фиброз-каверноз туберкулёзи – ўпка туберкулёзининг бошқа шаклиларини ривожланиши, деворида яккол фиброз компоненти бўлган каверна хотуберкулёз бўлиши билан юзага келади. Ўтказиб юборилган фиброз –каверноз туберкулёзининг келиб чиқишига асосий сабабини ва манбасини аниқлаш кийин.
Касалликнинг ривожланиши контакт ва бронхлардан юқоридан пастга йуналишда ривожланади. Ўпканинг фиброз-каверноз туберкулёзини барча ҳолларида бронх дарахтини зарарланиши кўзатилади.
Ўпкадаги ўзгаришлар ҳар хил бўлиши мумкин. Жараён бир томонлама ва икки томонлама, бир ёки кўп кавернали улиши мумкин.
Кўпинча кавернани дренажловчи бронх зарарланади. Ўпкада бошқа морфологик ўзгаришлар ҳам юзага келади: пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктазлар.

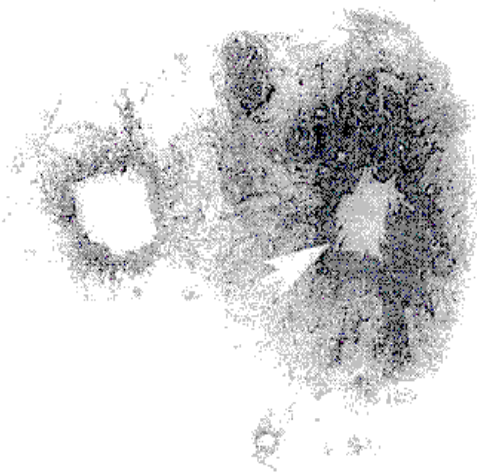
Ўпканинг цирротик туберкулёзи иккиламчи туберкулёзнинг охириги шакли бўлиб, фиброз каверноз инволюцияси натижасида юзага келади. Ўпкада ва плеврада дагал бириктирувчи тўқимани узиши характерли. Бу ўпка туберкулёзини терминал шакли ҳисобланади, лекин хавфли эмас. Бундай касалларни даволаниши муаммоли ҳисобланади, чунки ўпканинг ўзгарган тўқимасига туберкулостатикларни диффўзияси камайган булади. Локал шакллари жаррохлик йули билан даволанади.

Хансираш туберкулёзда ўпка тўқимаси кенг зарарланиши ёки массив плеврага суюқлик йиғилиши натижасида юзага келади.

Симптомлари ва кечиши

Жараён ўзок ва тулқинсимон кечади. Нисбий тўзалиш яккол интоксикация ва авж олишдар билан алмашади. Йутал кучаяди, балғам миқдори ошади, кон туфлаш ва ўпкадан кон кетиш, ўпкадан янги учокларни пайдо бўлиши кўзатилади. Жараённи авж олиб бориш борасида организмни барча системаларда ўзгаришлар ва ҳар хил органлар зарарланиши кўзатилади. Ўпкада

турли характерга эга хириллашлар эшитилади. Гемограммада яккол туберкулёзжишлар кўзатилади: ЭЧТ ошади. Рентген тасвирда: ўпкада хар хал катталиктаги каверналар, атрофида кўплаб янги ва эски туберкулёз учоклари,ўпка тўқимаси ва унинг кобикларининг зичлашиши куринади.



Макропрепарат: Фиброз-каверноз туберкулёз. Уч қаватли каверна: Ички қават некрози, унинг остида туберкулёзли грануляцион тўқима қавати ва ташқи неспецифик грануляцион тўқима қавати



Ўпканинг цирротик туберкулёзи. Ўпка тўқимаси диффўз бириктирувчи тўқимани усиши билан биргаликда ўпка тўқимасининг деформацияси ва бронхоэктазларни ривожланиши. Каверналар деформациялашган.

Ўпка циррози бу ўпкани фиброз каверноз туберкулёзини инволюция фазаси ва ўпкада бириктирувчи тўқимани усиши натижасидир. Массив склеротик ўзгаришлар ўпка тўқимаси ўзок давом этган ателектази натижасида юзага келади.

Ўпканинг цирротик туберкулёзи. Киёсий ташхисот.

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ НОСПЕЦИФИК КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ушбу патологияга киради:

Сурункали обструктив бронхити (СОБ)

Эмфизема

Бронхиал астма

Муковисцедоз

Бронхоэктатик касаллик

Облитерацияловчи бронхиолит

Ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари термини (УСНК) ўпканинг сурункали обструктив касалликлари (УСОК) терминига баробар. Касалликнинг огирлиги ва окибатини белгиловчи бронхообструктив синдром хисобланади. Сурункали обструктив бронхит ва эмфизема – ягона нозологик бирликка – яъни ўпканинг сурункали обструктив касалликларига киритилган. Патологик жараёнга бронхлардан ташқари (сурункали обструктив бронхит), ўпканинг респиратор қисимлари ҳам қўшилиб, бунда кечадиган кайтмас ўзгаришлар (эмфизема) га олиб келади ва юқори даражадаги ривожланиб боровчи ногиронлик каби окибатларга олиб келади. УСОК бу бронхларни сурункали диффўз ноаллергик яллигланиш касаллиги бўлиб.ривожланиб боровчи ўпка вентилизациясининг, бронхообструктив типдаги газлар алмашинувининг бўзилишига, бошқа орган ва системаларбилан боғлиқ булмаган холда йутал хансираш ва балғам ажралиши билан кечадиган касаллик хисобланади.

УСОК билан касалланган беморларда нафас йуллари обструкцияси механизмлари:

I. Қисиман қайтар ривожланишга мойиллиги кам бўлган жараёнлар

1. шиллиқ қаватнинг шиши
2. бронх бўшлиғини куюк секрет билан обтурацияси (дискринияси)
3. шиллиқ қават безларининг гипертрофияси (гиперкринияси)
4. бронх мушакларининг гипертонуси

II. Кайтмас ривожланиб боровчи жараёнлар. Ўпканинг респиратор қисмининг зарарланиши яъни эмфизема билан боғлиқ бўлган жараёндир. Айнан эмфизема касалликнинг огирлик даражасини ва окибатини белгилаб беради. Эмфизема – бу СОБ (ХОБ) асорат ёки ёндош касаллик булмай, балки УСОК ларни мавжуд элементи хисобланиб, кўп холларда ногиронлик ёки летал лкибатларга олиб келади. Эмфизема кўп хрлларда ўпканинг юқори қисимларидаа булади. эмфиземанинг келиб чиқишида асосий сабаби ўпка тўқимасидаги протеаза ферменти активлигини (эластаза), антипротеаз (альфа 1 антитрипсин) дан устунлиги хисобланади. Бунинг окибатида альвеолалараро тўсиқларнинг деструкцияси юзага келади.

Протеазанинг манбалари:

8. альвеоляр макрофаглар экзоген факторлар таъсирида активлашади.
9. бактериал инфекция окибатида нейтрофиллар парчаланади.
10. наслий мойиллик натижасида антипротеазанинг фаоллигини пасайиши.

Европа респиратор бирлашмасига мувофик УСОК нинг огирлик даражасини баҳолаш мезонлари

Огирлик даражаси	ОФВ керакли катталикининг %
Енгил	Кам ёки 70 га тенг
Урта огир	50-69
Огир	50 дан кам

Америка кўкрак кафаси (торакал) жамияти буйича УСОК даражалари таснифи.

I. ОФВ 50% дан кам. Турмуш сифатига таъсири кам. УАШ нинг кўзатуви кам.

II. ОФВ 35-49% турмуш сифати огирлашган. Пульмонолог шифокори кўзатувида булади.

III. ОФВ 34 % дан кам. Турмуш сифатининг кескин ёмонлашиши.

Турмуш сифати бу оралик (интеграл) кўрсаткич бўлиб, беморда касаллик бошланишига мослашиши ва бемор учун ишда ва хужаликда одатий ишларни бажариши мумкинлиги, унинг социал экономик турмуши билан боғлиқ.

УСОК келиб чиқишидаги хавф омиллари.

Эхтимоллиги	Ташқи муҳит омиллари	Ички муҳит омиллари
Аникланган	Чекиш, хаводаги кўп миқдордаги чанг ва газнинг бўлиши, касб зарарлари	Альфа 1 антитрипсин етишмовчилиги
Юқори эхтимоллик	Атроф муҳитни нокулай шароити (SO ₂), ижтимоий иктисодий ҳолатнинг пастлиги, алкоголь, пассив чекиш	Касалликнинг оилавий характери, кам вазн билан тугилиш
Мумкин бўлган эхтимоллик	Аденовирусли инфекция, витамин С дефицити	Генетик мойиллик, 1 кон гуруҳи, иммуноглобулин А йуклиги

УСОК ва бронхиал астманинг киёсий таъхисот мезонлари

Белгилари	УСОК (ХОБЛ)	Бронхиал астма
Аллергия	Характерли эмас	Характерли
Ўутал	Доимий ҳар хил интенсивликдаги	Хуружсимон
Хансираш	Доимий, яққол	Экспиратор хансираш хуружлари
ОФВ нинг суткалик ўзгаришлари	Кераклидан 10% кам	Керакли катталиқдан 15% кўп
Бронх обструкцияси	Қайтмас жараён, ўпканинг ривожланиб боровчи фаолиятининг сусайиши	Қайтар жараён, ўпканинг ривожланиб боровчи фаолиятининг сусайиши ҳос эмас
Эозинофилия	Характерли эмас	Характерли

Бронхиал астма - бу нафас йулларининг яллигланиши бўлиб, туберкулёзлик мушакларнинг реакциясини ошириши ва қисқариш реакцияларига тайёргарлиги билан кечувчи касаллик. Касалликнинг огир дврвжвлвридв ўпкада гипервентиляция ва газ алмашинуви фаолиятининг бўзилишига олиб келади. Бронхиал астма бу шундай касалликки бунда бугилиш хансирашнинг энг огир даражасидир. Нафас драйверининг фаолияти астматик ҳолат вақтида ошади,

бунда кондаги газлар миқдори ўзгармаслиги мумкин. Бронхиал астманинг авж олиш давридаги хансирашнинг белгиси бўлиб, кўкрак соҳасининг сиқилиши билан характерланади. Касалликнинг ута огир кечишида ўпканинг вентилицион фаолиятининг зарарланиши ортганда беморларда жисмоний зуриқишда кучаядиган таранглик хисси юзага келади. Хаво етишмаслик хисси ва чуқур нафас ололмаслик касалликнинг ута огир кечишидан далолат беради. Бундай ҳолатларда яъни ўпкада бронхиал астмага хос аптофизиологик ўзгаришлар юзага келади, малакали шифокор учун касаллик фаоллик даражасини аниқлашда яхши маълумот була олади. Бронходилятаторлар таъсирида хансираш тезда сунади. Маълум ваки мобайнида нафас функцияси ўзгаришсиз қолади.

Ўпканинг обструктив касалликларида (УОК) –ўпканинг ушиб боровчи гиперинфляцияси билан характерланади. Хансираш касалликнинг ута огир даражаларида юзага келади. Бу жараён асра –секин ривожланади. УОК билан оғриган беморларда хансираш жисмоний иш вақтида кучаяди ва эффектив нафас олиш учун ортикча куч сарфланади. Касаллик авж олиб боришида беморларда чуқур нафас ололмаслик юзага келади, нафас олиш кийинлашади. Бу ўзгаришлар нафас олишни пасайганлигидан юзага келади. Хансираш куркув, огрик хисси ва ваҳима билан биргаликда юзага келиши мумкин. Бу психоэмоционал ўзгаришлари ўпка вентилициясининг ошишига олиб келади.

Гиперинфляция синдроми УОК билан оғриган беморларда хансирашга олиб келади. Бу категориядаги беморларга ваҳима депрессив ҳолатлар характерли: мустакил формаси мавжуд: гиперинфляцион синдромиги нафас дискомфорти хисси характерли. Бемор одам ўзини ҳолати ўткир кризисда деб баҳолайди, лекин чуқур клиник текширувларда беморда ўпка ва юрак соҳасида ҳеч қандай патология аниқланмайди. Бундай беморлар чуқур нафас ололмаслик ва нафас олишдан қониқмаслик хисси безовта қилади. Унинг ривожланиши инсонни психоэмоционал сферасининг ўзига ҳослигига ёки кўкрак қафаси ва ўпканинг механорецепторларига гипокапния билан боғлиқ бўлган рефлексор таъсирга боғлиқ. Астматик хуружлар МНС нинг кайфиятга ва ҳулққа тегишли марказларни кўзгатади. «Кайфият кластери» Ўпка касалликларини манифестациясида куркув ва ваҳима реакциялари устунлик қилади. Simon et al... ишлаб чиқарган суровнома абробациядан утиб, кейинчалик беморларни жавоби ва уларни интерпретациясига қараб модификация қилинди. Кейинги этап суровнома текширишлар билан боғлиқ бўлган турли касалликларда хансирашни тарифлаш бўлди. 3-жадвалда турли касалликларда хансирашни характери ҳақида маълумотлар берилган. Кластер анализи айрим қонуниятларни очиб берди. Бунда иш/ куч сарфлаш универсал характерда бўлиб, турли хил катуберкулёзликлардаги ҳамма беморлар хансирашни жисмоний зуриқишдан кейин юзага чиқишини таъкидлашди. Бронхиал астма хансирашни кучига ва жисмоний фаолиятга қарамай кўкрак қафасини сиқили билан характерланади. Ўпканинг интерстициал касалликлари учун иш/куч сарфлаш кластери характерли ва нафас тезлашганлигига шикоят қилишади. 2. Нейромушак касалликлари бор одамларда нафас олишнинг кийинлиги нафас тезлашганлиги ва жисмоний зуриқишдаги хансираш кластерлари характерли. Бугилиш юзаки нафас ҳаво етишмаслиги қуйидаги анализ бўйича маълум гуруҳ касалликлари билан боғланмаган, нафас чиқариш кийинлиги УОК ва БА

касалликларида учради. Шунинг таъкидлаш керакки, кўрсатилган маълумотлар ахволи коникарли бўлган беморлардан олинган. Нафас органларининг кўплаб касалликлари клиник кечиши билан фаркланади. Шунинг учун, хансираш суърати хар хил. У касалликнинг авж олиши даврида бошқача тусга кириши мумкин Халқаро клиник тавсияларда хансираши бор беморларни олиб боришда хансирашни огирлик даражасини баҳолаш мезонларларидан фойдаланиш тавсия килинди.

Амалий машғулот № 13:

Туберкулёз клиникасида шошилиш ёрдам талаб этувчи ҳолатлар. Спонтан пневмотракс. Қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши. Кўкрак қафасида оғриқ ва ўпкадан қон кетишни қиёсий таъхислаш. Таъхислаш ва тезкор терапевтик чора-тадбир усуллари.

1. Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши:

Машғулотнинг давомийлиги – 5соат	
Машғулот ўтказиш жойи, жиҳозланиши	-фтизиатрия кафедраси; ШКСКШ№1 терапевтик бўлимлари; ШКСКШ№1 клиник лабораторияси; -жадваллар мажмуаси, услубий кўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм; -ТСО: бинокуляр микроскоп, 1- машғулотнинг компьютер презентацияси.
Машғулотнинг мақсади: Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида «йўтал» ва «иситма» симптомларига асосланган ҳолда диагностика ва қиёсий таъхис методларини талабаларга ўргатиш. Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликлари клиник шакллариининг қиёсий таъхисида клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув кўрсаткичларини ўрганиш.	
Педагогик вазифалари - Туберкулёз ва ўпканинг	Ўқув машғулотини натижалари: <i>Умумий амалиёт шифокори (УАШ)</i>

сурункали носпецифик касалликларида турли кўринишдаги йўтал ва балғам ажралишини фарқлашни ўргатиш. - Балғамни лаборатор текшириш методларини ўргатиш. - Иситма турлари, ҳарорат ошиш механизмини фарқлашни ўргатиш. - Ноаниқ генезли иситмани қиёсий ташхислаш методларини ўргатиш - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларини «йўтал, иситма» синдромларини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ташхислашнинг умумий тамойилларини ўргатиш.	билиши зарур: - Туберкулёз ва ўпканинг сурункали носпецифик касалликларида йўтал, балғам ажралиши симптомларининг патогенетик механизми; - Иситма симптоми келиб чиқишининг патогенетик, биокимёвий механизми. - Йўтал ва иситма билан бирга кузатиладиган клиник, лаборатор ва рентгенологик белгилар. - Симптомлар бўйича қиёсий ташхислаш - Турли кўринишдаги йўтал ва иситма фонида туберкулёз кечишининг ўзига хослиги ва асоратлари. УАШ бажара олиши лозим: - Тиббиёт муассасаларига йўтал, балғам ажралиши ва иситма билан мурожаат қилувчи беморларда силга клиник скрининг ўтказишни. - Йўтал, балғам ажралиши ва иситмага шикоят қилувчи беморларни текширишни. - ЖССТ тавсиясига биноан беморлар типини, терапевтик категориясини аниқлаш ва даволаш режасини тузиш; - Аҳолининг силга нисбатан қарашларини ўзгартириш ва тушунтириш ишларини ўтказишни. УАШ амалий кўникмага эга бўлишлари керак: - Касбий сўров, беморни кўриш, кариндошлар билан суҳбат. - Балғамни бактериоскопик текшириш. - Клиник ва биокимёвий анализларни

	интерпретация қилиш. - Рентгенограммани баҳолаш. - Туберкулин синамасы - Симптом ва синдромларнинг қиёсий ташхислаш. - Махсус профилактика, хавф гуруҳидаги профилактика, химиопрофилактика. - Эпидемиологик режимни бошқариш. - Туберкулёз билан касалланган беморларнинг тиббий картасини тўлдириш ва ЖССТ томонидан тавсия қилинган расмийлаштиришни ўтказиш
Таълим усули ва воситалари	Маруза, инсерт, аклий хужум, уч боскичли, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видеоқурик, мунозара, суҳбат, кейс-стади
Таълим жараёни ташкил этиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳ, жамоа, аудитория ва аудиториядан ташқаридагилар билан ишлаш
Таълим воситалари	Таркатма укув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, балгам суртмаси, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси
Баҳолаш усуллари ва воситалари	Блиц-суров, тест ўтказиш, укув машғулотлари натижаси презентацияси, тиббий карталарни тўлдириш, плевра бушлиги пункцияси амалий куникмасини бажариш

Кўкрак қафасидаги оғрик.

Кўкрак қафасидаги давомли ва кучли оғрик кўп учраб туради. Кўкрак қафасидаги оғрик хиссини аниқлаш учун фақат клиник маълумотлар камлик қилади. Клиник маълумотлар етарлича бўлмаса ҳам, уларга асосланиб доим тахминий ташхис қўйиш ва кейинги қилинадиган диагностик дастурни тузиш мумкин.

Кўкрак қафасидаги оғрикнинг 3 типи қабул қилинган:

I. Периферик нервларнинг таъсирланиши натижасида юзага келадиган

оғрик.

II. Орқа мия орқа илдизчаси таъсирланишидан юзага келадиган оғрик.

III. Симпатик ва адашган нервлар таркибига кирувчи афферент толаларнинг таъсирланиши натижасида юзага келадиган оғрик.

Бу оғрикларнинг кўкрак қафасида жойлашган суяк-мушак аппарати ва аъзоларининг зарарланиш белгиси билан бирга келиши характерли клиник синдромларни ҳосил қилади. Синдромларнинг энг кенг тарқалгани юрак касалликлари сабабли юзага келадиганидир.

кардиалгиялар.

“Стенокардия” термини коронар қон айланиш етишмовчилиги туфайли юрак мушакларининг озик моддаларга бўлган эҳтиёжини адекват қондира олмаслиги натижасида юзага келадиган клиник синдромлар йигиндиси.

Сабаблари: Тожсимон артериянинг стенозловчи атеросклерози, миокард гипертрофияси, юрак ишининг ортиши, юрак дақиқалик ҳажмининг ўткир камайиши, ўткир ёки яққол ривожланган анемия кузатилади. Оғрик - стенокардиянинг асосий синдроми. Стенокардиядаги оғриклар жисмоний юклама, эмоционал зўриқиш, атроф - муҳит омиллари натижасида юзага келади. Оғрик интенсивлиги турлича бўлади. ХАРАКТЕРИГА КЎРА:

➤ Кесувчи ➤ Босувчи ➤ Куйдирувчи ➤ Сиқувчи ➤ Босим берувчи	}	КЎКРАК ҚАФАСИГА

Кўпинча оғрик кўкрак қафасининг ичидан, баъзан юқори қисмидан, ёки кўкрак қафасининг чап томонидан, эпигастрал соҳага, чап курак ва чап елкага кузатилади. Баъзан оғрик юрак соҳасидан елкага, қўлларга ва тишларга тарқалади. Чап томон ўнгига нисбатан кўп зарарланади. Камдан - кам ҳолларда оғриклар белга, қориннинг чап қисмига ва оёқларга иррадиацияланади. Оғрик аста-секин кучаяди, тез тўхтайди, кучайиш давомийлиги оғрик йўқолишини узайтиради. Оғрик бир неча дақиқадан бир неча соатгача чўзилиши мумкин. Агар нитроглицерин оғрик кучайиш вақтида қабул қилинса, оғрик бир неча минутда тўхтайди; агар оғрик чўққисида қабул қилинса эффекти бўлмаслиги мумкин. Агар оғрик хуружлари овқатдан сўнг, жисмоний зўриқишдан сўнг, чекканда, совукда, шамолда, эмоционал зўриқишдан сўнг юзага келса ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ дейилади. Жисмоний зўриқиш ёки эмоционал зўриқишга боғлиқ бўлмаган ҳолда юзага келса ТИНЧЛИКДАГИ СТЕНОКАРДИЯ дейилади. Кўп ҳолларда оғрик билан бирга кўнгил айнаши, бош айланиши, ҳолсизлик, кекириш, жиғилдон қайнаши, диффуз ёки маҳаллий терлаш, нафас олишнинг қийинлашуви кузатилади. Никобланган стенокардия хавфли ҳисобланади, бунда оғрик иррадиация соҳасига кузатил ва алоҳида қийналиш деб баҳоланади. Ҳансираш ва чап қўл мушагининг кучсизланиши кузатилиши мумкин.

КОРОНАРОГЕН БЎЛМАГАН КАРДИАЛГИЯ

НЦД – касалликнинг кўп сонли субъектив белгилари яққол ривожланади. Турли хил даво чоралари самара бермайди. Касаллик иш қобилятини йўқотишга олиб келиши мумкин, лекин кардиосклероз, МИ, юрак етишмовчилигига олиб келмайди.

Юрак соҳасида тез-тез такрорланиб турувчи, узок давом этувчи, баъзида кучайиб боровчи оғриклар – НЦД га тегишли. НЦД-да оғриклар борган сари кучайиб, сустлашиб туради, бир неча соат ёки суткагача давом этиши мумкин, бир вақтнинг ўзида юзаки нафаснинг секинлашиши кузатилиши мумкин, кўп ҳолларда экстрасистолиялар кузатилиши мумкин. НЦД-беморлар ҳеч қачон соғлом бўлмайди (ҳатто хуружлар орасида ҳам). Юракдаги оғрик титраш, қалтираш, гипертензия, полиурия, диарея билан кечувчи вегетотомир кризлари билан алмашинади. Хуружлар оралиғидаги даврда бош оғриғи, кўп терлаш, бош айланиши, жисмоний ҳолсизлик, жисмоний ва аклий меҳнатдан тез чарчаш кузатилади (клиник белгиларнинг кўп қисми туберкулёз клиникасига ўхшайди). 50% беморларда юрак соҳасида гипергидроз, гипералгезия кузатилади.

НЦД беморда горизонтал ва вертикал туширилган ЭКГ да ST тишча соҳасида юрак қисқаришлари типиди фарқ кузатилади.

КЛИМАКТЕРИК КАРДИОПАТИЯ

Алоҳида клиник бирлик деб 1874 йилда ажратилган. Асосан аёлларда, туҳумдоннинг гормонал функцияси йўқолган вақтида кузатилади. Клиникасида вазомотор синдром, вегетатив кризлар, кардиалгиялар фарқланади.

Вазомотор синдром қуйидаги кўринишда кузатилади:

Тўсатдан кўкрак қафасининг юқориги қисмида, юз терисида, бўйинда қизиш, шу билан бирга қизариш ва тер ажралиши кузатилади. Парестезия, анемия, санчик, кўкариш ва эт увишиши кузатилиши мумкин.

Вегетатив кризлар: одатда қўл - оёқларнинг совқотиши, кўкрак қафаси ва қўл - оёқларнинг мушакларининг қалтираши билан бошланади. Кўп ҳолларда хуружлар пульснинг секинлашиши, тери қопламларининг оқариши, АД нинг ортиши билан характерланувчи симпатик нерв системасининг тонуси ошиши билан кечади. Хуруж охирида умумий ҳолсизлик, профуз тер ажралиши кузатилади. Хуруж вақтида юрак соҳасидаги оғриқ кучли ва давомли бўлиб, қон томирни кенгайтирувчи воситалар ёрдам бермайди. Тўлқинсимон кучайиб, сусайиб туради, юрак соҳасидаги оғриқ бир неча соатдан суткагача давом этиши мумкин, тана ҳарорати енгил ошган.

Давомли чидаб бўлмас даражадаги оғриқ фақат кардит билан асоратланган МИ да кузатилади. Климактерик кардиомиопатияда интенсив оғриқлар бир неча соатдан суткагача давом этиши мумкин; на қоллапсга, на яққол ривожланган ритм ўзгаришига ва бошқа юрак функциясининг бузилишига олиб келмайди. Оғриқ синдромининг интенсивлиги ва давомийлигининг номуносивлиги ва қон айланиш функциясининг қонқарчилиги климактерик кардиомиопатияга хос, тарқоқ МИ га кузатилмайди.

МИОКАРДИТ ВА КАРДИОМИОПАТИЯ

ЮРАК СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР миокардитнинг кўп учрайдиган дастлабки симптомларидан биридир. Оғриқ интенсивлиги кучсиздан чидаб бўлмас даражада кузатилиши мумкин. Оғриқлар давомли, жисмоний юкламага боғлиқ эмас, қўлга, елкага ва куракка иррадиацияланади. Миокардит билан оғриган беморлар доим юрагини сезиб туради. Миокардит ўрта ёшда ва ёшларда кузатилади. Типик ҳолатларда миокардит бирор бир касалликдан тузалгандан сўнг (инфекция) тезда бошланади, тана ҳарорати 38-39°C га кўтарилиб 1-3 кун сақланади. Субфебрилитетдан сўнг 50% ҳолатларда давомийлиги ўзгаради. Бу ораликда юрак соҳасида ноҳуш сезги пайдо бўлади. Миокардитда 44% ҳолатларда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошганлиги, 20% ҳолатларда лейкопения, 16% ҳолатларда ривожланган анемия кузатилади.

Миокардит бошлангандан қисқа вақт ичида юрак сезиларли катталашади, бели силлиқлашади, қисқариш амплитудаси камаёди. Миокардитда беморларнинг тахминан ярмида юрак тонлари эшитилмайди. Кардиомиопатия билан касалланган беморлар кўп ҳолларда тинчликдаги ҳансираш билан шикоят қиладилар.

РЕВМОКАРДИТ

Юрак соҳасидаги оғриқ юракдан ташқари иситма, артралгия, МНС зарарланиши ҳолатлари билан юзага келади

АОРТАЛГИЯ

Аортанинг яллиғланиши ёки дегенератив зарарланиши «аорталгия» термини билан аталувчи оғриқлар билан кечади. Оғриқ синдроми аорта ёки шохининг артериити кўп ҳолларда субфебрилитет, ривожланган лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши фонида кузатилади, кўп ҳолларда ёш аёллар касалланади. Кўп ҳолларда юрак соҳасидаги давомли оғриқлар иррадиацияланмайди.

ЗАҲМ билан касалланган беморларга аорта шохининг яққол сиқилгандаги оғриқ синдромни, атеросклероздаги кўкрак сиқилишларидан фарқлаш қийин.

Аневризмада кўкракдаги оғриқлар манбаи 2 та:

I. Деворда жойлашган рецепторларнинг таъсирланишидан

II. Аортага яқин жойлашган аъзо ва тўқималардаги рецепторларнинг таъсирланишидан

Аневризманинг секин ўсиши 20% ҳолатларда тез-тез оғриқлар билан кузатилади, кўкракдаги кучли оғриқ ёрилишдан олдин, баъзан ёрилиш вақтида кузатилади.

Аортанинг кўтарилувчи қисмининг аневризмаси одатда ўнгга ва юқорига ўтади, баъзан сезиларли пульсацияланади, ҳатто кўкрак қафасида 2-3 қовурғалар орасида кўринади. Баъзан ўнг бронхни қисиб қўйиб йўтал ва ҳансираш чақиради. Девори эрозияси кам миқдорда қон кетиш билан бирга кузатилади, қовурғалар ва кўкрак қафаси эрозияси кўкрак қафасида кучли оғриқни юзага келтиради.

Аорта ёйи атеросклеротик аневризмасида оғриқ синдроми босилиш натижасида юзага келадиган бошқа кўпгина симптомлар билан бирга келади:

- Трахеяни (қуруқ йўтал)
- Қизилўнгачни (дисфагия)
- Чап бронхни, чап қайтувчи нервни (овознинг бўғилиши)

Бундан ташқари биёвон артерияларида пульс фарқи, кўриш ўткирлигининг бузилиши ва ҳушдан кетишга мойиллик билан характерланувчи миёда ноадекват қон айланиши характерлидир.

КЎКРАК ҚАФАСИНИНГ БОШҚА АЪЗОЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ.

ЎПКА ВА ПЛЕВРА КАСАЛЛИКЛАРИ.

Ўткир бронхит – йўталганда кучаювчи қуйдирувчи оғриқлар кузатилиши мумкин. Бронхлар қўшилганда кўкрак қафаси ортида ва атрофида оғриқ кузатилади. Бронхлар шиллиқ қаватининг таъсирланишидан кузатиладиган оғриқ кўкрак қафасининг латерал томонида кузатилади. Трахея ва бронхларнинг афферент толалари адашган нерв таркибига киради, буни нерв кесилган томонда оғриқ йўқолишидан билиш мумкин. Кичик бронхларнинг шиллиқ қавати ва ўпка паренхимасида оғриқни сезувчи рецепторлар йўқ, шу сабабли уларнинг таъсирланиши ва қисилиши оғриқ чақирмайди. Йирик бронхлардаги ўсма оғриқ билан кечади, оғриқнинг энг юқори интенсивлиги кўкрак қафасида ўсма жойлашган проекцияда кузатилади.

Плеврал оғриқ кўп ҳолларда ўткир фибриноз плевритда кузатилади.

Ўпка инфарктида кўкрак қафасидаги оғриқ фақат патологик жараён висцерал плевра варағига ўтганда плевранинг рефаол яллиғланишида кузатилади.

Пневмотораксдаги оғриқ одатда чидаб бўлмас даражада бўлади.

Бронхиал рак ва ўпканинг бошқа ўсмаларида кўкрак қафасидаги оғриқ узлуксиз давомли бўлади (плевра инфильтрацияси билан боғлиқ).

Кўкрак қафасидаги доимий оғриқ плевранинг бирламчи ўсмасининг бегисидир.

КЎКС ОРАЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ

Перикарднинг ўткир яллиғланиш касаллиги, қизилўнгач тешилиши ва пневмомедиастинум ривожланиши чидаб бўлмас оғриқ билан кечади. Кўкс оралиғи ўсмалари узоқ вақт симптомсиз кечиши мумкин. Биринчи оғриқ ҳисси асорат билан боғлиқ ҳолда юзага келади, ўсма некрозланиб қўшни аъзони босиб қўйиши натижасида содир бўлади. Оғриқ интенсивлиги жараённинг тарқалганлигига боғлиқ. Ютинганда оғриқнинг бўлиши ўткир ва сурункали эзофагитнинг доимий белгисидир. Қизилўнгач пептик ярасида оғриқ ютинганда ва кекирганда кузатилади. Оғриқнинг овқатдан сўнг пайдо бўлиши катта қизилўнгач дивертикулига характерли. Кардиоспазм ва қизилўнгач ракидаги оғриқлар бўйинга, юқориги жағга ва орқага иррадиацияланади. Тез-тез такрорланувчи оғриқлар

қизилўнғач спазми туфайли кузатилиши мумкин, бунда оғриқлар дисфагия билан боғлиқ бўлади.

ДИАФРАГМА КАСАЛЛИКЛАРИ

Диафрагма чурралари – марказий қисмининг таъсирланиши, диафрагма юзасининг юқориги ва пастки, ўрта қисмининг таъсирланиши трапециясимон мушакнинг юқориги қисмида оғриқ кузатилади, латерал (ён, олдинги ва орқа) қисмлари таъсирланда эса эпигастрал соҳада, белда ёки қовурға ости соҳасида оғриқ кузатилади. Қизилўнғач диафрагмал қисми чуррасида 2 томонлама келиб чиқишга эга:

1. пептик эзофагит билан қўшилиб келганда
 2. чурра халтасига меъданинг кириб қолиши ва унинг функциясининг бузилиши, чурра халтасига кирган аъзоларнинг диафрагмал нервини таъсирланиши.
- Диафрагмал плеврит кўп ҳолларда пневмония ва перикардит билан қўшилиб келади.

Бу ҳолатда оғриқ елка устки қисмига ёки қовурға ости соҳасига кузатилади. Диафрагма абсцесидида оғриқ диафрагмал плевритидегидек бўлади.

Ремхемда синдроми – ошқозон – ичакнинг дам бўлиши, семириш туфайли диафрагма юқорига кўтарилиб қолади ва кардиалгия кузатилади. Оғриқ овқатдан сўнг агар бемор ётса кузатилади, юрганда ва турганда оғриқ йўқолади.

КЎКРАК ҚАФАСИ ДЕВОРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Қовурғалараро нервнинг зарарланиши: қамраб олувчи темирлатки – қовурғалар орасидаги оғриқнинг энг кўп сабаби ҳисобланади. Касалликни вируслар чақиради. I-II ёки 2-асимпатик ганглия ва улар билан боғлиқ бўлган периферик нервлар зарарланганда кучли куйдирувчи оғриқ кузатилади. Оғриқ пуфакчалар қуришидан 7-10 кун олдин бошланиб, улар йўқолгандан сўнг бир неча ой давом этади. Оғриқ сабаби қовурғалараро нервларни фиброз тўқима ёки тоғай билан таъсирланиши ёки жароҳатланишидир.

VIII-X жуфт қовурғаларнинг патологик силжиши. Йўталганда ёки кўкрак қафаси буралганда улар сиқилади ва кучли тешувчи оғриқ пайдо бўлади – сирпанувчи тоғай синдроми кузатилади.

ҚЎЛ ВА КЎКРАК ҚАФАСИ МУШАКЛАРИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ

Кўкрак қафаси мушакларида кузатиладиган оғриқ бўлинад:

- маҳаллий оғриқ, гематома ва травмада
- тарқоқ, (инфекцион касалликларда), трихинеллёз, фибромиозит
- ҳаммага таниш бўлган физик зўриқишдан кейинги оғриқ (кам шуғулланганларга)

Травма, шамоллаш, кам ҳолларда МИ сабабли елка камари мушак тўқимаси фибромиозит билан зарарланади. Оғриқ одатда бир томонлама бўлади. Баъзан фибромиозит бир томонлама ёки икки томонлама қовурғалараро мушакларга, бир вақтнинг ўзидида олдинги тишсимон катта ва кичик кўкрак мушакларига тарқалиши мумкин. Пайпаслаганда оғрикли, қаттиқ тугун пайпасланади. Ҳаракатланганда оғриқ кучаяди. Сурункали ҳолатларда қовурғаларнинг ҳаракати кузатилади.

Олдинги киприксимон мушак синдроми (скаленус синдром).

Олдинги ва ўрта киприксимон мушакларнинг юқориги учи ва қўшимча бўйин қовурғаси ёки нормал биринчи қовурға орасида томир- нерв чигалининг қисилиб қолиши натижасида кузатилади. Ҳолат бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин. Касаллик ўрта ёшда ўткир ёки аста - секин бошланади. Кўпроқ аёллар касалланади. Асосий шикоят бўйинда, елкада, елка буғимида, қўлларда, кўкрак қафасининг олдинги юзасида оғриқнинг бўлиши ҳосилдир. Кардиалгия икки томонлама ёки олдинги киприксимон мушакнинг чап томонлама синдромда кузатилади. Юракнинг тез уриши, юракнинг тўхташ ҳиссидан шикоят қилади ва улар бош айланиши, кўз олди қоронғилашиши, баъзан ҳушнинг йўқолиши билан бирга кузатилади. Диффуз бузилишларга мойил вегето-томир бузилишлар: умумий қалтираш, нафас олишнинг қийинлашиши, умумий ҳолсизлик, тери қопламанинг бирдан оқариши кузатилиши мумкин.

СУЯК ВА БЎҒИМ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Суяк илигининг касаллиги. Ўсмаларнинг суяк кўмигига метастази, суяк ички қисмидаги афферент толалар таъсирланмагунча оғриқсиз кечади. Миелома ёки лейкознинг турли босқичларидаги кўкрак қафасидаги тўмтоқ, ёмон локализацияланувчи оғриқлар шу билан тушунтирилади. Кўп ҳолларда оғриқ ҳисси умуман бўлмаганда ёмон сифатли ўсмаларни суяк кўмигига метастазини стернал пункция орқали аниқланади. Суяк синганда остеомиелитда суяк усти пардасининг таъсирланиши оғриқнинг яхши локализацияси билан бирга келади. Суяк усти пардаси ости гематомасида оғриқ қисқа вақтли бўлади.

Туберкулёзда, ЗАХМда, актиномикозда суякларда сурункали яллиғланиш бўлганда анамнези ва белгиларига қараб диагностика қилинади. Остеомаляция, остеопорозда суякларнинг диффуз зарарланиши кузатилади. Тугалланмаган остеогенез рентгенда осон аниқланади.

Бирламчи қовурға ўсмасида маҳаллий шиш кузатилади, метастазланган ўсма пайпаслаганда ҳам умумий кўрикда ҳам, рентгеноскопияда ҳам аниқланмайди. Қовурғаларнинг спонтан синиши бу метастазларнинг биринчи белгиси бўлиши мумкин.

Умurtка погонасининг бўйин қисми остеохондрозиди кўкрак қафасида оғриқ кузатилади. Остеофитлар ривожланиши билан умurtқалараро дискнинг ўсиб боровчи сиқилиши, базан умurtқалараро чурра ҳосил бўлиши кузатилади. Одатда ўрта ва катта ёшли кишилар касалланади. Бошида оғриқ бўйинда кузатилади, чурранинг шаклланиши ўткир оғриқ билан кузатилади, бошни ҳаракатлантирганда оғриқ кучаяди, елканинг ички юзасига, елка устига ва кўл бармоқларига тарқалади.

Увишиш, санчиқ ҳисси пайдо бўлади, ётганда оғриқ кучаяди. Характерли оғриқлар бўйинни тез, бир неча марта букиб, ёзганда кузатилади (Лермит симптоми).

Титце синдроми – қовурғалар тоғайининг оғриқли қалинлашиши (кўпроқ II ва IV қовурға)- юздаги тарқоқ оғриқ, 40 ёшдан катталарда кардиалгия билан бирга кузатилади. Патогенезида асептик яллиғланиш ётади.

ДОРИЛИ АНАФИЛАКТИК ШОК

Дори қабул қилгандан сўнг 3-30 мин дан сўнг пайдо бўлади. Клиник белгилари турли хил. Беморлар кўкрак қафасида оғриқ, бош айланиши, ҳаво етишмаслиги, кўриш ўткирлигининг пасайиши, бармоқлар, тил, лаб увишиши, қоринда, белда оғриқдан шикоят қилишди.

Кўкрак қафасидаги оғриқ юрак касалликлари билан боғлиқ бўлмаган (non-cardiac chest pain) асоратланган гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, кардиал оғриқ синдроми билан чуқур қиёсий ташхис ўтказилиб, адекват даво талаб қилади. Рефлюкс-эзофагитда оғриқ горизонтал ҳолатда кузатилади ва антацидлар қабул қилганда йўқолиши билан характерланади.

Лимфосаркома (ретикулосаркома) лимфогранулёматоздан клиникаси (умумий ҳолсизлик, кўкракда ёт жисм борлиги, оғриқ ҳисси, компрессион синдром) ва яшинсимон кечиши билан фарқланади. Нозологик ташхисни биопсия тасдиқлайди.

СПОНТАН ПНЕВМОТОРАКС

Кузги-баҳорги мавсумий кўзиш даврида туберкулёз касаллиги бор беморларда висцерал плевра бутунлиги бузилиб, плевра бўшлиғига эркин ҳаво тўпланиши, яъни спонтан пневмоторакс ривожланган беморлар тез ёрдам машинаси орқали кўп келтирилади. Плевра бўшлиғига ҳаво кўкрак қафаси бутунлиги бузилиши, ўпка зарарланиши, кўкрак қафаси ёки қорин бўшлиғи аъзоларидан (қизилўнғач, ошқозон, ичак) деворининг шикастланишидан кириши мумкин.

Спонтан пневмоторакс-ташқи таъсиротларсиз ўпка тўқимасининг бутунлиги бузулиши сабабли ўпкадаги ҳавонинг плевра бўшлиғига киришидир. «Спонтан пневмоторакс» терминини альтернатив травмадек биринчи марта 1803 йили А.Нард таклиф қилган, характерли симптомларини 1819 йили R.T.H. Laennec тўғри изоҳлаган. Клиник кечиши, диагностика ва даво тамойилларининг ўзига хослигига кўра специфик ва носпецифик

турлари фарқланади. Ўпка туберкулёзида пневмоторакс 15-20% беморларда кузатилади. Торакал хирургик патология билан госпитализация қилинган беморлар орасида носпецифик СП 10-12% ни ташкил этади. НСП билан йиллик касалланиш охириги ўн йиллик орасида 5:100000 ни ташкил этади, эркаклар аёлларга нисбатан 6 марта кўп касалланади. Кўпроқ 20-40 ёшли беморларда аниқланади, аммо ҳаётининг биринчи ойларида, ҳатто ўта кекса ёшда ҳам кузатилиши мумкин.

Ўпка-плеврал ўзгаришларнинг характериға қараб СП бирламчи ва иккиламчи турларға ажратиш қабул қлинган. Иккиламчи (симптоматик) СП ўпка кистаси, бактериал деструктив пульмонит, ўпканинг каверноз туберкулёзи, казеоз пневмония, муковисцидоз, ОИТС билан касалланганларда пневмоцистли пневмония, ўпка раки, эхинококкоз, кизилўнгачнинг спонтан ёрилиш асорати ҳисобланади. Бирламчи (идиопатик) СП анамнезида ҳеч қандай клиникали ўпка-плеврал патологияси бўлмаган беморларда кузатилади. «идиопатик СП» термини объектив қийинчиликлар билан ривожланиш сабаби аниқланиши билан боғлиқ, асосий касалликни аниқлашда одатий диагностик усуллардан фойдаланилади. Тан олиш керакки, СПни бундай фарқлаш шартлидир. СП албатта доим иккиламчи, чунки ўпка ёки плеврадаги патологик жараён асорати ҳисобланади. СП ривожланишининг морфологик субстрати бўлиб ўпканинг буллёз эмфиземаси (ЎБЭ) ҳисобланади. Хавфли омил бўлиб чекиш, ҳавонинг зарарланиши, ўпка инфекцияси, эркак жинс, баландга чиқиш, сувға шўнғиш, генетик омиллар ҳисобланади. Ўнг томонлама СП чап томонламаға нисбатан икки марта кўп кузатилади. Қонуниятға кўра икки томонлама пневмоторакс учрайди. Патологик ўзгарган ўпка тўқимасининг ёрилишиға ва ҳавонинг плевра бўшлиғиға киришиға олиб келувчи омил жисмоний зўриқиш, йўтал, сув остиға шўнғиш бўлиб ҳисобланади. Рецидивланувчи бронхоспазм ва бронхообструкция обтурацион ателектаз, пневмофиброз ва компенсатор эмфиземалар билан қўшилиб келади. Буларнинг фонида ўпка паренхимаси кортикал бўлими ва висцерал плеврада ишемиянинг ривожланиши буллёз трансформацияға олиб келади. Нафас олгандаги ҳаво туфайли компенсатор кенгайиб зўрикқан альвеолаларда юзаға келади. Шу билан бирға қўшни альвеолалар инфильтрацияланган ёки фиброзланган бўлади. Бу концепция ангиопульмонография ва бронхография маълумотларини тасдиқлайди. СП билан касалланган беморлар бронхларида яққол ривожланган терминал бронхиал ўтказувчанликнинг бузилганлиги, ўпка қон томирларида эса қон оқимининг секинлашганлиги кузатилади. Шу билан бирға ўпка «ёпинчиғи» соҳасида қон томир ва бронхларнинг функционал етишмовчилиги кузатилади. Бронхиал дренаж бузилганда коллатерал нафас механизми ишға тушади. Барча зарарланган бронхоальвеолар комплексларға кириб бориб, ўз функциясини амалға оширади. Бунда бўлақлар ичидаги газ алмашинувини ўпка бўлимларидаги бронхиолаларнинг спонтан қисқариши таъминлайди. Коллатерал нафаснинг амалға ошишида альвеолар тўқима аниқ ўпка ацинуслари ва бўлақларға бўлинмаган, ўпканинг чегара сегментлари соҳасида жойлашган «альвеолар тўқиманинг булутсимон комплекси» катта роль ўйнайди. Шундай соҳаларда альвеолар оғирлик, букилган узун бўлақлар бир сегментдан иккинчи сегментға ўтади. Альвеолар шохларнинг сурункали тутилиши, пневмосклероз фонида коллатерал аэрацияси буллёз ривожланишиға олиб келади. Бронх ва бронхоальвеолар шохда спазм ёки балғам тикилиши натижасида ўткир тутилиш коллатерал аэрациянинг кучайишиға олиб келади. Бунда альвеолаларнинг сезиларли кенгайишиға олиб келувчи циклнинг экспиратор бузилиши кузатилади, альвеолалараро тўсиқнинг ва альвеоланинг ёрилиши СП ривожланишиға олиб келади.

Баъзи беморларда СП нинг ривожланиш сабаби зардобда эластаза ингибиторлари концентрациясининг камайиши генетик таъминланганлиги билан боғлиқ. Антитрипсин-1 ўпка каркасининг бузилиши ва альвеолар йўлларнинг бирдан кенгайишиға олиб келади. Камдан - кам ҳолларда СП нинг ривожланишиға аутосом-доминант берилувчи туғма рецидивланувчи СП сабаб бўлади. Биринчи марта Sharpe I.K. et al (1980) оилавий СП нинг ривожланишини таъминловчи генни топишға ҳаракат қилган. Оилавий СП ривожланишиға алоқадор локуслар олтинчи хромосомада жойлашган. Аниқланишича антитрипсин-1нинг HLA-генотипланиши ва фенотипланиши патологик геннинг аниқ локализациясини аниқлашда муҳим ҳисобланади. Бу оилавий СП га мойил субъектларни аниқлашға, шу оила

вакиллари нинг оила кўришига амалий маслахатлар беришга ёрдам беради. Тез-тез рецидивланувчи СП катор ирсий ва генетик детерминациялашган бириктирувчи тўқиманинг системали дисплазияларида: антитрипсин-1 нинг туғма етишмовчилиги, Марфан синдроми, прогерия, Элерс-Данло синдроми, гистиоцитоз-Х ва б кузатилади. Буларга ўпканинг бирламчи эмфиземаси характерлидир. СП нинг рецидивланувчи кечишига менархиядан сўнг келиб чикувчи эндометриоз сабаб бўлади агар СП да ҳомиладорликда кузатилса ўпка лимфангиолейомиоматози ҳар ой такрорланиши мумкин.

СП да кузатиладиган патологик ўзгаришлар клиник манзараси қуйидагиларга асосланган: а) плевра бўшлиғидаги ҳаво миқдори ва интраплеврал компрессия даражасига; б) бронхо-плеврал алоқанинг характерига; в) ўпка коллапси даражасига. Пневмоторакс ва ўпканинг зарарланиши нафас ҳажмининг камайишига, резерв ҳаво ва максимал минутлик алмашинувнинг камайишига, ўпкада қон айланишнинг олдин тезлашиб, кейин секинлашувига, қон зарб ҳажмининг камайишига, марказий веноз босим ва кичик қон айланиш доирасида босимнинг ошишига, артериал қон оксигенациясининг пасайишига олиб келади. Бронхоплеврал фистуланинг ўлчами ва ўзига хослигига кўра очик, ёпиқ ва клапанли СП фарқланади. Плевра орасидаги ҳаво плеврани таъсирлантиришидан кучли оғриқ кузатилади, плевродез ўпканинг чўкишига олиб келади. Ўпка коллапси даражасига қараб кичик, ўрта, катта СП фарқланади. Кичик СП бу ўпканинг бирламчи ҳажми 1/3 қисмининг чўкиши, ўрта 1/2, катта 1/2 дан кўп ҳисобланади. Кўп функция бажарадиган ўпка тўқимасида коллапс альвеоляр гиповентиляция, артериал қонда кислород парциал босимининг камайиши, нафас қисиши ва респиратор ацидозга олиб келади. Ўпканинг катта коллапсида кўкс оралиғи аъзоларининг зарарланган томонга силжиши кузатилади, соғлом ўпканинг кенгайиши эса уни янада кучайтиради. Бу эса йирик қон томирлар ва юрак фаолиятига ёмон таъсир қилади. Зўриқишдаги СП да плевра ичи компрессиясининг ошиб бориши натижасида кўкс оралиғи аъзоларининг соғ томонга силжиши кузатилади. Шунда нафас ҳажми ва газ алмашинувида қарама-қарши томонда жойлашган ўпканинг иштироки камаяди. Кўп ҳолларда кўкс оралиғи ва кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарининг эмфиземаси ривожланади. СП да плевра бўшлиғидаги босим градиенти кўкс оралиғининг флотацияси билан веноз қоннинг қайтиши бузилади, юракнинг зарб ҳажми камаяди, марказий веноз босим ошади, артериал қоннинг оксигенацияси пасайиши билан ўпка гипертензияси кузатилади. Шундан келиб чиққан ҳолда оптимал даво тактикаси қўлланилади, бошланғич даври ўпка-юрак бузилишлари, оғриқ, ўпка коллапси ва кўкс оралиғи аъзоларининг силжиши, ўпка плеврал асоратлари даврида экссудатив плеврит, плевра эмпиемаси, бронхоплеврал ёки бронхоплеврал-тери оқмаси кузатилади. Ўпка-юрак бузилишларининг оғирлик даражаси бемор аҳволига мос келиши пневмоторакс ҳажми, плевра бўшлиғига ҳаво кириш тезлиги, клапанли механизм, кўкс оралиғининг дислокация даражаси, беморнинг ёши, ёндош касалликлари ва тиббий хизматнинг ўз вақтида кўрсатилганлиги билан аниқланади.

СП нинг ташхиси сўраб-суриштириш билан бошланади. Характерлиси шундаки, рецидивланувчи СП да кўпинча беморлар ўзига тўғри диагноз қўя олади. Кўкрак қафасининг зарарланган томонида бирдан пайдо бўлувчи оғриқ (75-80%) касалликнинг эрта белгиси ҳисобланади. Оғриқ интенсивлиги плевра бўшлиғига ҳавонинг кириш тезлиги ва ҳажмига, ундаги чандиқ жараёнининг ривожланганлигига боғлиқ. 3/4 қисм беморлар ривожланиш даражаси ўпка тўқимасининг чўкиш тезлиги билан боғлиқ бўлган ҳансирашга шикоят қилади. Ўпка ва юрак қон томир системасининг компенсатор ҳолати ўзгармаган бўлади. Фақат 20% беморларда плевра интерорецепторларининг таъсирланишидан юзага келадиган йўтал кузатилади. 2/3 ҳолларда йўтал қуруқ, 1/3 ҳолатларда балғамли бўлади. Бошқа шикоятлардан ҳолсизлик, бош оғриғи, юрак ўйнаши, қон туфлаш, эпигастрал соҳада оғриқ кузатилади, лекин улар доимий бўлмайди, шунинг учун патогномоник ҳисобланмайди. Физикал текширганда овоз дириллашининг сусайганлиги ёки йўқолганлиги, перкуссияда тимпаник товуш, аускультацияда нафас шовқинларининг сусайганлиги ёки йўқлиги кузатилади.

СП ни ташхислашда олдинги ўринни энг яхши усуллар (рентгенография, рентгеноскопия, чизикли томография, компьютер томография) эгаллайдики, улар ёрдамида қуйидагиларни аниқлаш мумкин: 1) пневмоторакс мавжудлигини аниқлаш, 2)

ривожланишининг патофизиологик механизмини аниқлаш, 3) келиб чиқиш сабабини аниқлаш. Рутинли рентгенография ва кўп ҳолатли рентгеноскопия қуйидаги икки масалани ечишга ёрдам беради: коллапс даражасини ва мавжуд бўлган плеврал кенгайиш, кўкс оралиғи аъзоларининг силжиши, плеврал бўшлиқда суюқликнинг мавжудлигини аниқлаш. Ҳозирги вақтда учинчи масалани ечишда кўп маълумот олиш мумкин бўлган, 95% ҳолларда ЎБЭ ни аниқлашда спецификлиги тўғри бўлган ноинвазив усул - компьютер томографияси (КТ) ҳисобланади. У ўпкада кистозли, буллёз, ўсмасимон ва метатуберкулёз ўзгаришларни қиёслашга ёрдам беради. Бундан ташқари КТ пневмоторакс томонидаги каби коллатерал ўпкада ҳам патологик субстратларни топишга ёрдам беради. Бу кўпроқ СП ни профилактикаси мақсадида ЎБЭ ни оператив даволашда кўрсатмани аниқлашда ёки иккала плеврал бўшлиққа бир вақтнинг ўзида аралашувлар бажаришга муҳим ҳисобланади. СП да бронхоплеврал оқмаларни аниқлашда 60-75% контрастли плеврография ўтказилади, соғлом ўпка тўқимаси ва буллёзни қиёслаш учун ангиопульмонография ўтказилади. Охирги вақтда СПни аниқлашда бемор учун хавфсиз бўлган, кўкрак қафаси, плеврани зарарланиш характерини аниқлашга имкон берадиган, гидропневмотораксни эрта ташхислашда, плеврал пункция жойини оптимал танлашда, касаллик кечишини динамикада кузатишда ультрасонографиядан фойдаланилмоқда. СПда туберкулёз ёки ўпканинг хавфли ўсмасига шубҳа бўлса фибробронхоскопия ўтказилади. У бронхообструкцияни профилактикаси ва давосида, балғамнинг реологик таркибини яхшилашда, адекват бронхиал дренажни тиклашда алмаштириб бўлмайдиган усулдир. Бундан ташқари, брохоальвеоляр лаважда бактериологик ва иммунологик текшириш учун материал йиғишда ишлатилади. СП га олиб келувчи патологик ўпка-плеврал алоқаларини механизмини аниқлаш мумкин бўлган, манометр билан плеврал бўшлиқни пункция қилиш ҳозиргача ўз қийматини йўқотмаган.

СП ни замонавий ва кўп маълумотни диагностик усули видеоторакоскопия (ВТС) ҳисобланади. Бу орқали СП нинг ривожланиш сабабини ўпканинг буллёз зарарланган қисмининг ҳажмини плевралараро чандиқ жараёнининг ривожланганлигини 91,5-95% беморларда ўпка коллапсини аниқлаш мумкин. ВТСда буллёз ва швартларнинг йиртилиш локализациясини доим ҳам аниқлаб бўлмайди. Бу уларнинг ҳажмини кичиклиги ёки ўз-ўзини герметизациялаши билан боғлиқ. Операция вақтида олиб ташланган булла гистологик текширилганда уларда микропорали деворларининг борлиги аниқланган, бу эса СП ривожланишини тушунтиради. Висцерал плеврага маҳаллий фибриннинг бўлиши ва плеврал бўшлиққа чўкиши булла перфорациясининг билвосита бегиси ҳисобланади. Даво тактикасини танлаш учун ВТСдаги визуал белгилар 4 типга ажратилади: I тип - визуал патологиянинг йўқлиги; II тип – ўпкада ўзгаришларсиз плевранинг қўшилиб ўсиши; III тип – 2 см гача бўлган субплеврал булла; IV тип – диаметри 2смгача бўлган субплеврал буллалар.

Этиологияси ва патогенези. Травматик, операцион, спонтан, сунъий пневмоторакс ажратилади. Спонтан пневмоторакс буллёз эмфизема ўчоқларининг ёрилиши, киста, пневмосклерозидан келиб чиқади. Ўпка туберкулёзи ўтган юз йилликда пневмоторакснинг асосий сабаби деб ҳисобланган бўлса ҳам фақат 10% ҳолатларда учрайди. Ўпка туберкулёзида СП туберкулёз жараёнининг прогрессияланганда, чегараланган специфик ўзгаришларда, казеоз пневмонияда, фиброз-каверноз жараёнида юзага келиши мумкин. Плеврадаги деструктив ўзгаришлар натижасида субплеврал жойлашган туберкулёз ўчоғи ёки кавернасини перфорацияси кузатилади.

Патогенезига боғлиқ ҳолда СП нинг учта клинико-рентгенологик варианты – очик, ёпиқ, клапанли ажратилади.

1. Очик пневмоторакс. Агар плеврал бўшлиқ ва альвеоляр бўшлиқ орасидаги висцерал плевра дефекти нафас кириб, чиқиши сақланган бўлса, бу очик пневмоторакс ривожланишига олиб келади, ўпка ўзининг эластиклигидан ҳаракатда чўқади, кўкс оралиғи аъзолари силжимади.
2. Ёпиқ пневмоторакс. Плевра бўшлиғи ва альвеоляр бўшлиқ орасидаги алоқа вақтинчалик мавжуд бўлиб, кейин тўхтади. Бу пневмоторакс ўзи тузалиши мумкин.
3. Агар висцерал плевра дефекти нафас олганда очилиб, нафас чиқарганда ёпилса клапанли пневмоторакс ривожланади. Бунда ҳар бир нафас олганда плевра

бўшлиғидаги ҳаво миқдори ортади. Плевра бўшлиғидаги босим ошади ва атмосфера босимига тенг бўлади ва мусбат бўлади. Босимнинг ошганлиги кўкс оралиғи аъзоларини соғ томонга силжити. Клапанли ПТ СПнинг бошқа турлари сингари беморнинг қоникарли ҳолатида кузатилади.

Симптомлари: СП клиникаси тўсатдан ён томонда оғриқнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Оғриқ нафас олганда, гапирганда, жисмоний ҳаракатда кучаяди. Оғриқ интенсив, давомли ва кўп ҳолларда шок ривожланиши билан бирга келади (бирдан оқариш, ҳолсизлик, совуқ тер, пульснинг секинлашиши, артериал босимнинг тушиши содир бўлади). Беморни ҳансираш ва қуруқ йўтал безовта қилади.

Тахикардия, цианоз, субфебриль ҳарорат пайдо бўлади. Беморлар ўтирган ҳолатни афзал кўради. Кўкрак қафасининг экскурсияси юзаки, шикастланган томон нафас актида орқада қолади ва кўпинча кенгайган бўлади. Овоз дириллаши йўқолади. Перкуссияда ривожланган тимпаник товуш, пневмоплеврит ривожланиши билан кўкрак қафасининг пастки қисмида зарарланган томонда тўмтоқ товуш эшитилади. Нафас бирдан секинлашади ёки йўқолади.

Карпиловский симптоми – юракнинг перкутор чегарасининг соғ томонга силжиши кузатилади. Пульс секинлашган, АД пасайган. Бу симптомларнинг кучайиши клапанли СП ни қўллайди. Ташхисни рентген текшируви тасдиқлайди, динамик текширганда аниқроқ бўлади. Кўкрак қафасининг олдинги обзор рентгенограммасида одатда қисилган ўпканинг ташқи чети аниқ кўринади, атрофи ва кўкрак қафаси орасида ўпка сурати йўқолган. Агар кўкрак қафасидаги босим ошса, кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга силжиши кузатилади.

Даволаш.

Госпитализациягача бўлган босқич. Беморга биринчи ёрдам кўрсатишда дастлаб орқани кўтариб турадиган ҳолда ўтқизиш керак, беморнинг бошини кўтариш, ойнани очиш, кийимларини ва белбоғини ечиш керак. Клапанли СП да плевра ичидаги босимни пасайтириш керак. Бунинг учун плеврал бўшлиқ пункция қилинади ва 500-600 мл дан кам бўлмаган ҳаво олинади. Аспирацион игна одатда ўрта ўмров чизигидан иккинчи қовурға оралиғидан киритилади. Баъзан пункциядан сўнг *Сельденгер* (ўмров *ости венаси* учун *катетр*) плеврал микродренаж киритилади. Унга вена ичи инфузияси учун система уланади ва трубка суюқлик орқали ўтадиган шарикли флаконга туширилади. Транспортировка вақтида флакон беморнинг белидан пастга ушланади.

Стационар шароитида аналгетиклар қилиниб, йўталга қарши препаратлар буюрилади. Плевра бўшлиғини эффектив дренажлашда сув тикинли клапан *Бюлауни* қўллаб суштўғрилаш ўтказилади, асосан ҳаво кўп миқдорда бўлганда (кўкрак қафасини троакар билан тешиб, трубкали дренаж ёрдамида плевра бўшлиғидан суюқлик ва ҳаво олинади). Плевра бўшлиғидаги ҳавони доимий ёки баъзан олишга қаратилган фаол усуллар сирасига *Гончарова ёки Лавринович-Каншино* асбоблари билан олиш киради. СП беморларга фаол дренажлашнинг оптимал жойи I. axillaris media дан IV-V қовурға оралиғида жойлашади. Ўпкани тўғрилагандан сўнг дефектни бекилиши ва плевра варақларини битмаслиги учун беморни камида 2-3 кун давомида фаол дренажлаш керак. Пневмоторакс сақланганда 5 суткадан кейин аспирацияни давом эттириш мақсадга мувофиқ эмас, чунки плевра бўшлиғининг инфицирланиш эҳтимоли ортади. Бундай ҳолатда висцерал плевра дефектини очик торакотомия ўтказиб тикиш керак. Хирургик усулга (5-15%) ўпка тўқимаси дефектини тикиш, кенгайган ва ҳаво билан тўлган пуфакларни кесиш, ўпка декортацияси ёки париетал плеврэктомия, ўпканинг зарарланган қисми резекцияси киради.

ЎПКАДАН ҚОН КЕТИШИДА БИРИНЧИ ТИББІЙ ЁРДАМ

Ҳозирги кунда бутун дунёда туберкулёз билан касалланиш ошди. Туберкулёзни даволашда сезиларли самарага эришилган бўлсада, деструктив ва ўтқир кечувчи турларида қон туфлаш ва қон кетиш билан асоратланиш тез-тез кузатилмоқда. Бу эса касалликнинг ўсишига, бемор психикасига таъсир кўрсатади, баъзан эса ўлим билан тугайди.

Ўпка касалликлари орасида ўпка туберкулёзи – геморрагик асоратларнинг энг кўп сабаби ҳисобланади (32-66,3%). Туберкулёз билан оғриган беморларнинг шифокорга мурожаат қилишининг ягона симптоми қон туфлаш ҳисобланади. Туберкулёз этиологияли

қон кетишининг кўплиги, қуйидаги сабаблар билан тушунтирилади: туберкулёз жараёнининг ўпкада тарқалганлиги, унинг сурункали кечиши, мавсумий қўзиши, ўпка деструкцияси ва унинг деворида грануляцион тўқиманинг ўсиши, перифокал яллиғланиш ва қон томирларнинг туберкулёз билан зарарланиши, химиотерапия характери.

Туберкулёз билан касалланган беморларда ўпкадан қон кетишни ўз вақтида ва тўғри даволаш учун бу асорат асосида қандай патогенетик ва функционал ўзгариш ётишини аниқлаш керак.

Қон кетиш, шу жумладан ўпкадан қон кетиш ҳам қон томирлар аррозияси ёки диапедезга боғлиқ.

Туберкулёзда ўпкадан қон кетиш классификацияси анатомик асосига кўра ажратилган, бу шартлидир. Клиник амалиётда кўпинча ўпкадан қон кетишининг кетган қон миқдorigа асосланган характеристикаси ишлатилади. Асосан қон кетиш бўлинади: кам - 100 мл, ўртача – 500 мл гача, кўп (профуз – 500 мл дан кўп.

Қон кетиш ва қон туфлаш бир марта ёки такрорий бўлиши мумкин. Шу сабабли рецидивланувчи қон кетиш ва қон туфлаш клиник жиҳатдан тасдиқланган.

Ўпкадан қон кетиш қон туфлаш ва қон кетишга бўлинади. Қон туфлаш асосида балғамда қоннинг кўп ёки камлигига айтилади. Шиллиқ балғам борлиги, қон билан аралашган ҳолда шуни такидлайдики, қон асосий ўпкадан ажралаётган субстрат эмаслигини, бу қоннинг шаклли элементларининг диапедези натижасидир-яллиғланиш жараёни ёки маҳаллий қон айланиши бузилиши натижасида капилляр деворларининг ўтказувчанлигини ошиб кетиши билан боғлиқ. Қон кетишини диапедез йўли қон ва капилляр деворини функционал ва хужайра-коллоид структурасининг шикастланиши билан тушунтирилади. Шундай қилиб қон кетиш томирнинг интакт девори орқалидир, бунда тробогеморрогик синдром ёки ДВС синдром киради.

Томир жароҳатисиз қон туфлаш сабаби ўпка туберкулёзида геморрагик диатезларнинг интоксикация натижасида пайдо бўлишидир. Бу аллергик-яллиғланиш ёки эрта қон кетишлар улар сабаби туберкулёз натижасидаги яллиғланишдир. Бу қон туфлашни ўпкадан қон кетиш билан фарқлаш керак, чунки улар томир аррозияси билан боғлиқ.

Эрта қон туфлаш янги ўчоқли туберкулёз шаклида 15%, инфильтративда 29% учрайди. Улар жараён фаоллигидан далолат беради, камдан- кам ҳолларда аспирация ва ателектаз билан асоратланади ва хирургик даво учун кўрсатма бўла олмайди. Бундай қон туфлаш шаклида этиотроп ва патогенетик даво чораларини кўриш, аллергик-яллиғланиш жараёнларини камайтирувчи, шу қаторда томир девор ўтказувчанлигини ва қўзғатувчини ҳаёт фаолиятига тўскинлик қилувчи чораларни кўришни талаб қилади.

Айрим ҳолларда қон кетишни сабаби туберкулёз бўлган беморларда бир вақтнинг ўзида кичик томирларнинг деструкцияси билан, асосан веналарда перифокал яллиғланиш гипергик типда жараён кечишига боғлиқ. Бу қўшма жароҳатланишдан далолат беради: битта зонада қон кетишни рег гехин ва рег diapadesin бўлишидир.

Қон кетиш рег гехин қон томир деворини тўғридан - тўғри жароҳатланиши натижаси, анатомик тўлиқлигининг бузилиши натижаси, казеоз ёки йирингли бўлганда томир жароҳатланиши, аневризма ёки варикоз тугун узилишида кузатилади. Улар кўпинча (50-72% ҳолларда) каверноз, фиброз-каверноз ва цирротик туберкулёз шаклида бўлади. Клиник формалар ичида биринчи ўринда фиброз-каверноз туберкулёз туради.

Даврий қон туфлаш бронхлар жароҳатланганда, кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзида мумкин. Қон туфлаш сабаби бу ҳолларда аррозия, шиллиқ қават кичик яралари ва бронх девори перфорацияси бўлади. Казеоз лимфа тугуни бронхга ва трахеяга ёрилиши ва бир вақтнинг ўзида томир аррозияси билан летал қон йўқотишга олиб келиши мумкин. Охириги йилларда туберкулёз билан касал беморлар ҳаётининг узайиши натижасида ўпкада оператив манипуляциялари, узок химиотерапия ишлатилиши летал қон йўқотиш ҳолатларига олиб келади. Бу шуни кўрсатадики, қалтис беморлар гуруҳи ёки қон кетиш асорати бўлиши мумкин, беморларга фиброз – каверноз ва цирротик туберкулёз шакллари дидир.

Катастрофик ўпкадан қон йўқотиш рецидивланувчи геморрагик синдром билан бирга $\frac{3}{4}$ беморларда пайдо бўлади. Туберкулёз билан касалланган беморларга ўз вақтида ва эффектив ёрдам

геморрагик кўриниш билан кечувчи, фтизиатриянинг олдида қўйилган мақсадлардан бўлиб ўзига эътиборни тортади.

Охириги йилларда геморрагик асоратлар сонининг туберкулёз беморларида гемокоагуляция жараёнларининг бузилиши билан боғлайди. Гемостаз ҳолати туберкулёзда ҳозирги пайтда яхши ўрганилган. Қондаги фибриноген миқдори туберкулёзда ошади, ошиш сабаби жараёни сурункали кечиши билан боғлиқ. Янги деструктив локал шаклларда фибриноген миқдори қонда нисбатан кўпайган. Бу организмни ҳимоя реакцияси ҳисобланади, яллиғланган ўчоқни ўпкани соғ тўқимасидан чегаралашга қаратилган жараёндир.

Қон лахтасининг шаклланиш жараёни бузилмаган, 1 ва 2 ивиш фазаларида ўзгаришлар кузатилмади, лекин туберкулёзда қон лахтаси сифати ўзгаради. Нормада фибрин лахтаси қаттиқ бўлади, эластик, мочевинода эримайдиган хусусиятга эга. Фибринни бу хусусиятлари ФСФ (Фибринстабилловчи омил) ҳисобига бўлади. ФСФ молекулалараро боғни кучайтиради, фибрин молекуларида, молекулалараро гуруҳлаштириш бажариб, шунинг натижасида фибрин лахтаси тўлиқ шаклланади. Туберкулёзда эса ФСФ фаоллиги пасаяди, асосан тарқалган, ўтказиб юборилган, деструктив туберкулёзли беморларда учрайди. Шундай қилиб туберкулёзда қон лахталари тез ҳосил бўлади, лекин турғун эмас, сийрак ва тез лизисга учрайди, у ўз навбатида қон кетишга хавф туғдиради ҳамда рецидивга олиб келади.

ФСФ фаоллиги пасайишидан ташқари, туберкулёзда гепарин алмашинувида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Туберкулёз бўлган беморларда қонни гепарин фаоллиги, гепарин миқдори (2-4 ЕД/мл нормада эса 7-9 ЕД/мл) ҳамда антитромбин 3 пасаяди.

Кўзга кўринадиган ўзгаришлар туберкулёзда фибринолиз системасида ҳам кузатилади. Беморларда умумий ва локал фибринолиз ошган: қоннинг фибринолитик фаоллиги ошган 200-400мм гача, нормада 75-80мм, балғам фибринолизи эса 1000-1200мм гача нормада 0.

Туберкулёз бўлган беморлар қонида плазминоген ва фаол плазмин миқдори ошган бўлади, шу вақт ичида уларнинг антагонистлари-антиплазмин камайган бўлади. Бундан ташқари фибриноген – гепарин комплекси фаол фибринолитик таъсирга эга. Шундай қилиб 2 хил фибринолиз мавжуд: ферментатив ва ноферментатив.

Бундан ташқари туберкулёзда ўпка тўқимасида **оксил** парчаланиши кузатилади ва хужайра структураларини ҳалок бўлиши натижасида литик ферментлар фаоллиги ошади. Улар ўз хусусиятини системали циркуляцияда ёки локал намоён этиши мумкин. Бунга далолат бўлиб жароҳат ўчоғида ўпка тўқима фибринолизини ва балғам фибринолитик хусусиятининг фаоллигидир, асосан перикавитар зонада кўпроқ кузатилади. Туберкулёз бактериялари ҳаёти давомийлигида фибринни лизисга учратиш хусусиятига эга, таъсири бўйича профаолатор ва фаолатор плазминогенга ўхшаш модда ажратади. Микобактерияларни бу хусусияти яхши ўрганилган. Бу хусусиятларни намоён бўлиши асосан туберкулёзнинг ўткир тарқалган формаларда ва хрониклашган деструктив формада фаол фазада кузатилади. Кўрсаткичларнинг тез ўзгариши беморларда қон кетишидан олдин кузатилади. Қон туфлаш ва қон кетишни прогнозлаш ва давомийлигини айтиб бўлмайди. Шунинг учун қон туфлаш аломатлари пайдо бўлса беморни стационарга госпитализация қилинади.

Стационарда беморда диагностик текширув ўпкадан қон кетишининг сабабини аниқлашга қаратилади. Клиник текширувлар шуни кўрсатадики, қон туфлаш сабаби кўпинча милклар, бурун қисми, халқум, қизилўнгач, ошқозон ҳисобланади, булардан кейин қон халқумнинг бурун қисмидан чиқади, тез ивийди, йўтал билан боғлиқ эмас ва қусиш пайтида чиқади.

Ўпкадан қон кетганда эса томоқ қичиши, бўғилиш ҳисси, кўкрак қафасида оғриқ, нафас сиқиши, йўтал, оғиздан кўпиксимон ва қон ажралиши билан кечади. Ўпкадан профуз қон кетишлар бош айланиши, оқариш, тахикардия, АД тушиши билан кечади, агар беморга ёрдам кўрсатилмаса ҳалок бўлади. Бемор асфиксиядан ҳалок бўлиши мумкин, чунки нафас йўллари қон билан тўлади. Бемор кўрилганда ўпканинг пастки қисмида қон кетган томонда майда пуфакчали хириллашлар эшитилади, рентгенда эса ателектаз ёки аспирацион пневмония кўрилади.

Ўпкадан қон кетишини ва қон туфлашни чақирувчи омилларга физик ҳолатлар ва психик ҳолат киради, у ўз навбатида кичик қон айланиш доирасида гипертензияга олиб келиши натижасида ўпкани жароҳатлайди, жароҳатланган қон томир деворининг бутунлиги бузилади. Туберкулёз бўлган беморларда ўпкадан қон кетиши ва қон туфлашда қон лахтасини ҳосил бўлиш механизмини билган

холда, уларни тўхтатиш учун фақат коагулянтларгина эмас, балки фибринолиз ингибиторларини бериш керак.

Қон ивиш физиологик жараёнини ҳисобга олмасдан коагулянтларни гемостатик сифатида буюриш, ўпка туберкулёзини геморрагик патогенезини ва коагулянтлар фармакологиясини тўлиқ ўрганмасдан буюриш мумкин эмас. Қон ивиш физиологиясидан маълумки гемокоагуляцияга жавобан ивишга қарши звено фаоллашади. Кенг тарқалган қон тухтатувчи препаратлар қоннинг прокоагулянт фаоллигига таъсир этади. Лекин кальций хлор кўплиги ивишни секинлаштиради. Викасол вена ичига юборилганда 5-6 соат таъсир қилади, мушак ичига 18 соат, перорал эса 24-36 соат кейин беморга тез ёрдам кўрсатилмайди.

Агар туберкулёз бўлган беморда қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиш бошланса қуйидаги чоралар кўрилади. 1-чи суткада қон йўқотиш 500-1000 мл, шу пайтда беморда плазма фибринолизи ошган бўлади, ётоқ режими буюрилади. Қўл ва оёқ проксимал қисмига 30-40 мин жгут кўйилади. Вена ичига 5% аминокөпрон кислотаси (АКК) юборилади.

Трасилол тавсия этилади, уни тез юбориш мумкин, ўпкадан профуз қон кетишда ёрдамни тезлаштиради. Бундан ташқари трасилол ферментатив, ноферментатив фибринолизни сусайтиради. Фибринолиз ингибиторларини вена ичига юборилгандан кейин 1-2 соат ўтгач АКК ни перорал 5 г дан суткага 4-6 марта буюрилади. 1 – суткада умумий 20-30 г АКК буюрилади.

Кичик қон айланиш доираси томирларида босимни камайтириш учун ганглиоблокатор препаратларини буюриш керак: 1,5% ганглерон 1-2 мл тери остига, 5% пентамин 1-2 мл тери остига, бензогексоний 0,1 г перорал 3-6 марта кунига 2-3 кун. Бу дори воситаларини кам дозадан бемор горизонтал ётоқ режимида юборилади, инъекциядан 2 соат кейин АД назорат остида бўлади.

Капиллярлар деворининг ўтказувчанлигини камайтириш мақсадида ва десенсибилловчи эффект олиш учун вена ичига 10 мл 10% калций хлор, пиполфен ёки димедрол тери остига ёки перорал ва 3-5 мл 5% аскарбин кислота мушак ичига ёки 0,1г перорал 3-5 марта суткасига киритилади. Қўшимча 0,025% адроксон 1 мл мушак ичига ёки 1-4 маҳал кунига тери остига юборилади.

Юқоридаги муолажалар самара бермаганида пневмоперитонеум ёки сунъий пневмоторакс кўйиш, хирургик аралашув эҳтимоллиги бўлганда беморни хирургик бўлимга ўтказилади.

Беморга кодеин ва наркотик препаратлар буюриш мумкин эмас: чунки улар йўтал рефлексини сусайтиради ва нафас марказига тасир этади, у ўз навбатида қон лахталарини ва балғамни туриб қолишига ва аспирацион пневмонияга олиб келади.

2 - чи суткада қон кетиш бошланганидан қўшимча вена ичига томчилаб фибринолиз ингибиторларини юбориш ва АКК дозасини ушлаб туриш керак бўлади.

Агар беморда бир вақтда қайта 500 мл қон кетса натив, куруқ ва янги музлатилган плазма, криопреципитат қуйишга кўрсатма бўлади. Плазма таркибида антитромбин III бор, у тромбгеморрагик синдром олдини олади. Қон ҳажмини тўлдириш учун юқори коллоид - осмотик фаоллигига эга эритма қуйиш керак(полиглюкин, реополиглюкин, желатинол, полифер ва альбумин).

Гематологик кўрсаткични текшириш: гемоглобин кўрсаткичи, эритроцитлар сони кам бўлса эритроцитар масса юборишлозим. Ганглиоблокаторларни, десенсибилловчи препаратларни, аскорбин кислотасини, сульфаниламид, нитрофуран препаратларини давом эттириш тавсия этилади.

3 суткада қон кетиш бошланишидан гемостатик терапия давом эттирилади. Беморда 3-5 суткада даврий қон туфлаш бўлади. Гипостатик пневмониянинг олдини олиш учун ярим ётоқ режими буюрилади. АКК дозаси 15 гр суткага камайтирилади. Шу вақтда десенсибилловчи, витамин ва яллиғланишга қарши терапия ўтказилади, ганглиоблокаторлар тўхтатилади.

Кейинчалик 5-7 суткада қон кетиш бошланганидан АКК 15 гр суткасига давом эттирилади. Вақт ўтгандан кейин ўпкада носпецифик яллиғланиш реакциясида яллиғланишга қарши терапия тўхтатилади ва специфик антибактериал терапия давом эттирилади.

Завмонавий гемостатик терапия жуда эффектив ва қон туфлаш ёки ўпкадан қон кетганда 95-99% беморларда тўхтатишга ёрдам беради. Мусбат кўрсаткичлар йўқлигида пневмоторакс ёки пневмоперитонеум ишлатилиши тўғрисида савол қўйилади. Шунинг учун ўпкадан қон кетганда ва қон туфлаганда тўхтамаса ўпка резекциясига кўрсатма ҳисобланади. Агар муолажа совуқ даврда ўтказилса, вақтинча қон тўхтаган пайтда кўрсаткич яхши бўлади.

Шундай қилиб, геморрагик асорат ривожланишига олиб келувчи омиллар кўп.

Туберкулёз бўлган беморларда қон кетганда бошқа муолажалар билан бирга фибринолиз ингибиторларини буюрилиши катта аҳамиятга эга, патогенетик чора сифатида қўлланилади.

Туберкулёзнинг деструктив формаларида қон кетиш профилактикасини беморларда контрикал ингаляциялари 2500-5000 ЕД дозаси билан ўтказилади ҳамда иммуномодуляторлар буюрилади, чунки гемостаз системаси хужайравий ва гуморал иммунитет билан тўғридан - тўғри боғлиқ. Курс 5-10 ингаляцияни ташкил этади. Бу ўз навбатида беморларни госпитализациясини икки марта камайтиради (17,1% дан 2,5% га қон кетишдан ҳалок бўлиш сони камаяди).

Ушбу машғулотда қўлланиладиган янги технологик усуллар: “Уч босқичли интервью”, “Ургимчак тури” усуллари.

“Уч босқичли интервью” усул

Босқичлар:

Барча талабалар 3 гуруҳга бўлинади:

- биринчи гуруҳ талабалари – беморлар;
- иккинчи гуруҳ талабалари – врачлар;
- учинчи гуруҳ талабалари – экспертлар.

Хар бир гуруҳ учта талабадан иборат бўлиб, қуйидаги ролларни ижро этишади: «врач», «бемор», «эксперт – умумий амалиёт шифокори».

«Беморга» аноним равишда диагноз айтилади, хар бир гуруҳ 10-15 дақиқа давомида муҳокама қилинади. «Эксперт» - ҳам “врач” ҳаракатларини, ҳам “бемор” ҳаракатларини баҳолайди ва қуйидаги жадвалга киритади:

- қайси ҳаракат тўғри бажарилган;
- қайси ҳаракат нотўғри бажарилган;
- қандай қилиши керак эди.

Врач – сўраб-суриштириш усули орқали шикоятлари, анамнезини йиғиши; беморни кўздан кечириши, пальпация, перкуссия, аускультация қилиши керак. Йиғилган маълумотларга асосланиб, тўғри ташхис қўйиши, қиёсий ташхишлаш ва якуний ташхисни асослай олиши керак.

Шунингдек, врач касалликнинг ҳаётдаги ижтимоий томонлари, овқатланишни аҳамияти ва узоқ муддат даволаниши ҳақида маълумотлар бериши керак.

Эксперт консультация картасида ўтказилган муҳокама босқичлари ва вақтни қайд этади.

Эксперт ишни тугатгандан сўнг ўтказилган муҳокамани баҳолайди. Хулоса гуруҳ олдида эълон қилинади.

Бемор 25 ёшда. 6 ой аввал фарзандли бўлган. Шикоятлари: тана ҳароратининг 39⁰С га ошиши, ҳолсизлик, тинч ҳолдаги хансираш, балғамли йутал, қон туфлаш, кечкурунлари терлашга. Анамнезидан: ёшлигида туберкулёз билан зарарланган, диспансер кўригидан олинган.

Объектив: рангпар, тери қопламаси нам, орик. НОС 28-30та бир дақиқада. Кўкрак қафаси ўнг томони нафас актида орқада қолмоқда. Перкуссияда ўнг

ўпканинг кураклар соҳасида, олдида 3-қовурғача ўпка товушининг тўмтоқлашиши, аускультацияда шу соҳаларда ҳар хил калибрдаги нам хириллашлар. Тахикардия, пульс 110 та бир дақиқада.

Рентгенограммада: ўпка илдизида петрификатлар, ўнг ўпканинг юқорки 1/3 қисмида ногомоген, ўрта интенсивликдаги, пастки чегараси аниқ, 3см гача ёруғланиш соҳалари бўлган сояланиш аниқланмода, пастрокда илдиз олди соҳасида оз мидорда чегаралари ноаниқ интенсив ўчоқли соялар аниқланмоқда.

Умумий қон таҳлилида: Нв-74 г/л, Лейк.-11500, ЭЧТ-44 мм/с. Балғам таҳлилида БК(+).

2ТБ даги Манту синамаси папула 24мм.

1. Сизнинг ташхисингиз?
2. Текшириш режасини тузинг?
3. Қайси касалликлар билан таққослама ташхис ўтказиш керак?
4. Даволаш режасини тузинг.

№	Жавоб	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1	Асос: Ўнг ўпканинг юқори бўлагининг яллиғланган сили (лобит типиди) парчаланиш ва тарқалиш даврида. БК(+) Асорати: Ўпкадан қон кетиш	30	20-30	5-19	0-4
2	Балғамни туберкулёз таёқчасига бактериоскопик ва бактериологик текшириш. Умумий қон ва сийдик таҳлили. Динамикада Манту синамаси 2 ТБ билан. Динамикада рентгентомографик текширув.	30	20-30	5-19	0-4
3	Носпецифик пневмония Ўпканинг парчаланувчи ўсмаси Замбуруғ этиологияли пневмония Абсцессланувчи пневмония	20	10-20	5-9	0-4
4	Силга қарши комплекс терапия: 5 АБП билан (кўтара олишни инобатга олиб) + патогенетик + симптоматик терапия.	20	10-20	5-9	0-4

«Ўргимчак тўри» усули

Ўргимчак тўри усули талабалар дарснинг теоритик қисмини муҳокама қилиб бўлганларидан сўнг, ип ўрамини бир*бирларига узатган ҳолда (натижада ўргимчак тўри ҳосил бўлади) ўзлари мустақил тайёрлаган саволларга ўзлари жавоб беришга асосланган. Берилган савол ва жавобларнинг тўғрилигини ўқитувчи томонидан назорат қилинади.

Қадамлар:

11. **Ўтилган** мавзу бўйича талабалар саволлар тайёрлашига вақт берилади.
12. **Қатнашувчилар** айлана бўлиб ўтирадилар.
13. **Қатнашувчилардан** бирига ип ўрами берилади ва у ўзи тайёрлаган саволини беради (берилган саволнинг тўлиқ жавобини ўзи билиши керак), ипнинг бир учини ушлаган ҳолда ип ўрамини хоҳлаган қатнашчига узатади.
14. **Ўрамни** олган талаба берилган саволга жавоб беради (бунда савол берган қатнашувчи жавобни шарҳлаб боради) ва у ҳам савол беради ҳамда эстафетани бошқа қатнашувчи давом эттиради. Барча қатнашувчилар ўргимчак тўрига тушмагунча савол жавоб давом эттирилади.
15. **Талабалар** савол бериб бўлгандан сўнг, ўрам ушлаб турган талаба, охирги савол берган қатнашувчига ўрамни қайтариб беради ва савол беради, бу жараён то ўрамни тўлиқ ўраб олгунча давом эттирилади.

Амалий машғулот №16:

Мавзу номи: БССТ кўрсатмасига асосан туберкулёз касаллигини аниқлашнинг ташкиллаштириш. ДОТС стратегиясига асосан туберкулёз таснифи ва даволаш. ДОТС стратегиясига асосан даво натижаси мониторинги ва баҳолаш. Силга қарши курашишда УДМнинг ўрни.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони 9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2.БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари.
	3. ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари.
	4.Силга қарши курашишда УДМ ўрни. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотни мақсади	Таълимий:талабаларга БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари, силга қарши курашишда УДМ ўрни тўғрисида маълумот бериш. Даволаш ва тек шириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари, силга қарши курашишда УДМ ўрни тўғрисида маълумот бериш, қиёсий ташхислашни аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етишишига эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	БЖССТ силни эрта аниқлаш тамойиллари, усуллари ДОТС стратегияси асосида туберкулёз таснифи ва даволаш усуллари, силга қарши курашишда УДМ ўрни тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, таркатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид дори препаратлар..
Таълим бериш шароити	Методик жиҳатдан жиҳозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозаллигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш

	тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	
Ўқув машғулотиغا кириш 40 дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми таҳлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 50дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намоиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 35 дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 35 дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 30дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар таҳлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 30дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вази фа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлил(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

-Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касаллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касаллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.

- Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилинини ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.

-ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.

-Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.

- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.***Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:***

-Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.

-Клиник ва биохимик таҳлиллар интерпретацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.

-Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.

- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.
- Туберкулезга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулез ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билимини баҳолаш учун саволлар

1. ДOTS стратегияси бўйича туберкулезни аниқлаш ташқилоти ҳақида тушунча беринг?
2. ДOTS стратегияси бўйича беморларнинг категорияси ва типларининг таснифини айтинг?
3. ДOTS стратегияси бўйича туберкулез билан касалланганларни даволаш босқичларини айтинг?
4. ДOTS стратегияси бўйича препаратларни комбинация ҳолида қўллаш усулларини айтинг?
5. Беморларни консультация қилиш хусусиятларини айтинг?
6. ДOTS стратегияси бўйича даволаш фонида юзага келувчи асоратларни айтинг?
7. ДOTS стратегияси бўйича беморлар терапевтик категорияларини курсатинг.
8. ДOTS стратегияси бўйича беморларни даволаш қандай босқичларда олиб борилади?
9. Кувватловчи фазада препаратлар қандай қабул қилинади?
10. Туберкулезга қарши препаратларни қўтара олмаганда қандай белгиланади?
11. Амбулатор даволанишни ўтказишга ким маъсул ҳисобланади?
12. Интенсив ва кувватловчи даволаш фазаларида қандай препаратлар қўлланилади?
13. ДOTS стратегияси бўйича интенсив ва кувватловчи даволаш фазалари муддатларини айтинг.
14. Алоҳида ҳолатларда (хомиладорлик, ОИВ в ах.к.) қандай даво ўтказилади?

Туберкулезни DOTS стратегияси бўйича аниқлашни ташкиллаштириш

DOTS (Directly Observed Treatment Short) туберкулез касаллигига қарши илмий ёндошилган стратегия ҳисобланади, юқори касаллик кўрсаткичига эга бўлган давлатлар учун Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташқилоти томонидан тавсия этилган. Унинг асосий вазифаси туберкулезни аҳолии орасида тарқалишини пасайтириш ва у орқали келиб чиқадиган иқтисодий- ижтимоий талофатларнинг олдини олиш ҳисобланади.

DOTS стратегиясининг асосий элементлари:

1. Тиббий ёрдамга мурожаат қилган беморлардан туберкулезни аниқлаш мақсадида балғамни микроскопик текшириш.
2. Препаратларни қабул қилишни назорат қилган ҳолда стандарт қисқа муддатли химиотерапия.
3. Туберкулезга қарши препаратларни доимий етказиб бериш.
4. Барча туберкулезга қарши хизмат бўғинларида даволаш мониторинги ва олиб борилаётган ишлар назоратини амалга ошириш.
5. Дастурнинг давлат томонидан қўллаб-қувватланиши.

DOTS стратегиясининг асосий мақсадлари қуйидагилар ҳисобланади:

- Балғам суртмаси мусбат бўлган беморларни камида 70% ини аниқлаш;
- Бирламчи аниқланган туберкулез билан касалланган мусбат суртмали беморларда камида 85%ли даволанишга эришиш;

Туберкулезни аниқлашни DOTS стратегияси бўйича ташкиллаштириш.

Диагностиканинг асосий мақсади фаол ҳолатларни клиник кўриниши бор беморларни аниқлаш ҳисобланади.

Қўйилган туберкулез диагнози ва бемор регистрацияси маҳаллий туберкулезга қарши муассасада ўтказилади.

Туберкулезни 4 кўрсаткичи асосида тасниф қилинади:

- ўчоқ локализацияси

- касаллик оғирлиги
- балғам суртмасининг бактериоскопик натижаси
- илгари туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлиги

Бактерия ажратувчи ўпка туберкулези

Бу: кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида камида 2 марта аниқланган бемор;
ёки: кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида 1 марта аниқланган ва ўпка туберкулезига хос рентгенологик ўзгаришлари бор бемор; бундай ҳолатда даволовчи врач (фтизиатр) беморда тўлиқ курсли туберкулёзга қарши химиотерапия ўтказишни ҳал қилади;
ёки: кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида 1 марта аниқланган ва культурал M.Tuberculosis тасдиқланган бемор.

Ўпка туберкулези билан касалланган бактерия ажратувчи беморлар катталар орасида умумий касалларнинг камида 65%ини, умумий касаллар орасида эса камида 50%ини ташкил қилиши керак.

Бактерия ажратмайдиган ўпка туберкулези

Бу: қуйидаги мезонларга эга бемор:

- кислотага чидамли бактерияларни аниқлаш мақсадида балғам микроскопияси ўтказилганда (текширилганда камида 2 ҳафталик интервал бўлиши керак) икки марта манфий натижа берган;
- ўпка туберкулезига хос бўлган рентгенологик ўзгаришлар ва кенг спектрда таъсир этувчи антибиотиклар билан даволаниш курси ўтилганда ижобий натижа кузатилмаган;
- фтизиатр беморда тўлиқ курсли туберкулёзга қарши химиотерапия ўтказишни ҳал қилади;

ёки: қуйидаги мезонларга эга бўлган бемор:

- оғир касаллиги мавжуд;
- кислотага чидамли бактерияларни балғам суртмасида текширилганда камида 2 марта манфий натижалар;
- ўпка туберкулезининг тарқоқ шаклига (интерстициал ёки милиар) хос рентгенологик ўзгаришлар бор бўлган;
- фтизиатр беморда тўлиқ курсли туберкулёзга қарши химиотерапия ўтказишни ҳал қилади;

ёки: балғам бактериоскопияси натижалари манфий бўлган, лекин кейинчалик бошланғич балғам намунасини культурал текширишда мусбат натижалар олинган бемор.

4. Илгари даволанганлар: узилишдан кейинги даво, мувофақиятсиз даво, рецидив.

Туберкулёз таснифида шуни билиш керакки, бемор келишидан олдин туберкулёзга қарши терапия ўтказилганлигини, бу қуйидаги масалаларни ҳал қилиш учун керак:

- Эпидемиологик мониторинг
- Препаратларга нисбатан турғун беморларни идентификацияси ва даволаш режаси.

Туберкулёз ҳолати таснифи (бемор типини аниқлаш).

Диагноз қўйилгандан кейин ҳар бир беморга карта очилади (ТБ 01) ва регистрация қилинади. Туберкулёзни регистрация журнали туманда (ТБ 03) қуйидаги схема бўйича олиб борилади:

1.Биринчи марта аниқланган беморлар, буларга қуйидагилар киради:

- Туберкулёз билан касал деб ҳисобланган беморлар
- Биринчи ой давомида туберкулёзга қарши препарат қабул қилганлар, лекин туберкулёз бўлмаган беморлар

2. Рецидив.

Беморлар олдин даволанишган, регистрацияда соғлом деб ёзилган, фақат бактериоскопик балғам текшируви мусбат чиққан беморлар.

3. Кечиши ёмон.

- Янги ўпка туберкулёзи ҳолати, суртма бешинчи даволаниш ойида мусбат, даволанишдан олдин суртма манфий бўлган, икки ой химиотерапиядан кейин мусбат бўлган бемор.

4. Режим бузилганидан кейин даволаниш.

Даволанишни икки ойдан кейин қайта бошлаган беморлар ва даволаниш пайтида балғам суртмаси манфий ёки мусбат бўлган беморлар.

Бемор икки ой олдин регистрация қилинган, лекин даволанмаган ва кейинги мурожаат даврида балғам суртмаси манфий ёки мусбат бўлган беморлар.

5. Ўтказилганлар.

Бир тумандан бошқа туманга ўтказилган беморлар, ўзлари билан бирга бўлади:

- карта нусхаси ТБ 01

- касаллик тарихидан кўчирма.

6. Бошқалар

- Оғир беморлар, клиник ҳолати туберкулёзни инкор этолмайдиганлар, бактериоскопик текширув ва рентгенологик текширув ўтказила олмайдиганлар.

- Туберкулёз билан қайта касалланган, балғам суртмаси манфий беморлар.

- Туберкулёз билан қайта касалланган, илгарикандай туберкулёз билан касалланган бўлишидан қатъий назар ўпкадан ташқари шакли.

- Тартибсиз даволанган шахслар, кўчиб келганлар, (шунингдек, қамоқхонадан озод бўлганлар) ва айни вақтда балғам суртмаси мусбат ёки манфий бўлганлар ҳамда (фтизиатр ва рентгенолог хулосасига асосан) химиотерапияга муҳтожлар шахслар.

- I ёки III категория бўйича интенсив даवони тугатган, **балғам бактериоскопияси натижаси манфий бўлган**, лекин клинко-рентгенологик авж олган туберкулез (плеврал суюқлик, периферик лимфаденит ва бошқаларни пайдо бўлиши) билан касалланган беморлар.

- Ўпка ва ўпкадан ташқари аъзолар туберкулези бўйича операциядан кейин даволанишни бошлаган беморлар. Бундай беморларга II категория интенсив фазада даволаниш буюрилади. “Бошқалар” типига рўйхатга олганда қавс ичида тўлиқ маълумот берилади. Масалан:

Бошқалар (манфий суртмали, ўпка ТБ қайта ҳолати)

Бошқалар (ўпкадан ташқари ТБ, қайта ҳолат)

Бошқалар (илгари тартибсиз даволанган)

Бошқалар (манфий суртма, туберкулез кечишининг клинко-рентгенологик ёмонлашиши)

Бошқалар (операциядан кейинги даво).

Беморларнинг терапевтик категорияси:

Беморларни категорияга бўлишда қуйидагиларга эътибор берилади:

1. Балғамнинг бактериоскопия текшируви натижалари.
2. Туберкулёз билан касал бўлиб ўтганлиги тўғрисидаги ҳужжат.
3. Даволанишнинг узилишлари тўғрисидаги ҳужжат.
4. Касаллик оғирлиги ва жараёни тарқалганлиги.

I. категория.

Биринчи марта аниқланганлар, илгари даволанмаганлар

А) Ўпка туберкулёзи, мусбат балғам суртмаси билан.

Б) Ўпка туберкулёзи, манфий балғам суртмаси билан, лекин катта паренхиматоз жароҳатланиш билан.

В) Ўпкадан ташқари туберкулёз катта жароҳатланган ва оғир кечувчи жараён билан.

II. категория.

- Рецидивланувчи беморлар.

- Даволаниш кечишини ёмонлашиши.

- Бошқалар типига кирувчи ҳамма беморлар.

- Режими бузилгандан кейин даволанган беморлар

III. категория.

- Биринчи марта аниқланган, лекин илгари даволанмаган беморлар манфий суртма билан.

- Биринчи марта аниқланган, оғир бўлмаган ўпкадан ташқари туберкулёз шакли.

IV. категория.

II категория бўйича ноэффектив даволаниш сабабли сурункали ҳолатга ўтганлар.

ДОТС стратегияси бўйича даволаш натижаларини баҳолаш ва мониторинги

- ◆ Балғам суртмасы мусбат ва манфий бўлган беморлар бир бўлимни хар хил блокларига ёки хар хил булимларга госпитализация қилинади.
- ◆ Стационарларда балғам суртмасы мусбат ва манфий бўлган беморларга алохида овқатлар ташқил қилинади: алохида ошхоналарда ёки бир ошхоналарда хил хил сменаларда, 1-сменада балғам суртмасы манфий бўлган беморлар, 2-сменада мусбат бўлган беморлар овқатланадилар
- ◆ «сурункали» беморлар махсус бўлимларга ётқизилади.
- ◆ Туберкулёзни самарали даволаш шароити, берилаётган химиявий препаратни назорати хисобланади. Интенсив ва ушлаб турувчи фазада хар бир қабул қилинаётган доза назорат остида бўлади.

ЖССТ стандартлари бўйича туберкулёзни даволаш усуллари

Фаол туберкулёз билан оғриган беморларда даволаш 2 босқичда ўтказилади.

1. Бошланғич (интенсив фаза)

2. Ушлаб турувчи (қувватловчи)

интенсив фазада даволашнинг вазифаси. Макрофаглар ичи ёки ташқарисидаги туберкулёз микобактерияларини кўпайишини тўхтатиш, дорига резистент штаммларни котуберкулёз бўлишини тўхтатиш. Кўплаб беморларда интенсив фазанинг бошларида балғам суртмасининг конверсияси кузатилади (мусбат суртма манфийга ўтади)

Ушлаб турувчи фазанинг мақсади. Қолиб кетган бактерия популяциясини элиминациясини таъминлаш «ухлаб ётган» ва (дормант) ва персистирловчи микобактерияларни ўлдириш.

Туберкулёз билан оғриган беморларни даволаш схемасида стандарт шифрлар

Туберкулёз билан касалланган беморларни даволашда стандарт шифрлар мавжуд. Хар бир туберкулёзга қарши дори қисқартирилган белгига эга. Даволаш схемаси 2 фазадан иборат:

Фаза олдидаги рақам, ушбу фазани неча ой давом этишини англатади. Харф остидаги рақам (масалан 3) бемор ҳафта давомида ушбу препаратни неча марта ичишини белгилайди, агар харф остида рақам бўлмаса бу бемор дорини хар куни ичиши кераклигини кўрсатади. Альтернатив препарат қавслардаги харфлар (дорилар) орқали ифодаланади.

Туберкулёзга қарши дориларнинг харфли белгилари:

H – изониазид; E – этамбутол; R – рифампицин; S – стрептомицин Z – пиазинамид.

I –терапевтик категориядаги беморларни даволаш

I – терапевтик категориядаги беморларда куйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

2(3)HRZE(S)/ 4H₃R₃, 2(3)HRZE(S), 6HE, 2(3)HRZE(S), 7HR, 2(3)HRZE(S), 4HR 2(3)HRZE(S), 7 H₃R₃ Интенсив фазада 2 ой мобайнида изониазид, рифампицин, пиазинамид ва этамбутол хар куни қабул қилинади. Этамбутол урнига стрептомицин бериш мумкин, аммо этомбутол бериш афзалроқ, чунки охириги йилларда туберкулёз микобактериясининг стрептомицинга резистентлиги кузатиляпти. Бундан ташқари этамбутол фаолроқ, этамбутол қабул қилинганда бошқа сарф харажатлар чекланади, яъни инъекциялар учун (эритма, шприцлар, игналар, спирт ва пахта).

◆ Ушлаб турувчи фазада куйидаги химиопрепаратлар режимда берилади.

- Изониазид ва рифампицин қабул қилиш кунора 4 ой мобайнида, 4H₃R₃

- Изониазид ва рифампицин хар куни 4 ой мобайнида, 4HR

- Фақат таркалган ва генерализациялашган ўпка ва ўпкадан ташқари туберкулёзда ЦВКК ва мутахассислар контуберкулёзиум қарорига асосан интенсив фаза давомийлиги 5 ойгача ва ушлаб турувчи фазада изониазид ва рифампицин 7 ой хар куни ёки кун ора, 7H₃R₃ берилади.

Рифампицин кўтара олмаганда ушлаб турувчи фазада изониазид ва этамбутол хар куни 6 ой давомида берилади. (6HE), лекин бу режим кам фойдали чунки этамбутол рифампициндан фарқ қилиб семидармант микобактерияларга нисбатан фаоллиги кам.

I Терапевтик категорияли катта ёшли (14 ёшдан катта) беморларга антибактериал дориларни бериш дозаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 2 ой)	Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой

	Н (гр)	Р (гр)	З (гр)	Е (гр)	С (гр)	Н (гр)	Р (гр)
33 кг дан кам	0,12	0,3	1,0	0,8	0,5	0,5	0,3
33-50 кг	0,3	0,45	1,5	0,8	0,75	0,6	0,45
50 кг дан кўп	0,3	0,6	2,0	1,2	1,0 (0,75г 50 ёшдан юқори)	0,6	0,6

Интенсив фазада дориларни дозаси беморни даводан олдинги вазнига асосланиб ҳисобланади. Ушлаб турувчи дозага ўтишдан олдин беморни қайта масса аниқланади. Дори дозалари коррекцияланади.

Хомиладорликларга стрептомицин берилмайди.

Ушлаб турувчи фазадаги дориларни ҳар куни қабул қилишдаги дозалари интенсив фазадагидек.

I Категориядаги катта беморларда комбинациялашган дорилар $H_{0,1}R_{0,15}$, пиразинамид $Z_{0,5}$ Этамбутол $E_{0,4}$ ва изониазид $H_{0,3}$ ларни қўллаган ҳолда даволаш схемаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (ҳар куни 2 ой)				Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$E_{0,4}$ (гр)	$S_{1,0}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,3}$ (гр)
33 кг дан кам	2 таб	2 таб	2 таб	0,5 гр	2 таб	1 таб
33-50 кг	3 таб	3 таб	2 таб	0,75 гр	3 таб	1 таб
50 кг дан кўп	4 таб	4 таб	3 таб	1,0 (0,75г 50 ёшдан катта)	4 таб	1 таб

I Терапевтик категорияли боларларда 14 ёшгача антибактериал дориларни бериш дозаси

Бола вазни (кг)	Интенсив фаза (ҳар куни 2 ой)				Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	Н (гр)	Р (гр)	З (гр)	С (гр)	Н (гр)	Р (гр)
5-10 кг	0,05	0,075	0,25	0,25	0,15	0,075
11-20 кг	0,1	0,15	0,5	0,5	0,2	0,15
21-30кг	0,2	0,3	1,0	0,5	0,3	0,3

Интенсив фазадаги дориларнинг дозаси боланинг даводан олдинги тана массасига ҳисобланади. Интенсив фаза тугагандан сўнг боланинг вазни қайта ўлчанади. Керакли пайтда дозани ошириш (агар бола вазни ортган бўлса) лозим

Этамбутол 6 ёшгача бўлган болаларга берилмайди. Куришни бузилишига олиб келиши мумкин.

Ушлаб турувчи фазадаги ҳар кунлик дорилар интенсив фазадагидек.

I Терапевтик категорияли 14 ёшгача бўлган болаларларни даволашда комбинациялашган препаратларни бериш дозаси $H_{0,1}R_{0,15}$, пиразинамид $Z_{0,5}$ ва изониазид $H_{0,1}$ ларни қўллаган ҳолда даволаш схемаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (ҳар куни 2 ой)	Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой

	H _{0,1} R _{0,15} (гр)	Z _{0,5} (гр)	S _{1,0} (гр)	H _{0,1} R _{0,15} (гр)	H _{0,1} (гр)
5-10 кг	1/2 таб	1/2таб	0,25 гр	1/2 таб	1 таб
11-20 кг	1 таб	1 таб	0,5гр	1 таб	1 таб
21-30кг	2 таб	2 таб	0,5гр	2 таб	1 таб

14 ёшгача бўлган болаларда ушлаб турувчи фазада хар кунлик режимда бериш керак. Туберкулёзнинг кўкрак ичи лимфатугунларидаги кичик шаклларидаги кунаро режимда берилади. 1 терапевтик категориялик беморларда интенсив фазадаги даволаш стационарларда олиб борилади ва фақат ЦВКК қарорига асосан амбулатор шароитида олиб борилади.

♦ Оғир контингентдаги беморларда (туберкулёз менингити, милиар туберкулёз, казеоз пневмония, суяк-бугим туберкулёзи, оғир бирлашган зарарланишлар) ушлаб турувчи фазани туберкулёзга қарши стационарларда ўтказилади, дорилар хар куни берилади. Бемор ахволи яхшиланса, беморлар амбулатор даволашга юборилади.

♦ **Балғам суртмаси мусбат бўлган беморлар туберкулёзга қарши стационардан чиқиши мумкин эмас, фақат суртма конверсияси бўлгандагина қуйиб юборилади.**

♦ 1 категориядаги дастлабки балғам суртмаси мусбат бўлган беморлар даволаниш мобайнида контрол бактериоскопик текширув қачон олиб борилади

Даволашни 2 ой охирида мусбвт натижада 3-ой охирида

Даволашни 5 ой бошларида

Даволаш тугагач (6 ой охирида) Агар интенсив фаза чўзилган булса ёки ушлаб турувчи фаза 7 ой давом этган булса, балғам охирги текшируви даволашни охирги ойини охирги кунда ўтказилади. 1 категорияли беморлари интенсив фазани охири бактериоскопия мусбат натижа берса, интенсив фаза яна 1 ой давом этади. Ва балғам намунаси ПТП сезгирликка юборилади, 3 ой охирида балғам конверсияси булмаса, ва ПТПга сезгирлик анализи булмаса интенсив фаза 5 ойнинг бошигача давом эттирилади. Агар 5 ой бошларитда интенсив фазада суртма мусбат булса у холда даволашни ноқобил оқибати рўйхатга олинади. Бундай беморлар ТБ - 03 журналининг «ноқобил оқибати» типига рўйхатга олинади ва уларга 2 категориядаги режим давоси олиб борилади.

Уларга янги тиббий карта ТБ-01 очилади ва эскисини устига осилади.

♦ Интенсив фазанинг охирида (даволашнинг 2 ой охирида) даволашдан олдин манфий натижа бўлганда суртма мусбат чиқса, «ноқобил оқибати» белгиланади. Уларга 2 категориядаги режим даво белгиланади (янги ТБ01 карта киритилади.) Балғам микроскопик натижаси мусбат бўлган барча холларда интенсив фаза охирида балғам экиш ва ажралган микобактерияни культурасини дориларга сезгирлиги аниқланади.

♦ Агар МБТ ажралган штаммларда кўплаб тур терапияда 2 ёки ундан кўп дориларга резистентлиги аниқланган булса, у холда беморларга индивидуал даво схемасини ЦВКК ёки НИИ ФиП мутахассисларга кўрсатиш лозим. Агар культура текшириш ва кўзгатувчини сезгирлигини аниқлаш имкони булмаса, беморларни даволаш схема бўйича олиб борилади

II Категорияли беморларнинг даволаш

II – терапевтик категориядаги беморларда қуйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

2HRZES/1(2)HRZE/5HRE 2HRZES/1(2)HRZE/5HRE

Интенсив фазада 2 ой мобайнида 5антибактериал препаратлар хар куни берилади. Н – изониазид; Е – этамбутол; R – рифампицин; S – стрептомицин Z – пиразинамид

Кейин яна бир давомида суртма конверсияси бўлмаганда, 2 ой давомида 4 препарат берилади. Н – изониазид; Е – этамбутол; R – рифампицин Z – пиразинамид берилади. Балғам натижаларидан катъий назар интенсив фазанинг охирида ушлаб турувчи фазага ўтказилади. Ушлаб турувчи фаза 5 ой мобайнида изониазид берилади ва рифампицин ва этамбутол кун ора (5H₃R₃E₃) ёки хар куни (5HRE) берилади.

II Терапевтик категорияли катта ёшли (14 ёшдан катта) беморларга антибактериал дориларни бериш дозаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 3 ой S хар куни 2 ой)	Ушлаб турувчи фаза к/о 5 ой

	Н (гр)	Р (гр)	З (гр)	Е (гр)	С (гр)	Н (гр)	Р (гр)	Е (гр)
33 кг дан кам	0,12	0,3	1,0	0,8	0,5	0,5	0,3	0,8
33-50 кг	0,3	0,45	1,5	0,8	0,75	0,6	0,45	1,2
50 кг дан кўп	0,3	0,6	2,0	1,2	0,75	0,6	0,6	1,6

Интенсив фазадаги дориларнинг дозаси беморнинг даводан олдинги тана массасига ҳисобланади. Интенсив фаза тугагандан сўнг беморнинг вазни қайта улчанади. Керакли пайтда дозани коррекциялаш лозим

Агар бемор стрептомицин кўпара олмас унда 2 терапевтик категорияли беморга стрептомицинсиз олиб борилади.

Ушлаб турувчи фазадаги дорилар интенсив фазадагидек берилади.

II Категориядаги катта беморларда комбинацияланган дорилар $H_{0,1}R_{0,15}$, пиазинамид $Z_{0,5}$ Этамбутол $E_{0,4}$ ва изониазид $H_{0,3}$ ларни қўллаган ҳолда даволаш схемаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 3 ой S хар куни 2 ой)				Ушлаб турувчи фаза к/о 5 ой		
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$E_{0,4}$ (гр)	$S_{1,0}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,3}$ (гр)	$E_{0,4}$ (гр)
33 кг дан кам	2 таб	2таб	2таб	0,5 гр	2 таб	1 таб	2таб
33-50 кг	3 таб	3 таб	2 таб	0,75 гр	3 таб	1 таб	3 таб
50 кг дан кўп	4 таб	4 таб	3 таб	0,75	4 таб	1 таб	4 таб

♦ II Категорияли беморларда интенсив фазадаги давони стационарларда ва айрим ҳолларда амбулатор шароитда даволанади. Агар 4 ой давом этган интенсив фаза охирида суртма конверсияси кўзатилмаса беморлар стационарларда ушлаб турувчи дозани давом эттирилади. Дорилар хар куни берилади. Суртма конверсияси кўзатилса беморлар амбулатор даволанишга чиқарилади.

II категорияли беморларни даволаш жараёнида контроль бактериоскопик текширив ўтказилади:

- 3 ой охирида агар мусбат натижа бўлса, 4 ой охирида
- Даволашнинг 5 ой охирида
- Даволаш тугаганда (даволашнинг охириги ойнинг охириги кунида)

Интенсив фазанинг охирида бактериоскопик текширув мусбат бўлса, (давони 3 ой охири) унда фаза яни 1 ой давом этади. Интенсив фазанинг 4 ой охирида бактериоскопик натижалардан катъий назар беморни ушлаб турувчи фазага ўтказилади. Ушлаб турувчи фаза хар уқлик режимда олиб борилади. Агар 5 ой охирида суртма мусбат бўлиб қолаверса, даволашни ушлаб турувчи фазада 9 ой охиригача давом эттирилади. Даволашнинг умумий давомийлгтг бу ҳолда 9 ой ҳисобланади. (4 ой интенсив 5 ой ушлаб турувчи)

♦ 9 ой охирида балғам мусбат натижа бўлганда, нокобил окибат руйхатга олинади ва бемор 3 категорияга ўтказилади

III Категорияли беморларнинг даволаш

III – терапевтик категориядаги беморларда қуйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

$2HRZ/4H_3R_3$ $2HRZ/4HR$ $2HRZ/6HE$

Интенсив фазада 2 ой мобайнида 5 антибактериал препаратлар хар куни берилади. Н – изониазид; R – рифампицин; Z – пиазинамид

Ушлаб турувчи фазада 4 ой давомида изониазид қабул қилинади ва хар куни рифампицин ($4HR$) ёки кун ора $4H_3R_3$ Ушлаб турувчи фазада рифампицин билан даволаш имкони бўлмаса изониазид ва этамбутол хар куни 6 ой давомида берилади.

III Терапевтик категорияли катта ёшли (14 ёшдан катта) беморларга антибактериал дориларни бериш дозаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 2 ой)			Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	Н (гр)	Р (гр)	З (гр)	Н (гр)	Р (гр)
33 кг дан кам	0,2	0,3	1,0	0,5	0,3
33-50 кг	0,3	0,45	1,5	0,6	0,45
50 кг дан кўп	0,3	0,6	2,0	0,6	0,6

Интенсив фазада дориларни дозаси беморни даводан олдинги массасига асосланиб ҳисобланади. Ушлаб турувчи дозага утишдан олдин беморни қайта масса аниқланади. Дори дозалари коррекцияланади.

Ушлаб турувчи фазадаги дориларни хар куни қабул қилишдаги дозалари интенсив фазадагидек

III Категориядаги катта беморларда комбинациялашган дорилар $H_{0,1}R_{0,15}$, пиразинамид $Z_{0,5}$ ва изониазид $H_{0,3}$ ларни қўллаганҳолда даволаш схемаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 2 ой)		Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,3}$ (гр)
33 кг дан кам	2 таб	2таб	2 таб	1 таб
33-50 кг	3 таб	3 таб	3 таб	1 таб
50 кг дан кўп	4 таб	4 таб	4 таб	1 таб

III Терапевтик категорияли боларларда 14 ёшгача антибактериал дориларни бериш дозаси

Бола вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 2 ой)			Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	Н (гр)	Р (гр)	З (гр)	Н (гр)	Р (гр)
5-10 кг	0,05	0,075	0,25	0,15	0,075
11-20 кг	0,1	0,15	0,5	0,2	0,15
21-30кг	0,2	0,3	1,0	0,3	0,3

III Терапевтик категорияли 14 ёшгача бўлган болаларларни даволашда комбинациялашган препаратларни бериш дозаси

$H_{0,1}R_{0,15}$, пиразинамид $Z_{0,5}$ ва изониазид $H_{0,1}$ ларни қўллаганҳолда даволаш схемаси

Бемор вазни (кг)	Интенсив фаза (хар куни 2 ой)		Ушлаб турувчи фаза к/о 4 ой	
	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$Z_{0,5}$ (гр)	$H_{0,1}R_{0,15}$ (гр)	$H_{0,1}$ (гр)
5-10 кг	1/2 таб	1/2таб	1/2 таб	1 таб
11-20 кг	1 таб	1 таб	1 таб	1 таб
21-30кг	2 таб	2 таб	2 таб	1 таб

Ушлаб турувчи фазада рифампицинни кўтара олмаса у ҳолда изониазид ва этамбутол (6НЕ) давомида хар куни берилади, бу режим комбинациялашган НРгакарагандакамфойдали, чунки этамбутол рифампициндан фарқлисемидромантмикобактерияларганисбатаннофаол.

Этамбутол мактабгача бўлган болаларга берилмайди, чунки куриш бўзилиши келиб чиқиши мумкин.

III категорияли беморларинда даволашда интенсив фазаси стационар ёки амбулатор равишда олиб борилади, ушлаб турувчи фазакўпроқа амбулатор – интермиттирловчи режимда олиб борилади.

♦ Балғамни контороль бактериоскопик текшируви даволашни 2 ойнинг охирида ўтказилади. (интенсив фазани тугашига), балғамни 2та намунаси текширилади, манфий натижада беморлар ушлаб турувчи фазага ўтказилди. **Агар 1 та мусбат натижа бўлса, даво ни «нокобил окибати» ҳисобланиб беморлар қайта руйхатдан ўтади ва 2 категорияга ўтказилади.**

Алоҳида ҳолатларда даволаш

1. Хомиладорлик ва эмизиш даври

- I, II, III, категориялар бўйича стандарт даво кўрсатилган дорилар одатий дозада берилади. Хомиладорликда стрептомицин берилмайди.

- Туберкулёзга қарши дориларни қабул қилаётган аёллар эмизишни қурқмай эмизишни давом эттиришлари мумкин.

2. Жигарни сурункали касалликлари

- Изониазид, рифампицин ва + 1 ёки 2 дори воситаси гепатотоксик хусусиятга эга эмас, Масалан: стрептомицин ёки этамбутол беморлар 8 ой давомида қурқмай берилиши мумкин. (Стрептомицин 2 ойдан ортиқ берилмайди)

Даволаш схемаси:

1) 2HRSE /6HR

Интенсив фаза 2 ой: изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин

Ушлаб турувчи фаза 6 ой: изониазид, рифампицин

2) 2HSE/10HE

Интенсив фаза 2 ой: изониазид, стрептомицин, этамбутол

Ушлаб турувчи фаза 10 ой: изониазид ва этамбутол

3. Ўткир гепатит

- агар имкон бўлса, туберкулёзни даволашда ўткир гепатит тўзалгунга қадар тўхтатилади.

- Агар туберкулёзни даволаш тўхтатиш имкони бўлмаса, унда стрептомицин ва этамбутол билан даволаш ҳавфсизроқ (дориларни қабул қилиш 3 ой давомида олиб борилади.) Ушлаб турувчи фаза 6 ой давомида изониазид ва рифампицин билан олиб борилади.

Схема: 2(3)HSE/6HR

4. Буйрак етишмовчилиги билан беморларни даволаш

- Изониазид, рифампицин ва пиазинамид организмдан ут орқали ажралдади, шунинг учун буйрак етишмовчилиги билан оғриган беморларга дозларни стандарт дозада берилади. Буйрак етишмовчилиги билан оғриган беморлар изониазид билан бирга пиридоксин қабул қилишлари шарт.

- Стрептомицин ва этамбутол организмдан буйрак орқали ажралади, мумкин ҳолларда буйрак фаолиятини назорат қилиб туриш керак, стрептомицин ва этамбутол билан даволашда дозаларни камайтириш керак.

- Буйрак етишмовчилиги билан беморларни даволаш схемаси 2HRZ/6HR:

Интенсив фаза: 2 ой давомида изониазид, рифампицин, пиазинамид

Ушлаб турувчи фаза: 6 ой давомида изониазид ва рифампицин

5. Туберкулёзни гепатит билан оғриган беморларни туберкулёзга қарши хим препаратларни индуцирлашган қабул қилиш билан даволаш

Кўп туберкулёзга қарши кўп дорилар жигар зарарланишига олиб келади. Кўп ҳолларда изониазид ва пиазинамид келтириб чиқаради. Этамбутол бу ҳолатни кам келтириб чиқаради. Гепатитни дори билан боғлиқлигини чеклаш учун, гепатит келтириб чиқаришини мумкин бўлган барча сабабларни топиш керак. Агар гепатит дорилар таъсирида юзага келган бўлса, у ҳолда туберкулёзга қарши дориларни бериш тўхтатилади. Гепатит тўзалгандан сўнг кўп ҳолларда даволашни схема бўйича давом эттириш мумкин. Оғир дори таъсирида гепатит

ривожланганда пиразинамид ва рифампицинни чеклаш керак. Бундан беморларги бошланғич фазада даволаш стрептомицин, изониазид ва этамбутол бошлаш тавсия қилинади. Ушлабтурувчи фаза 10 мобайнида изониазид ва этамбутол билан олиб борилади. (2СИЭ/10ИЭ)

Туберкулёзни оғир шакли билан оғриган беморларда дори гепатити ривожланган булса, туберкулёзга қариш дориларқабул қилмаса улим кўзатилиши мумкин, бу ҳолларда даволашни кам гепатотоксик хусусиятга эга бўлган дорилардан – стрептомицин ва этам буто билан олиб бориш мумкин. Гепатит тўзалгандан сўнг, даволашни стандарт схема бўйича олиб бориш мумкин.

6. ВИЧ билан оғриган беморларни даволаш

I, II, III категорияларни стандарт режим асосида даволанади.

Туберкулёзга қариш дориларнинг ҳарфи белгилари:

H- изониазид; E – этамбутол; R – рифампицин; S – стрептомицин; Z – пиразинамид.

Терапевтик категориялардаги беморларда қуйидаги режимдаги химиотерапия берилади:

2(3)HRZE(S)/4H₃R₃ 2(3)HRZE(S)/6HE 2(3)HRZE(S)/7HR 2(3)HRZE(S)/4HR
2(3)HRZE(S)/7 H₃R₃

Интенсивфазада 2-3

оймобайнидаизониазид,рифампицин,пиразинамидваэтамбутолхаркуниқабулқилинади .
этамбутолурнигастрептомицинберишмумкин, аммоэтамбутолберишафзалрок,
чункиохиргийиллардататуберкулёзмикобактериясиннгстрептомицингарезистентлигикўзатиляп
ти. Бундан ташқари этамбутол фаолрок, этамбутол қабул қилинганда бошқа сарф харажатлар
чекланади, яъни инъекциялар учун (эритма, шприцлар, игналар, спирт ва пахта).

ЖССТ тавсия қилган силга қариш стратегиясининг ЖССТ нинг Европа региониди тадбиқ қилиниши.

2002 йилда, ЖССТ Европа регионининг 33% яшайдиган, 51 дан 40 та давлатлари ЖССТ тавсия қилган силга қариш кўраш стратегияси бўйича иш олиб борарди. ЖССТ стратегияси туберкулёз бўйича аҳволни фақатгина молиявий ресурслари чекланган давлатлардагина эмас, балки Ғарбий Европанинг Нидерландия, Португалия, Норвегия, Словакия, Германия, Швеция каби ривожланган давлатларида ҳам муваффақиятли қўланилмоқда.

Силга қариш кўрашда умумий даволаш муассасаси ёрдамининг роли

ЖССТ Европа регионининг кўпгина давлатларида, айниқса олдинги СССР таркибига кирган давлатларда одатда “вертикал” тизим бўлган ихтисослашган силга қариш кўрашиш хизмати, БССП муассасалари билан тўла ҳамкорликда иш олиб бораолмаслиги мумкин.

Аммо силга қариш кўраш ва УДМ ходимлари иш фаолиятига қўшмасдан туриб, туберкулёз бўйича аҳволнинг тез яхшиланишига эришиш мумкин эмас. Ўз навбатида УДМ ходимлари силга қариш кўрашда қатнашишмаса, УДМ ишлари тўла бажарилаяпти деб бўлмайди.

УДМ ва силга қариш кўраш ишларининг интеграцияси шароитида туберкулёз беморларини аниқлаш ва олиб бориш сифатини ошириш ва ниҳоятда умумий эпидемик аҳволни яхшилаш мумкин. Ҳозирги вақтда УДМ ходимлари силга гумон қилинган беморларни аниқлаш ва даволаш учун юборишда қатнашиб, касаллик тарқалишини олдини олишда ёрдам беришлари жуда муҳимдир.

Шу билан бирга Марказий ва Шарқий Европа давлатлари, МДХ да УДМ ходимлари катта аҳамиятга эга бўлмоқдалар. Вақт ўтиши билан силни аниқлаш, олдини олиш ва беморларни амбулатор даволаш босқичларида УДМ аҳамияти фақатгина ортиб боради. УДМ нинг силга қариш кўрашиш тадбирларидаги жойини тушуниш учун миллий силга қариш кўрашиш тизимининг структураси ва вазифаларини тасаввур қилиш керак.

Силга қариш кўрашиш миллий тизими

Силга қариш кўрашишнинг асосий мақсадлари қуйидагилардир:

- касалланиш,ўлим ва инфекция тарқалишини **камайтириш**
- дорига чидамли туберкулёз ривожланишини **олдини олиш**

Умумий даволаш муассасаси ёрдами ходимларининг силга қарши кўрашишдаги роли.
Ҳар хил давлатларда УДМ нинг роли, силга қарши кўрашда ҳар хил бўлишига қарамадан, ихтисослашган УДМ ва силга қарши кўраш хизмати ходимлари орасида ўзаро ҳамкорликнинг умумий элементлари бор. УДМ ва силга қарши кўраш ходимлари асосан, туман поғонасида ўзаро ҳамкорлик қиладилар.

Умумий даволаш муассасаси ёрдами ходимларининг вазифалари.

УДМ ходимлари, шифокорлар, фельдшерлар, ҳамширалар соғлиқни сақлашнинг шундай ходимлари, одатда, беморлар тегишли симптомлар билан ташхис қўйилганига қадар бирламчи тиббий ёрдам учун мурожаат қиладилар.

УДМ ходимлари беморларни эрта аниқлашда қатнашиб, туберкулёз “оғирлигини” камайтириш учун катта имкониятга эгадирлар, чунки аниқланмаган ва даволанмаган фаол туберкулёз билан оғриган бемор бир йилда 10 дан 15 гача одамга касалликни юктириши мумкин.

Силга қарши тадбирларда УДМ ходимларининг қатнашиш улуши ҳар бир давлатдаги белгиловчи ҳужжатларга асосан ҳар хил бўлса ҳам, улар ҳар қандай ҳолатда силни ўз вақтида гумон қилишлари ва бирламчи кўрик, бирламчи диагностика (балғамни тешкириш ва рентген)ни ўтказиб, касаллик борлигини инкор қилишлари керак. УДМ ходимлари вазифаларига қўйади қириши мумкин:

- тегишли шикоятлари бўлган беморда **силни гумон қилиш** ва керакли тадбирларни ўз вақтида ташқил қилиш;
- силни аниқлаш ва даволаш назоратининг асосий усули бўлган микроскопияни ўтказиш учун сифатли диагностик материални йиғишни **ташқил қилиш**;
- 2-3 ҳафтадан кўпроқ вақт ичида балғамли йўталга шикояти бор ҳар бир бемор балғамида, кислотабардош микобактериялар (КБМ) борлигини микроскопия йўли билан текшириши учун 3 намуна балғамни топширишини **ташқил қилиш**;
- йиғилган материални текширишни ўтказиш учун клиник-диагностик лабораторияга **юбориш**;
- кўкрак қафаси аъзоларини **рентгенлогик текшириш**;
- силга гумон қилинган беморни ихтисослашган силга қарши муассасага ташхисни тасдиқлаш ва даволашни тайинлаш учун **юбориш**;
- дориларни мунтазам қабул қилганда ва даволанишни керакли муддатда давом эттирса, силнинг давоси борлигини беморларга **тушунтириш**;
- УДМ муассасаси томонидан ташхисни аниқлаш ва даволаниш учун юборилган беморларнинг ташхисини билиш учун силга қарши ихтисослашган муассаса билан **алоқада бўлиш**;
- балғам микроскопияси мусбат бўлган беморларнинг оилавий ва бошқа алоқаларни текширишнинг муҳим аҳамиятга эга эканлигини **ўқтириш**;
- аҳоли ўртасида санитария –оқартув ишларини **олиб бориш**; силнинг белги ва симптомлари ҳақида гапириб бериш ва бундай симптомлар пайдо бўлганда, зудлик билан тиббий ёрдам учун мурожаат қилиш кераклигини ўқтириш;
- ихтисослашган силга қарши тизим бошчилигида амбулатор беморларни даволашнинг қувватловчи даврида бевосита назорат остида **даволашни ўтказиш**;
- бевосита назорат остида даволаш вақтида бемор сабабидан қатъий назар, муддатдан олдин даволашни тўхтатса ёки асорат кузатилса, ихтисослаштирилган силга қарши тизимга шу вақтнинг ўзида **хабар бериш** керак;
- кузатилаётган беморлар тўғрисидаги маълумотларни ҳамма асосий ҳисобот шаклларида **қайд қилиш** ва ихтисослаштирилган итзимида қайтариш;
- сил ривожланиши учун хавфли омили бор гуруҳдаги шахсларни давлатда мавжуд бўлган норматив ҳужжатлар асосида кузатиш;

Амалий машғулот №17:

Мавзу номи: Туберкулёз профилактикаси усуллари. Туберкулёз инфекцияси ўчоғидаги ишлар.

Амалий машғулотнинг технологи модели	
Машғулот соати: 225 мин	Талаба сони9-10
Машғулот шакли	Амалий машғулот
Машғулот режаси:	1.Талабаларнинг мавзуга оид фундаментал ва назарий билимларини баҳолаш
	2. Туберкулёз профилактикаси усуллари турлари.
	3. Туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари.
	4. Туберкулёз профилактикаси усуллари усуллари,туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Текшириш учун талабаларга маълумот бериш ва билим кўникмаларини ошириш
Ўқув машғулотни мақсади	Таълимий: талабаларга туберкулёз профилактикаси усуллари туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари тўғрисида маълумот бериш.Текшириш усуллари йўлга қўйиш ва тўғри олиб бориш тўғрисида маълумотлар бериш ва малакасини ошириш. Талабаларга туберкулёз профилактикаси усуллари туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси усуллари тўғрисида маълумот бериш, киёсий ташхислашни аниқлашдан иборат. Тарбиявий: Мавзуга оид ҳаётий мисоллар орқали талабалар онгига сингдириш, ўз вақтида текширишлардан ўтказиб бориш, касбга меҳр уйғотишдан иборат. Ривожлантирувчи:мавзуни тушинтиришда янги адабиётлар асосида, илмий асосланган далиллар орқалиталабаларни замон талабига мос кадрлар бўлиб етиштиришга эришиш.
Таълим бериш усули	Интерфаол усул, кичик гуруҳлар билан ишлаш
Таълим бериш шакли	Жамоавий, кичик гуруҳ
Таълим бериш воситалари	Силга қарши муассасалар тузилиши, вазифалари, туберкулёз ўчоғидаги ишлар. Туберкулёз профилактикаси тўғрисида видеофильм, мультимедиялар, тарқатма материаллар, банер плакатлар, компьютер, мавзуга оид рентген суратлари.
Таълим бериш шароити	Методик жихатдан жихозланган аудитория
Мониторинг ва баҳолаш	Талабалар билимини рейтинг низоми талабларига мувофиқ баҳоланади. Машғулотда жорий ва мустақил иш бўйича билимлар даражаси баҳоланади.

Амалий машғулотнинг технологик картаси		
Иш босқичлари ва вақти	Фаолиятнинг мазмуни	
	Таълим беручи	Таълим олувчи
Тайёргарлик босқичи 5 дақиқа	Аудитория тозалигини назорат қилиш Талабаларнинг машғулотга тайёрлигини текшириш Давоматни назорат қилиш	Берилган топшириқларни бажариш. Машғулотга тайёр бўлиш

Ўқув машғулотиغا кириш 35дақиқа	Мавзуга оид бўлган бошланғич билим даражасини аниқлаш Интерфаол усул моҳиятини тушунтириш Интерфаол усулда мавзунинг назарий қисми таҳлили	Қатнашадилар Тинглайдилар ва саволларга жавоб берадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзунинг амалий қисми бўйича мультмедия ва видеоролик намойиши	Томоша қиладилар ва ёзиб оладилар
Асосий босқич 40дақиқа	Ўпка сили билан бемор курацияси	Бемор кўриги, касаллик тарихи ҳақида маълумотларни ёзиб олиш
Асосий босқич 40дақиқа	Амалий қисм бўйича билим даражасини “Ротация” интерфаол ўйин ёрдамида баҳолаш	Ечадилар Ёзадилар
Асосий босқич 40дақиқа	Мавзу бўйича ечилмай қолган саволлар таҳлили	Эшитадилар Фикр билдирадилар
Якуний босқич 25 дақиқа	Якунловчи хулоса қилади Мустақил вазифа беради Уйга вазифа беради	Тинглайди Ёзиб олади Ёзиб олади
Жами 225 соат		

Мавзу бўйича талабаларнинг билимига, кўникма ва малакасига қўйиладиган талаблар

Талаба билиши шарт:

- Туберкулёз касаллиги бўйича дунёда, Ўзбекистон Республикасида ва бошқа МДХ давлатларидаги эпидемиологик вазиятни. Туберкулёз касаллиги бўйича эпидемиологик таҳлилни(когорт таҳлил).
- ХКК 10 бўйича туберкулёз касаллиги замонавий таснифини.
- Ўпкадан ташқарида жойлашган ва ўпка туберкулёзининг асосий синдромларини.
- Туберкулёз касаллиги билан касалланиш хавфи омилларига эга бўлган аҳоли контингенти ўртасида ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзини қиёсий ташхислаш методларини.
- Аҳолининг туберкулёз касаллигига нисбатан муносабати ҳақида маълумот бериш бўйича ишлар олиб бориш шакли, методлари ва таркибини.
- Инфекция ўчоғида хавф омилларини ва ўчоқ даражасини.

Талаба бажара олиши керак:

- Хавфли омилларни ҳисобга олган ҳолда тиббиёт муассаларига мурожат этувчи туберкулёз касллигига клиник скрининг ўтказишни ва туберкулёз касллигига шубҳа қилинган беморларни текширишни.
- Туберкулёз касллиги бўйича эпидемиологик ҳолатнинг таҳлилни ўтказишни, туберкулёзга қарши тадбирлар режасини тузишни, когорт таҳлил олиб боришни.
- ЖССТ тавсиясига асосланган ҳолда ХКК10 бўйича ташхисни асослашни.
- Ўпкадан ташқари ва ўпка туберкулёзи симптоми, синдромли қиёсий ташхисни ўтказишни.
- Туберкулёз инфекция ўчоғида профилактик методларни ўтказишни.

Амалий кўникмага эга бўлишлари керак:

- Профессионал сўров, беморни кўздан кечириш, қариндошларини сураб- суриштириш.
- Клиник ва биохимик таҳлиллар интерперитацияси, балғамни бактериоскопик текширишни.
- Рентгенограммалар, туберкулин синамалари, вакцинациялар ва ревакцинацияларни баҳолаш.
- ХКК10 таснифси бўйича клиник ташхисни қўйишни.

- Туберкулёзга қарши профилактик услублари- специфик. Химиопрофилактикалар ва туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик тадбирни ўтказиш.

Талабанинг базис билим савияси баҳолаш учун саволлар

1. Туберкулёз профилактикаси усуллари.
2. Туберкулезга қарши диспансернинг асосий вазифалари.
3. Туберкулез билан касалланган беморларни амбулатор назорат гуруҳларини санаб беринг.
4. СКД гуруҳига мос беморларга асосланиб касалликнинг асосий кўрсаткичларини айтинг.
5. Беморларни бир гуруҳдан бошқа гуруҳга ўтказиш асосларини айтинг.
6. Туберкулез жараёни фаоллигининг аниқловчи усулларни айтинг.
7. Туберкулезга қарши курашишда СЭС вазифаларини айтинг.
8. Ўчоқ тоифалари ва 3 тоифага бўлиниш тамойилларини айтинг.
9. Турли тоифадаги ўчоқларда эпидемияга қарши чораларни аниқланг.
10. Турли тоифадаги ўчоқларга фтизиатр қанча муддатда боради?
11. Мулоқотда бўлганларга нисбатан қандай чоралар ўтказилади?
12. СКДда қандай профилактика усуллари ўтказилади?
13. Санитар профилактика усулларини айтинг.
14. БЦЖ вакцинасига кўрсатмаларни аниқланг.
15. Қайси гуруҳдаги шахсларда химиопрофилактика ўтказилади?

Туберкулез профилактикаси усуллари

Туберкулёз ижтимоий ва тиббий муаммо ҳисобланади. Бу туберкулёз профилактикаси учун ижтимоий ва тиббий йўналишдаги чора- тадбирлар мажмуи лозимлигини англатади. Ижтимоий йўналишдаги тадбирлар туберкулёз инфекциясининг тарқалиши ва касаллик пайдо бўлиши учун замин яратадиган шароит ва ижтимоий хавф омилларни камайтириш ва иложи борида йўқотишга қаратилган бўлиши лозим.

Бундай ёндошув турлича профилактик тадбирларни амалга ошириш ва шартли равишда туберкулёзнинг санитар ва махсус ва химиопрофилактикасини фарқлашга имкон беради.

Санитар профилактика. Санитар профилактиканинг бевосита мақсади бўлиб соғлом одамларнинг МБТ билан зарарланишининг олдини олиш ва уларни маиший ҳаётда, шунингдек ишда ҳам туберкулёз инфекцияси билан мулоқоти жудаям кам хавф туғдирадиган шароит яратиш ҳисобланади. Санитар профилактика аввало бактерия ажратувчи манбага ва туберкулёз қўзғатувчисининг юкиш йўллариغا йўналтирилади.

МБТ манбалари бўлиб ташқи муҳитга туберкулёз қўзғатувчисини ажратувчи касал одамлар (антропоноз туберкулёз) ва ҳайвонлар (зооноз туберкулёз) ҳисобланади.

Бактерия ажратувчилар ташқи муҳитга кўп миқдорда МБТ ажратувчи фаол туберкулёз билан касалланган одамлар ва ҳайвонлар ката эпидемик хавф туғдиради. Бу ҳолда микобактериялар патологик материал ёки бемордан олинган бир қатор биологик субстратларни бактериологик текширганда аниқланади.

Фаол туберкулёз беморлари ҳақида маълумотлар мавжуд барча тиббий муассасалар (шу жумладан аёллар маслаҳатхонаси ҳам) ўзаро ахборот алмашишади. Биринчи марта фаол туберкулёз аниқланган ҳар бир беморга (жумладан туберкулёздан ўлганда ҳам) ташхис аниқланган жойдаги шифокор ҳаётида биринчи марта туберкулёз билан касалланган бемор ҳақида хабарнома тўлдиради. МБТ ажратаётган бемор ҳақида шифокор ҳудудий ДМСЭН учун қўшимча шошилиш хабарнома тўлдиради.

Биринчи гуруҳни жуда катта эпидемик хавфлиликка эга бўлган ўчоқлар ташкил этади. Уларга бактерия ажратувчанлик аниқланган ўпка туберкулёзи беморининг яшаш жойи киради. Бундай ўчоқларда зарарланиш хавфини кўплаб қуйидаги омиллар чуқурлаштиради: оила аъзолари ичида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар бўлиши, қоникарсиз маиший-коммунал шароит, эпидемияга қарши тартибга

риоя қилмаслик. Бундай хавфли ўчоқлар кўпинча беморларни изоляциялаш мумкин бўлмаган ётоқхоналарда, коммунал хонадонларда, ёпиқ турдаги ташкилотларда бўлади.

Иккинчи гуруҳ МБТ ажратувчи, лекин болалар ва ўсмирларсиз алоҳида хонадонларда яшовчи ҳамда санитар-гигиеник тартибга амал қилувчи ўпка туберкулёзи беморлари мавжуд ўчоқларни ўз ичига олади. Бундай ўчоқлар ижтимоий жиҳатдан қониқарли ҳисобланади.

Учинчи гуруҳга рўйхатга олишда МБТ ажратиши аниқланмаган, лекин оиласида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар мавжуд фаол ўпка туберкулёзи беморлари яшайдиган ўчоқлар киради.

Тўртинчи гуруҳ ўчоқлари бўлиб МБТ ажратиши тўхтаган фаол ўпка туберкулёзи беморлари (шартли бактерия ажратувчилар) яшайдиган жойлар ҳисобланади. Бундай ўчоқларда контактдаги шахслар орасида болалар, ўсмирлар ва МБТ билан зарарланишга мойиллиги юқори бўлган шахслар йўқ. Хавфли ижтимоий омиллар кузатилмайди.

Бешинчи гуруҳ ўчоқларни зооноз ўчоқлар ташкил қилади.

Туберкулёз инфекцияси ўчоғининг маълум эпидемик гуруҳга мансублигини фтизиатр эпидемиолог-шифокор иштирокида аниқлайди. Ўчоқда унинг хавфлилигини оширувчи ёки камайтирувчи шароитлар ўзгариши уни бошқа гуруҳга ўтказишни талаб этади. Бундай қарор фтизиатр ва эпидемиолог ҳамкорлигида қабул қилинади.

Туберкулёзни махсус профилактикаси. БЦЖ билан вакцинация ва ревакцинация режасини врач-эпидемиолог туберкулёзга қарши диспансер бош шифакори ва ветеринар хизмат билан ҳамкорликда тузади.

Давсанэпидназорат маркази даволаш-профилактика муассасаларини БЦЖ вакцинаси билан таъминланганлигини, уни сақлаш шароитларини ва яроқлилиқ муддатини, қилиш техникасига амал қилишини ва вакцинация сифатини назорат қилади. Ҳар-бир одатдагидан ташқари ва асоратли ҳолат таҳлил ва муҳокама қилинади ва махсус акт тузилади. Вакцинация режасини амалга оширишни фтизиатр, педиатр ва эпидемиологлардан таркиб топган комиссия назорат қилиб боради.

Туберкулёзни аниқлаш. Ялпи туберкулинташхисоти ва “уюшган” аҳолини флюорографик текшириш режалаштирилади, ҳамда юқоридагиларни ўтишини туберкулёзга қарши диспансер ва санитар-эпидемиологик назорат маркази ҳамкорлигида назорат қилинади.

Флюорографик текширув вақтида асосий эътибор эпидемиологик кўрсаткич бўйича (“асосий” контингентларда) туберкулёзни аниқлашга қаратилади. Улар орасида актив туберкулёз аниқланса врач-эпидемиолог уларни ишдан четлаштиради.

Туберкулёз беморларига болалар ва 18 ёшгача бўлган ўсмирларни тарбияладиган ёки даволайдиган болалар муассасаларида, умумий овқатланиш тармоқларида, савдода, сут маҳсулотлари билан ишлаш ва шунга ўхшаган муассасаларда ишлашга рухсат берилмайди.

Туберкулёз инфекцияси ўчоғида туберкулёзга қарши иш. Туберкулёз инфекциясида профилактик чора тадбирларни санитар-эпидемиологик назорат маркази ва туберкулёзга қарши диспансер биргаликда амалга оширади. Санитар-эпидемиологик марказнинг асосий вазифалари:

- Фтизиатр билан ўчоқни бирламчи эпидемиологик текшириш ўтказиш ва ўчоқ чегарасини аниқлаш ва соғломлаштириш режасини ишлаб чиқиш;
- Ташкилотларда фтизиатрга ёрдам бериш ва ўчоқларда туберкулёзга қарши чора-тадбирларни ўтказиш;
- Ўчоқни динамик кузатиш, ўчоқни соғломлаштириш режасига қўшимча ва ўзгартиришлар киргизиш, ўтказилаётган дезинфекцияни ўз вақтидалигини ва сифатини назорат қилиш;
- Ўчоқда эпидемиологик ҳавф камайса ёки кўпайси ўчоқларни бошқа эпидемиологик гуруҳларга ўтказиш;
- Бактерия ажратувчи беморларни фтизиатр хабарномаси асосида эпидемиологик ҳисобдан ўчириш;
- Фтизиатр талабномасига асосан туберкулёз инфекцияси ўчоғида бемор шифахонага ётқизилгандан кейин, бемор бирон жойга кетганда, эпидемиологик ҳисобдан ўчирилганда ёки бемор ўлганда якуний дезинфекция ўтказиш;

- Туберкулёз ўчоқларини (ўчоқни эпидемиологик текшириш картаси) текшириш ва кузатиш бўйича ҳисоб-китоб ҳужжатларини юритиш;
- Бутун туман бўйича туберкулёз ўчоғидаги эпидемиологик ҳолатни таҳлил қилиш, ўчоқдаги ишлар самарадорлигини баҳолаш ва шу ишлар натижаси бўйича фтизиатр билан муҳокама ўтказиш.

**IV-курс даволаш ва тиббий педагогика факультети
талабалари учун мустақил ишлари мавзуси.**

№	Мустақил иш мавзуси	Соат	Адабиётлар
1	Нафас олиш системасини эмбрионал ривожланиши ва анатомияси. Упканинг функционал морфологияси. Замонавий шароитда упка силининг морфологик қурлими.	5	Рабухин А.Е. «Туберкулез органов дыхания», М., 1976. «Туберкулез органов дыхания» под редакцией Хоменко А.Г., М., 1981. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Клиника туберкулеза» М., 1997.
2	Туберкулёз этиологияси. Туберкулёз микобактериясини дориларга чидамлилиги тури. Туберкулёз патогенези. Туберкулёз яллиғланишининг иммунологик ва генетик аспекти	5	Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Туберкулез касалликлари» Ташкент, 1999 г.
3	Ташки нафас ва юрак қон-томир системаси функциясини текшириш усуллари.	5	Визель А.А., Гурылева М.Э. «Туберкулез», М., 2000.
4	Упкадан ташқари аъзолар силининг рентгенологик ва нур диагностикаси.	5	Адаптированные модули ВОЗ № 1-7 и 11 по стратегии ДOTS, 2005.
5	БЖССТ тавсияси МКБ-10 бўйича туберкулёз таснифи.	5	Убайдуллаев А.М. «Туберкулез касаллиги», Тошкент, 2005 г.
6	Туберкулёз клиник шакллари қисқич ташхислашнинг асосий усуллари. Силининг бошқа касалликлар билан бирга кечиши. Туберкулёз ва ички аъзолар касалликлари.	5	Ибрагимов М.А., Турсунов В.И., Содиков А.С. «Туберкулез» (дарслик), 1999
7	Ўпка туберкулёзи асоратлари. Туберкулёз билан касалланган беморларда нафас етишмовчилиги.	5	Перельман М.И., Корякин В.А. «Туберкулез», М., 1996 г.
8	Ўзбекистон Республикасида DOTS стратегияси бўйича туберкулёзга қарши қўйиладиган дастури. DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини кузатиш ва даволаш усуллари.	5	Ганиев К.Г. «Туберкулез касаллиги» (учебник), Ташкент, 1995 г. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявление туберкулеза легких», М., 1996
9	DOTS стратегияси бўйича туберкулёз беморларини даволаш схемалари. Ўзбекистонда туберкулёз бўйича эпидемиологик вазиятни баҳолаш.	5	Александрова А.В. «Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания», М., 1989 г.

10	Туберкулёз билан касалланишга атроф-муҳит омилларининг таъсири. Туберкулёз билан оғриган беморларга тиббий маслаҳат бериш асослари.	5	Греймер М.С., Фейгин М.И. Приказ № 160 Мин.Здрав. РУз. Интернет.База данных ВЕБ библиотек. ВИЧ – ТБ.
	ЖАМИ :	50	

ФТИЗИАТРИЯ ВА ПУЛЬМОНОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ ФТИЗИАТРИЯ ФАНИ БЎЙИЧА ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ БАҲОЛАШ РЕЙТИНГ ТИЗИМИ НИЗОМИ

Умумий қоидалар

Ушбу Низом Бухоро Давлат Тиббиёт институти талабаларининг билимини баҳолаш рейтинг тизими туғрисидаги намунавий низоми асосида ишлаб чиқилди ва ундан институт талабалари билимини баҳолашда меъёрий хужжат сифатида фойдаланилади.

Рейтинг тизими қуйидаги вазифаларни бажаришга қаратилган:

- фаннинг талаба томонидан тизимли тарзда, белгиланган муддатларда ўзлаштиришини ташкил қилиш;
- талаба ўзлаштиришини мунтазам баҳолаб бориш;
- талабада мустақил ишлаш кўникмаларини ривожлантириш, ахборот манбаларидан самарали фойдаланишни ташкил этиш;
- талабанинг билимини адолатли ва аниқ баҳолаш;
- баҳолаш натижаларини мунтазам маълум қилиш ва таҳлил қилиш;
- профессор - ўқитувчиларнинг ҳар бир дарсга ва баҳолаш жараёнига маъсулиятни ошириш;
- ўқув жараёнининг ташкилий ишларини компьютерлашга шароит яратиш;

Баҳолаш турлари ва шакллари

3. Талабанинг фан бўйича ўзлаштиришини баҳолаш мунтазам равишда олиб бориш ва қуйидаги турлар орқали амалга оширилади:

- Жорий баҳолаш (ЖБ)
- Оралиқ баҳолаш (ОБ)
- Мустақил иши (МИ)
- Якуний баҳолаш (ЯБ)

Юқумли касалликлар, фтизиатрия, тери – таносил касалликлари бўйича талабанинг семестр (цикл) давомида ўзлаштириш кўрсаткичи 100 баллик тизимда баҳоланади. Ушбу 100 балл баҳолаш турлари бўйича қуйидагича тақсимланди:

жорий баҳолаш	45 балл
оралиқ баҳолаш	20 балл
мустақил иш	5 балл
якуний баҳолаш	30 балл

ЖБда фаннинг ҳар-бир мавзуси бўйича талабанинг билими ва амалий кўникмаларини аниқлаб бориш назарда тутилган ва у амалий ёки лаборатория машғулотида амалга оширилиши мумкин. Баҳолаш талабанинг билим даражаси, амалий машғулоти материалларини ўзлаштириши, назарий материал муҳокамасида ва таълимнинг интерактив услубларида катнашишининг фаоллик даражаси, шунингдек, амалий билим ва кўникмаларнинг ўзлаштириш даражаси (яъни назарий, аналитик ва амалий ёндашувлар) ҳисобга олинади.

Қўйиб юборилган ва ўзлаштирилмаган амалий ва маъруза машғулоти қайта

топшириши зарур ҳисобланади. Амалий машғулоти қайта топширишда 0,8 коэффиценти қўлланилади. Талаба қатнашмаган маъруза мавзусидаги амалий машғулотлар балидан 10% чегирма олинади.

Талабанинг мустақил иши Ўзбекистон Республикасининг Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2002 йил 10 июлдаги 28 - сонли буйруғига асосан ташкил этилади ва 100 баллик тизимда ЖБ жараёнида баҳоланади ва барча баҳолаш турларида аниқланади. Кафедрада фанлар бўйича мустақил иш ўқув дастурда кўрсатилган мавзулар бўйича ўтказилади, мустақил иш кафедрада қабул қилинган ва деканат томонидан тасдиқланган “ Фан бўйича талабаларнинг мустақил ишини қабул қилиш режаси ” асосида ўқитувчилар томонидан қабул қилинади. Мустақил ишнинг бир қисми касаллик тарихини ёзиш, касалхонада навбатчилик қилиш, кутубхонага бориш ва ўқув залида шугулланиш, ҳамда институтда ташкил этилган интернет синфларида шугулланиш ўз ичига олади. Талабалар цикл (семестр) охирида касаллик тарихи, рефератив доклад, ҳамда касалликларни ташхислаш алгоритмлар мажмуасини топширади. Талабаларнинг мустақил ишини баҳолаш учун кафедрада алоҳида синф журнали ташкил қилинади ва талабаларнинг кунлик ўзлаштириш баллари режада кўрсатилган ўқитувчилар томонидан кўрсатиб борилади. Ўқув журналида ўқув йилнинг (циклнинг) охириги амалий машғулотдан сўнг битта устун ажратилади ва талабанинг мустақил иши бўйича йиғилган балининг ўртача қиймати қўйилади.

Фтизиатрия фанидан 4 - курс даволаш ва тиббий педагогика факультети талабалари учун фандан умумий соатлар ҳажми 108 соатдан юқори булгани учун ОБ ўтказилади, умумий баҳолаш қуйидаги тартибда ўтказилади.

жорий баҳолаш 45 балл,
 оралик баҳолаш 20 балл
 мустақил иш 5 балл,
 якуний баҳолаш 30 балл

ЯБда талабанинг билими, кўникмалари фаннинг умумий мазмуни доирасида баҳоланади. ЯБ семестр (цикл) якунида ўтказилади.

ЯБ тури хар - бир фаннинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда, фтизиатрия фани бўйича даволаш ва тиббий педагогика факультети 4 курс талабаларига ЯБ 30 балл бўлиб шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида, даволаш ва тиббий педагогика факультети - 6 курс талабаларига ЯБ 30 балл булгани учун, шунинг 15 балл OSCE усулида, 15 балл тест усулида қабул қилинади.

Ёзма иш усулида ЯБ ўтказиш «Рейтинг тизимининг якуний баҳолаш босқичида ёзма иш усулини қўллаш тартиби» билан белгиланди (илова1).

Деканат ва кафедра белгиланган тартибда фан бўйича талабанинг ЖБ ҳамда ЯБдаги ўзлаштириш кўрсаткичларини белгиланган шаклда қайдномаларга киритишлари ва уларнинг натижаларини таҳлил этиб борилиши лозим.

Талабалар билимини баҳолашда қуйидаги намунавий мезонлар инобатга олинади.

Балл	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
86-100	Аъло	Хулосава қарор қабул қилиш. Ижодий фикрлай олиш. Мустақил мушоҳада юритиш. Амалда қўллай олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш.Тасаввурга эга бўлиш.
71-85	Яхши	Мустақил мушоҳада юритиш.Амалда қўллай олиш. Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
55-70	Қониқарли	Моҳиятини тушунтириш. Билиш, айтиб бериш. Тасаввурга эга бўлиш
0-54	Қониқарсиз	Аниқ тасаввурга эга бўлмаслик. Билмаслик.

Фанлардан баҳолаш турлари ўтказиладиган саволларни аниқ баллар билан ифодалаш тавсия этилади.

Талаба билимини баҳолаш тартиби
100 баллик тизимда балларни тақсимланиши

Баҳолаш тури	Максимал балл	Коэффициент	Саралаш бали
ЖБ	45 балл	0,45	балл
ТМИ	5 балл	0,05	балл
ОБ	20 балл	0,2	балл
ЯБ	30 балл	0,3	балл
ЖАМИ	100 бал	1,0	балл

Талабани фан бўйича аттестациядан ўтказиш тартиби

ЖБ (7та дурс) к=0.45	Кундалик баллар (61+71+75+ 80+ 70+70+ 73 = 500) : 7 =71 71 x 0,45 = 31,9 балл
ТМИ к=0,05	ТМИ бўйича тўпланган балл = 90 x 0.05= 4,5 балл
ОБ к=0,2	Оралик баҳо тўпланган балл =75 x 0.2= 15 балл
ЯБ к=0,3	Тест 80 +OSCE-78 =158: 2 =79 x 0,3 = 23,7 балл
Умумий баҳо	ЯБ = ЖБ+ ТМИ+ОБ+ЯБ Умумий баҳо = 31,9+ 4,5+ 23,7 + 15 =75,1балл (яхши)

Фан бўйича рейтинг дафтарчасини расмийлаштириш тартиби
4-курс даволаш ва тиббий педагогика факултети талабалари учун

	Фан номи	Фанга ажратилган соат	Максимал балл	Ўзлаштириш	Баҳо	Ўқитувчининг фамилияси, исми, шарифи	Сана	Имзо
	Фтизиатрия	130(80+50)	100	78,0	яхши	Б.Р.Муаззамов		

ЖБ баҳолаш ТМИ ва ОБ турини ўзлаштира олмаган талабага қайта ўзлаштириши учун муҳлат ЯБгача белгиланади.

ЖБ нинг хар бир боскичи умумий балининг, саралаш балини тўплаган талабага ЯБда иштирок этиш ҳуқуқи берилади.

Семестр (цикл) якунида фан бўйича саралаш балидан кам балл тўплаган талабанинг

ўзлаштириши қониқарсиз (академик қарздор) ҳисобланади.

Талабалар ЯБ натижалари бўйича апелляция комиссиясига мурожаат этишлари мумкин. Апелляция комиссияси уч аъзодан кам бўлмаган тартибда ректор буйруғи билан ташкил этилади. Талабалар апелляция комиссиясига фан бўйича ЯБ натижалари эълон қилинган вақтидан бошлаб бир кун давомида ариза билан мурожат қилишлари мумкин. Апелляция комиссияси талабанинг аризасини кўриб чиқиб, шу куннинг ўзида қайтадан ЯБ ўтказиб, ҳулосасини билдиради.

11.Рейтинг натижаларини қайд қилиш тартиби

Талаба фан бўйича баҳолаш турларида тўплаган баллари семестр (цикл) якунида рейтинг қайдномасига бутунсонлар билан қайд қилинади. Рейтинг дафтарчасининг «Ўқув режасида ажратилган соат» устунига семестр учун фанга ажратилган умумий ўқув юклама соатлари, «фандан олинган баҳо» устунига эса, талабани мазкур Низомнинг 7 - бандига мувофиқ 100 баллик тизимдаги ўзлаштириши қўйилади.

Талабанинг ўзлаштириши саралаш балидан паст бўлган кўрсаткич рейтинг дафтарчасига қайд этилмайди.

Ҳар бир фан бўйича ўтказиладиган ЖБ натижалари кафедра томонидан рейтинг экранда мунтазам равишда ёритиб борилади.

Талабалар мустақил иши (ТМИ) шакллари ва уларни баҳолаш мезонлари.

ТМИ ни ташкил этишда туберкулёз касаллигининг хусусиятларини, шунингдек ҳар бир талабанинг академик ўзлаштириш даражаси ва қобилиятини ҳисобга олган ҳолда талабалар учун мустақил ишнинг ташкилий шакли қилиб «Берилган мавзу бўйича ахборот (реферат) тайёрлаш» шаклидан фойдаланилади.

Мустақил ишни бажариш учун фанлар бўйича талабаларга зарурий методик қўлланма, кўрсатма ва тавсиялар ишлаб чиқилади.

Мустақил ишни бажариш учун талабага ахборот манбаси сифатида дарслик ва ўқув қўлланмалар, методик қўлланма ва кўрсатмалар, маълумотлар тўплами ва банки, илмий ва оммавий даврий нашрлар, Интернет тармоғидаги тегишли маълумотлар, берилган мавзу бўйича аввал бажарилган ишлар ва бошқалар хизмат қилади.

ТМИ ни назорат қилиш ўқув машғулотларини бевосита олиб боровчи ўқитувчи томонидан амалга оширилади.

Талаба рейтинг кўрсаткичлари, шу жумладан мустақил иш бўйича, анъанавий гуруҳрейтинг ойнасида ёритиб борилади.

ТМИ асосан амалиёт ўқитувчиси назоратида бўлиб, 100 балли тизим асосида баҳоланади ва факультет Илмий Кенгашида тасдиқланади. Мустақил ишларни баҳолаш мезонлари талабаларга ўқув йили бошланиши олдида методик материаллар билан биргаликда тарқатилади.

Мустақил иш бўйича белгиланган максимал рейтинг балининг 55% дан кам тўплаган талаба фан бўйича якуний назоратга қўйилмайди.

Фанлар кесимда талабаларнинг мустақил ишлари бўйича ўзлаштириши мунтазам равишда талабалар гуруҳларида, кафедра йиғилишлари ва факультет илмий кенгашларида муҳокама этиб борилади.

ТМИ кафедра архивида рўйхатга олинади ва ўқув йили мобайнида сақланади.

Глоссарий

1.СТ-туберкулёз таёқчаси

2. БК-Кох бацилласи

3. МБТ-микобактерия туберкулёза
4. КЧБ-кислотага чидамли бактериялар
5. КУБ- кислота устойчивый бактерии
6. ДОТС-назорат, кузатув, қисқа муддат, химиотерапия
7. Н-изониазид
8. R-рифампицин
9. E-этамбутол
10. Z-пиразинамид
11. S-стрептомицин
12. Pт- Протионамид
13. К –Канамицин
14. А–Амикацин
15. Cap –Капремицин
16. Cs –Циклосерин
17. Rb –Рифабутин
18. PAS –ПАСК
19. Fg -Фторхинолонлар
20. БЦЖ-BCG-Кальмет-Герен бациллеси
21. ТБ-туберкулин бирлиги
22. ППД-Л- Линникованинг тозаланган оксил деривати
23. БЖССТ-Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти.
24. УДМ-умум давлат муассасаси
25. СМБ-туберкулёз микобактерияси
26. СКД-силга қарши диспансер
27. ЭКГ-электрокардиография
28. ЭЧТ-эритроцитлар чўкиш тезлиги
29. ЛДГ-лактатдегидрогеназа
30. УЗД-ультра товушда ёзиш.

**План лекционных, практических и клинических занятий для студентов IV-курса
лечебного и медико-педагогического факультетов по фтизиатрии.**

Дни	Темы лекций	Темы практических занятий	Темы клинических занятий	Всего часов
1	История развития науки фтизиатрии. Этиология Туберкулеза.	Сан-эпид режим и инфекционный контроль во фтизиатрической клинике. (2 часа)	Средства защиты применяемые в клинике и ознакомление студентов по их использованию. (2 часа)	4
2	Эпидемиология, патогенез, иммунитет туберкулеза.	Диагностика туберкулеза. Клинико-лабораторные методы исследования туберкулеза. (2 часа)	Ознакомление студентов со структурой диспансера. Методика сбора мокроты для исследования. (2 часа)	4
3	Клиническая классификация туберкулеза. Первичный туберкулез.	Порядок заполнения истории болезни. Диагностика первичного туберкулеза. (2 часа)	Ознакомление студентов с методикой сбора анамнеза. Ознакомление с работой рентген и бактериологических кабинетов. Демонстрация фильма посвященная Туберкулин диагностике. (2 часа)	4
4	Диссеминированный туберкулез, патогенез, течение, клиника, диагностика.	Клинические формы диссеминированных процессов легких и их дифференциальная диагностика. (2 часа)	Совместное обсуждение больных с диссеминированными формами туберкулеза легких. (2 часа)	4
5	Очаговый, инфильтративный туберкулез легких. Туберкулёма легких. Клиника, диагностика.	Дифференциальная диагностика и осложнения очаговых, инфильтративных форм туберкулеза и туберкулемы легких. (2 часа)	Совместное обсуждение больных с очаговым, инфильтративным туберкулезом легких и туберкулемой легких. (2 часа)	4
6	Кавернозный, фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких. Клиническое течение, диагностика	Особенности клинического течение кавернозного, фиброзно-кавернозного и цирротического туберкулеза легких и их дифференциальная диагностика. (2 часа)	Совместное обсуждение больных с кавернозным, фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом легких. (2 часа)	4
7	Патогенез и клиника внелегочных форм туберкулеза.	Диагностика и особенности клинического течения внелегочных форм туберкулеза. (1 часа)	Клинический разбор и обсуждение больных с костно суставным и мочеполовым туберкулезом. (3 часа)	4
8	Туберкулезный плеврит. Туберкулезный менингит. Клиника и течение.	Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита и туберкулезного менингита. (1 часа)	Ознакомление и демонстрация методики плевральной пункции у больных с туберкулезным плевритом. Показ видео фильма. (3 часа)	4

9	—	Особенности кашля у больных туберкулезом легких и больных неспецифическими патологиями органов дыхания.(2 часа)	Обсуждение со студентами больных и дифференциальная диагностика туберкулеза легких с ХНЗЛ.(3часа)	5
10	—	Особенности лихорадки у больных туберкулезом легких и больных неспецифическими патологиями органов дыхания.(2 часа)	Обсуждение со студентами больных и дифференциальная диагностика туберкулеза легких с ХНЗЛ. (3часа)	5
11	—	Клинико-рентгенологическая и морфологическая характеристика инфильтратов в легких различного генеза. (2 часа)	Обсуждение больных с инфильтративными изменениями в легких и их дифференциальная диагностика.(3часа)	5
12	—	Лимфоаденопатии. Туберкулез периферических лимфатических узлов и их дифференциальная диагностика. (2 часа)	Обсуждение больных с туберкулезом периферических лимфатических узлов. (3часа)	5
13	—	Отдыха при различных формах туберкулеза легких и их дифференциальная диагностика. (2 часа)	Обсуждение больных находящихся в клинике с симптомом отдышки. Особенности реабилитации больных во фтизиатрической клинике. (3 часа)	5
14	—	Экстренная медицинская помощь во фтизиатрической клинике. (2 часа)	Обсуждение со студентами больных спонтанным пневмотораксом, кровохарканием, легочным кровотечением и отдышкой.(2 часа)	5
15	—	Туберкулез и сопутствующие заболевания: ТБ и ХНЗЛ, ТБ и рак легкого, ТБ и алкоголизм. (2 часа)	Обсуждение со студентами больных ТБ и ХНЗЛ, ТБ и рак легкого, ТБ и алкоголизм.(3часа)	5
16	—	Туберкулез и сопутствующие заболевания: ТБ и сахарный диабет, ТБ и беременность, ТБ и психические заболевания. (2 часа)	Обсуждение со студентами больных ТБ и сахарный диабет, ТБ и беременность, ТБ и психические заболевания.(3часа)	5
17	—	Туберкулез и ВИЧ/СПИД, клиническое течение и диагностика. (2 часа)	Задачи фтизиатора при наблюдении и лечении больных с ВИЧ/СПИД .(3часа)	5
18	Организация борьбы с туберкулезом в Республике Узбекистан.	Принципы лечения больных туберкулезом. Мониторинг и оценка эффективности лечения по стандартам ВОЗ.(1 часа)	Особенности лечения больных с резистентными формами туберкулеза. Ознакомление с деятельностью отделения МЛУ. (3 часа)	4

19	—	Профилактика туберкулеза. Специфические и санитарные методы профилактики. Методы ранней диагностики туберкулеза.(2 часа)	Практическое наблюдение со студентами за проведением вакцинации и ревакцинации, туберкулиновых проб в диспансерном отделении. (3 часа)	5
20	—	Задачи врачей первичного звена в борьбе с туберкулезом. (1 часа)	Ознакомление студентов со структурой и деятельностью диспансерного отделения. (3 часа). Итоговое занятие. Сдача экзамена по ОСКЕ. Сдача тестов.	4
	Итого:	36	54	90

Тема №1. История развития науки фтизиатрии. Этиология Туберкулеза. Сан-эпид режим и инфекционный контроль во фтизиатрической клинике.

Туберкулез как заболевание, поражающее людей, известен с древних времен. Отчетливые признаки костного туберкулеза, в частности туберкулезного спондилита, были найдены в скелете человека, жившего еще в каменном веке. Аналогичные изменения обнаруживались и в мумифицированных трупах египтян, умерших за 2000—3000 лет до н. э. «Фтизиологией» (от греч. «phthisis» — истощение) называл науку о туберкулезе Мортон (R. Morton) — автор первой монографии об этом заболевании «Фтизиология, или трактат о чахотке» (1689).

В XVI веке французский анатом Сильвий (F. Sylvius de Boe) при описании поражений легких у больных, умерших от чахотки, употребил слово «бугорок» (tuberculum). Однако лишь в начале XIX века во Франции патологи и терапевты Бейль (G. Bayle), а затем Лаэннек (R. Laennec) показали, что бугорок и казеозный некроз составляют универсальные морфологические проявления туберкулеза. Лаэннек и немецкий терапевт Шенляйн (J. Schonlein) ввели термин «туберкулез». Основные клинические проявления заболевания, которое позже было названо туберкулезом, — кашель, мокрота, кровохарканье, истощение — описаны еще Гиппократом, Галеном, Абу Али Ибн Синой (Авиценной). Они, как и многие последующие поколения врачей, относили к туберкулезу и большинство других хронических заболеваний легких.

В 1882 г. произошло крупнейшее научное событие: немецкий бактериолог Роберт Кох (R. Koch) открыл возбудителя туберкулеза, который был назван бациллой Коха (БК). Возбудителя туберкулеза Кох обнаружил при микроскопическом исследовании мокроты больного туберкулезом после предварительной окраски препарата везувином и метиленовым синим. Кох выделил возбудителя туберкулеза в виде чистой культуры и с ее помощью вызвал заболевание туберкулезом у подопытных животных. На заседании физиологического общества в Берлине 24 марта 1882 г. Кох сделал доклад «Этиология туберкулеза», в котором представил убедительные данные об открытии им возбудителя туберкулеза. За это открытие Кох в 1911 г. был удостоен Нобелевской премии. Среди причин, способствующих возникновению и развитию туберкулеза, Кох подчеркивал роль социальных факторов. «Готовность к болезни, — писал он, — особенно велика в ослабленных, находящихся в плохих условиях организма. Пока имеются на Земле трущобы, куда не проникает луч солнца, чахотка будет и дальше существовать».

В 1904 г. были опубликованы оригинальные работы А. И. Абрикосова, в которых приводилось детальное описание морфологических очаговых изменений в легких при начальных проявлениях легочного туберкулеза (очаг Абрикосова). А. И. Абрикосов — создатель отечественной школы патологоанатомов, изучавших туберкулез. В разработке методов диагностики туберкулеза историческими вехами стали предложенная в 1819 г. Лаэннеком аускультация легких и открытие в 1895 г. Рентгеном (W. K. Rontgen) X-лучей.

В 1907 г. детский врач из Вены Пирке (C. Pirquet) предложил кожную пробу с туберкулином для выявления инфицированных людей. Он ввел понятие об аллергии и явился основоположником туберкулинодиагностики. В 1919 г. французские ученые Кальметт и Герен (A. Calmette, J. Guérin) создали вакцинный штамм микобактерий туберкулеза (МБТ) для противотуберкулезной вакцинации людей. Этот штамм они получили в результате многократных (230) последовательных пассажей МБТ бычьего вида (*Mycobacterium bovis*). Вакцинный штамм был назван «бациллы Кальметта — Герена» (BCG, *Bacilles Calmette — Guérin*). Вакцина БЦЖ впервые была привита новорожденному ребенку в 1921 г.

Возбудителями туберкулёза являются микобактерии - кислотоустойчивые бактерии рода *Mycobacterium*. Всего известно 74 вида таких микобактерий. Они широко распространены в почве, воде, среди людей и животных. Однако туберкулёз у человека вызывает условно выделенный комплекс *M. tuberculosis*, включающий в себя *Mycobacterium tuberculosis* (человеческий вид), *Mycobacterium bovis* (бычий вид), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis* BCG (БЦЖ-штамм), *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canettii*. В последнее время к нему отнесены *Mycobacterium pinnipedii*, *Mycobacterium caprae*, филогенетически имеющие отношение к *Mycobacterium microti* и *Mycobacterium bovis*. Основной видовой признак микобактерии туберкулёза (МБТ) - патогенность, которая проявляется в вирулентности. Вирулентность может существенно изменяться в зависимости от факторов внешней среды и по-разному проявляться в зависимости от состояния макроорганизма, который подвергается бактериальной агрессии.

Туберкулёз у людей чаще всего возникает при заражении человеческим и бычьим видами возбудителя. Выделение *M. bovis* отмечается преимущественно у жителей сельской местности, где путь передачи в основном алиментарный. Отмечается также птичий туберкулез, который встречается преимущественно у иммунодефицитных носителей.

МБТ относятся к прокариотам (в их цитоплазме нет высокоорганизованных органелл аппарата Гольджи, лизосом). Отсутствуют также характерные для части прокариотов плазмиды, обеспечивающие для микроорганизмов динамику генома.

Форма - слегка изогнутая или прямая палочка 1-10 мкм × 0,2-0,6 мкм. Концы слегка закруглены. Обычно они длинные и тонкие, но возбудители бычьего вида более толстые и короткие.

МБТ неподвижны, не образуют микроспор и капсул.

В бактериальной клетке дифференцируется:

- микрокапсула - стенка из 3-4 слоёв толщиной 200-250 нм, прочно связана с клеточной стенкой, состоит из полисахаридов, защищает микобактерию от воздействия внешней среды, не обладает антигенными свойствами, но проявляет серологическую активность;

- клеточная стенка - ограничивает микобактерию снаружи, обеспечивает стабильность размеров и формы клетки, механическую, осмотическую и химическую защиту, включает факторы вирулентности - липиды, с фосфатидной фракцией которых связывают вирулентность микобактерий;

- гомогенная бактериальная цитоплазма;

- цитоплазматическая мембрана - включает липопротеиновые комплексы, ферментные системы, формирует внутрицитоплазматическую мембранную систему (мезосому);

- ядерная субстанция - включает хромосомы и плазмиды.

Белки (туберкулопротеиды) являются главными носителями антигенных свойств МБТ и проявляют специфичность в реакциях повышенной чувствительности замедленного типа. К этим белкам относится туберкулин. С полисахаридами связано обнаружение антител в сыворотке крови больных туберкулёзом. Липидные фракции способствуют устойчивости микобактерий к кислотам и щелочам.

Mycobacterium tuberculosis - аэроб, *Mycobacterium bovis* и *Mycobacterium africanum* - аэрофилы.

В пораженных туберкулёзом органах (лёгкие, лимфатические узлы, кожа, кости, почки, кишечник и др.) развивается специфическое «холодное» туберкулёзное воспаление, носящее преимущественно гранулематозный характер и приводящее к образованию множественных бугорков со склонностью к распаду.

Инфекционный контроль ТБ - это система мероприятий, направленных на предотвращение распространения туберкулезной инфекции в организациях здравоохранения среди медработников и пациентов, находящихся в этих организациях.

Административные меры инфекционного контроля

Административные меры инфекционного контроля для организаций ПМП:

- проводить скрининговый опрос всех посетителей для определения лиц, имеющих кашель более трех недель в максимально короткие сроки после их обращения в медицинскую организацию;
- по возможности направлять лиц с подозрением на ТБ в отдельную зону ожидания с хорошей вентиляцией, открыть окно для проветривания;
- обеспечить быстрое проведение обследования среди лиц с подозрением на ТБ в противотуберкулезных организациях, что снизит время нахождения опасного посетителя в медучреждении первичного звена и поможет быстрее установить правильный диагноз;
- объяснить кашляющим пациентам необходимость прикрывать рот салфеткой в момент кашля;
- в случае выявления у пациента кислотоустойчивых бактерий в мокроте методом простой бактериоскопии его необходимо обеспечить марлевой (одноразовой хирургической) маской и обязать не снимать ее, пока он находится в медицинской организации (маски помогают уменьшить распространение МБТ от пациента другим людям, поскольку они задерживают крупные влажные частицы близи рта и носа).

Инженерные меры инфекционного контроля за состоянием окружающей среды

Инженерные меры инфекционного контроля направлены на снижение концентрации МБТ в воздухе либо путем их уничтожения, либо удаления из воздуха в помещении.

Меры контроля над состоянием окружающей среды (инженерные меры) предоставляют собой вторую линию обороны для предупреждения распространения ТБ. Если меры административного контроля являются недостаточными, применяемые меры контроля за состоянием окружающей среды не исключают риск распространения ТБ.

Меры контроля за состоянием окружающей среды включают вентиляцию и ультрафиолетовое облучение.

Контролируемая естественная вентиляция помогает снизить риск распространения ТБ. Вентиляция - это движение воздуха в здании или замена воздуха в здании воздухом, поступающим извне. Когда свежий воздух попадает в помещение, он разбавляет концентрацию частиц, содержащих микобактерии туберкулеза, содержащихся в воздухе в помещении.

Для уменьшения риска инфицирования ТБ необходимо открывать двери и окна для подачи воздуха внутрь помещения. Контролируемая вентиляция означает использование мер для того, чтобы двери и окна находились в положении, обеспечивающем усиление вентиляции. В поликлиниках необходимо выделить специальные ходы и кабинеты для осмотра подозрительных на ТБ пациентов с максимальной естественной вентиляцией, что помогает снизить риск распространения ТБ.

Помимо этого для обеспечения вентиляции и распределения воздуха можно использовать вентиляторы, которые обеспечивают направление потока воздуха в направлении от пациента.

Забор мокроты на ТБ необходимо всегда производить либо на открытом воздухе, либо в особом помещении, без доступа других людей, но не в малых помещениях, таких как туалеты и т.п.

Ультрафиолетовое бактерицидное облучение может дополнять меры по вентиляции помещения там, где это возможно. Эксплуатация бактерицидных облучателей должна осуществляться в строгом соответствии с требованиями, указанными в паспорте и инструкции по эксплуатации. К эксплуатации бактерицидных установок не должен допускаться персонал, не прошедший необходимый инструктаж.

Необходимо периодически осуществлять очистку отражающих поверхностей облучателей и колбы лампы от пыли. Удаление пыли должно проводиться не реже 1 раза в месяц протиранием ламп 70% раствором этилового спирта (3 грамма на лампу в мес.), при обязательном отключении от сети бактерицидной установки. Применение для очистки бактерицидных ламп воды, растворов мыла или других моющих средств недопустимо, на поверхности лампы остается микроскопическая пленка, способная снижать мощность бактерицидного ультрафиолетового излучения.

Индивидуальная защита органов дыхания медицинского персонала

Одним из факторов, уменьшающих риск инфицирования работников здравоохранения и других посетителей медицинской организации, является регулярный контролируемый прием ПТЛС пациентами. При правильном контролируемом лечении пациента в отсутствии резистентности инфекционная опасность резко снижается уже через 2 недели после начала лечения. Выполнение полного курса контролируемого лечения позволит избежать развития мультирезистентности туберкулеза и предотвратить распространение инфекции.

Для медицинского персонала противотуберкулезных организаций при непосредственном контакте с пациентами-бактериовыделителями необходимо использование специальных респираторов (не хирургических масок) с защитой не менее 95% (т.е. эффективность фильтра респиратора задерживать частицы размером 0,3 микрона составляет 95%). Использование индивидуальных средств защиты органов дыхания (респираторов) эффективно при полном выполнении мер административного контроля, а также при наличии в организации эффективной вентиляции и ультрафиолетовых излучателей. Респираторы относительно дороги и требуют специального оборудования для регулярного тестирования их правильного ношения. Их применение следует ограничивать зонами с высоким уровнем риска - в закрытых отделениях туберкулезных больниц, диагностических кабинетах или в специальных центрах для лечения пациентов с эпидемиологически опасными формами туберкулеза.

Хирургические маски из ткани или бумаги не защищают тех, кто их носит, от вдыхания микобактерий туберкулеза. Фактически ношение таких масок медработником может способствовать развитию ложного чувства безопасности. Хирургические маски используются для пациентов с бактериовыделением при необходимости выхода из палаты либо отделения.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №2. Эпидемиология, патогенез, иммунитет туберкулеза. Диагностика туберкулеза. Клинико-лабораторные методы исследования туберкулеза.

Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти в мире.

В 2016 году туберкулезом заболели 10,4 миллиона человек, и 1,7 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни.

64% общего числа случаев приходится на семь стран, среди которых первое место занимает Индия, а за ней следуют Индонезия, Китай, Нигерия, Пакистан, Филиппины и Южная Африка.

По оценкам, в 2016 году 1 миллион детей заболели туберкулезом, и 250 000 детей умерли от него (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом).

По оценкам, в 2016 году 1 миллион детей заболели туберкулезом, и 250 000 детей умерли от него (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом).

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) по-прежнему представляет кризис в области общественного здравоохранения. По оценкам ВОЗ, произошло 600 000 новых случаев туберкулеза с устойчивостью к рифампицину - самому эффективному препарату первой линии, - из которых в 490 000 случаях был МЛУ-ТБ.

По оценкам, за период с 2000 по 2016 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 53 миллионов человеческих жизней.

Одна из задач в области здравоохранения в рамках недавно принятых Целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией туберкулеза.

Туберкулез поражает преимущественно взрослых людей в их самые продуктивные годы. Однако риску подвергаются все возрастные группы. Более 95% случаев заболевания и смерти происходит в развивающихся странах.

У людей, инфицированных ВИЧ, вероятность развития активной формы туберкулеза возрастает в 20–30 раз (см. раздел о Туберкулезе и ВИЧ). Более высокому риску развития активного туберкулеза подвергаются также люди, страдающие от других нарушений здоровья, ослабляющих иммунную систему.

В 2016 году 1 миллион детей (0–14 лет) заболели туберкулезом и 250 000 детей (включая детей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом) умерли от этой болезни.

Употребление табака значительно повышает риск заболевания туберкулезом и смерти от него. Более 20% случаев заболевания туберкулезом в мире связано с курением.

Туберкулез присутствует везде в мире. В 2016 году наибольшее число новых случаев заболевания туберкулезом произошло в Азии — 45% новых случаев. Далее следует Африка, где имело место 25% новых случаев.

В 2016 году 87% новых случаев заболевания туберкулезом произошло в 30 странах с тяжелым бременем туберкулеза. На долю семи стран — Индии, Индонезии, Китая, Нигерии, Пакистана, Филиппин и Южной Африки — пришлось 64% новых случаев заболевания туберкулезом. Улучшение глобальной ситуации зависит от продвижения вперед в деле профилактики и лечения заболевания в этих странах.

Заболеваемость туберкулезом в Узбекистане в 2015 году снизилась более чем на 20% по сравнению с 2012 годом, сообщила в пятницу главный фтизиатр министерства здравоохранения республики, профессор Наргиза Парпиева.

В 2012 году показатель заболеваемости туберкулезом в республике составлял 61,1 человека на 100 тысяч населения, то сегодня он не превышает 47,8 человека.

В стране с учетом рекомендаций ВОЗ создана бактериологическая лабораторная сеть, достигнут 100-процентный охват лечением всех форм туберкулеза, в том числе с лекарственно-устойчивыми формами, отметила главный фтизиатр Узбекистана. По ее словам, к 2020 году в республике запланировано строительство нового завода по производству туберкулина.

По данным Минздрава Узбекистана, смертность от туберкулеза в республике за последние 12 лет снизилась почти в три с половиной раза (с 12 до 3,5 человека на 100 тысяч населения).

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №3 Клиническая классификация туберкулеза. Первичный туберкулез. Порядок заполнения истории болезни. Диагностика первичного туберкулеза.

Классификация состоит из четырех основных разделов:

- Клинические формы туберкулеза.
- Характеристика туберкулезного процесса.
- Осложнения туберкулеза.
- Остаточные изменения после излеченного туберкулеза.

Клинические формы туберкулеза различаются по локализации и клинорентгенологическим признакам, с учетом патогенетической и патоморфологической характеристики туберкулезного процесса:

- *Туберкулезная интоксикация детей и подростков.*
- *Туберкулез органов дыхания:*
 - Первичный туберкулезный комплекс.
 - Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
 - Диссеминированный туберкулез легких.
 - Милиарный туберкулез легких.
 - Очаговый туберкулез легких.
 - Инфильтративный туберкулез легких.
 - Казеозная пневмония.
 - Туберкулема легких.
 - Кавернозный туберкулез легких.
 - Фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
 - Цирротический туберкулез легких.
 - Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема).
 - Туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей.
 - Туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными заболеваниями легких (конийотуберкулез).
- *Туберкулез других органов и систем:*
 - Туберкулез мозговых оболочек, центральной нервной системы.
 - Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов.
 - Туберкулез костей и суставов.
 - Туберкулез мочевых, половых органов.
 - Туберкулез кожи и подкожной клетчатки.
 - Туберкулез периферических лимфатических узлов.
 - Туберкулез глаз.
 - Туберкулез прочих органов.
- *Характеристика туберкулезного процесса дается по локализации процесса, клинорентгенологическим признакам и наличию или отсутствию микобактерий туберкулеза (МБТ) в диагностическом материале, полученном от больного.*
 - Локализация и распространенность указываются:
 - в легких по долям и сегментам;
 - по локализации поражения в других органах.
 - Фаза:
 - инфильтрации, распада, обсеменения; рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления.
 - Бактериовыщеление:
 - с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ+);
 - без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ-).
- *Осложнения туберкулеза:* кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, свищи и др.
- *Остаточные изменения после излеченного туберкулеза:*
 - а) органов дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические, кальцинаты в легких и лимфатических узлах,

плевропневмосклероз, цирроз, состояние после хирургического вмешательства и др.;

- б) других органов: рубцовые изменения в различных органах и их последствия, обызвествление, состояние после оперативных вмешательств.

Первичный туберкулёзный комплекс (ПТК, комплекс Гона) возникает при первичном заражении туберкулёзом. Обычно встречается в детском возрасте, гораздо реже у взрослых. После инфицирования возбудителем *Mycobacterium tuberculosis* в альвеолах образуются единичные или множественные очаги размножения возбудителя с развитием гранулематозного воспаления (так называемый первичный очаг, очаг Гона).

Вскоре в процесс вовлекаются лимфатические сосуды и региональные лимфатические узлы корня лёгкого. С их вовлечением формируется первичный туберкулёзный комплекс, в котором протекают казеозные изменения.

Течение острое и подострое. Характерных клинических симптомов не имеется, что может спровоцировать неправильную постановку диагноза гриппа, пневмонии и т. д. Над поражённой лёгочной тканью — обычные для пневмонии изменения. Увеличенная СОЭ. Температура может быть фебрильной и малой субфебрильной. В мокроте или промывных водах микобактерии туберкулеза определяются редко.

В дальнейшем комплекс Гона в большинстве случаев окружается соединительнотканной капсулой, обызвествляется и фиброзируется с формированием так называемого «остаточного первичного комплекса».

Рентгенологическая картина

В начальном периоде увеличенных лимфатических узлов может не определяться, а в лёгочной ткани выявляется округлое затемнение малой интенсивности. В дальнейшем интенсивность затемнения нарастает, его форма становится грушевидной или треугольной с четкой «дорожкой» (лимфангит), ведущей к корню лёгкого. Вторая тень располагается в корне, в зоне лимфаденопатии. Корень лёгкого увеличен, неструктурен, а граница его имеет округлые очертания. После регрессии активного патологического процесса в проекции существовавших ранее очагов туберкулёзного поражения лёгочной ткани и лимфатических узлов выявляются интенсивные очаговые тени кальцинатов (остаточный туберкулёзный комплекс).

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №4 Диссеминированный туберкулез, патогенез, течение, клиника, диагностика. Клинические формы диссеминированных процессов легких и их дифференциальная диагностика.

Диссеминированный туберкулез легких — специфическая бактериальная инфекция, протекающая с развитием многочисленных туберкулезных очагов в легочной ткани в результате рассеивания МБТ по организму. Диссеминированный туберкулез может протекать в генерализованной форме, с преобладающим поражением легких или других органов. Чаще всего (примерно у 90% больных) диагностируется диссеминированный туберкулез легких. Во фтизиатрии на диссеминированный туберкулез легких приходится 8-15% случаев туберкулеза органов дыхания. У детей и подростков данная форма туберкулеза возникает редко, в большей степени заболеваемости подвержены лица пожилого возраста и страдающие иммунодефицитом. Диссеминированный туберкулез легких служит причиной 3% всех смертей, вызванных туберкулезом.

В зависимости от путей распространения микобактерий по организму различают гематогенный, лимфогенный и лимфобронхогенный диссеминированный туберкулез. Все три варианта могут носить острое, подострое или хроническое течение, ограниченный или распространенный характер.

Острый диссеминированный туберкулез легких чаще всего имеет гематогенное распространение. По размеру туберкулезных очагов он делится на мелкоочаговый (милиарный, с очагами диаметром 1-2 мм) и крупноочаговый (очаги диаметром до 10 мм). При милиарном туберкулезе на рентгенограммах выявляется густая «просовидная»

диссеминация, обычно расположенная симметрично в обоих легких. Может протекать по тифоидному (с лихорадкой и резкой интоксикацией), легочному (с выраженной дыхательной недостаточностью) или менингеальному варианту (с явлениями менингита, менингоэнцефалита). Острый крупноочаговый туберкулез легких протекает в виде долевой казеозной пневмонии; очаги крупные, симметричные, с преимущественной субплевральной локализацией в верхних долях. Прогрессирование крупноочаговых изменений может приводить к деструкции легочной ткани с формированием каверн.

Подострый диссеминированный туберкулез легких может иметь гематогенный и лимфогенный генез. В первом случае очаги диссеминации чаще располагаются в верхних отделах легких; во втором – в нижних и прикорневых отделах, сочетаясь с выраженным лимфангитом. Очаги имеют средние или крупные размеры; характерно их сочетание с тонкостенными «штампованными» кавернами, пневмосклерозом.

Хронический диссеминированный туберкулез легких возникает на фоне повторных эпизодов микобактериемии. Очаги диссеминации в легких полиморфны, имеют различную степень давности и величину (от мелких до крупных); их количество и размеры увеличиваются в периоды обострений. В легких формируется диффузный пневмосклероз, эмфизема, фиброзные и цирротические изменения верхних долей.

Различные клинические формы диссеминированного туберкулеза легких имеют свои специфические особенности течения. Примерно у трети больных поражение легких является случайно находкой и обнаруживается при прохождении массовой флюорографии. Остальные пациенты целенаправленно обращаются к врачу в связи с ухудшением самочувствия.

Острый диссеминированный туберкулез легких в начальном периоде часто напоминает ОРВИ или внебольничную пневмонию. Он манифестирует внезапно, с резкого недомогания, повышения температуры до 38°C, диспепсических нарушений, головной боли. На фоне неспецифических симптомов возникают сухой кашель, одышка, цианоз. Симптоматика прогрессивно нарастает в течение 1-2 недель: температура может достигать 40°C; кашель становится продуктивным с выделением слизисто-гнойной мокроты; может возникать кровохарканье; выражены адинамия, тахикардия, ночная потливость.

При тифоидной форме преобладает интоксикационный синдром, могут иметь место нарушение сознания и бред. У больных с легочной формой, кроме токсикоза, тяжесть состояния усугубляется резко выраженной дыхательной недостаточностью. В случае перехода туберкулезного воспаления на мозговые оболочки развивается менингеальная форма с соответствующей симптоматикой (ригидностью мышц затылка, симптомами Брудзинского и Кернига).

Редко наблюдается острейшее течение диссеминированного туберкулеза легких - туберкулезный сепсис. Ему подвержены лица со сниженным иммунитетом (тяжелым сахарным диабетом, лейкоемией и т. д.). Он протекает крайне тяжело с высокой лихорадкой, спутанностью сознания, гепатоспленомегалией, легочно-сердечной недостаточностью.

Клиническая картина подострого диссеминированного туберкулеза легких маскируется под затяжной бронхит; отличается умеренно выраженными проявлениями: раздражительностью, снижением работоспособности, общей слабостью, потерей аппетита и похуданием, периодической гипертермией, несильным влажным кашлем, болью в боку. Нередко развитию симптоматики предшествует туберкулезный плеврит.

Хронический диссеминированный туберкулез легких вне обострения протекает бессимптомно. В период активизации специфического воспаления появляются умеренные симптомы интоксикации; при длительном течении туберкулезного процесса преобладают признаки дыхательной недостаточности. Вследствие редукции сосудистого русла и повышения давления в сосудах малого круга развивается легочное сердце.

Диссеминированный туберкулез легких может сочетаться с туберкулезом гортани, костей и суставов, почек, гениталий. В этом случае признакам поражения легких может предшествовать другая органная симптоматика (дисфония, боль в горле, суставах и позвоночнике, гематурия, бесплодие и т. д.).

Исход острого диссеминированного туберкулеза легких может быть благоприятным при условии своевременного выявления и проведения полноценного курса этиотропной терапии.

Осложнение в виде туберкулезного менингита может привести к гибели больного. Подострое течение может подвергаться обратному развитию или переходить в хроническую форму. Хронический диссеминированный туберкулез имеет длительное, многолетнее течение, может осложняться появлением внелегочных очагов и прогрессированием в фиброзно-кавернозный туберкулез.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №5 Очаговый, инфильтративный туберкулез легких. Туберкулёма легких. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика и осложнения очаговых, инфильтративных форм туберкулеза и туберкулемы легких.

Очаговый туберкулез легких – специфическое туберкулезное поражение, характеризующееся наличием в легких немногочисленных небольших (в пределах 1-2-х сегментов) фокусов продуктивного воспаления. Очаговый туберкулез относится к вторичной туберкулезной инфекции, т. е. обычно возникает через много лет после излечения первичного туберкулеза. Именно поэтому преобладающее большинство заболевших составляют взрослые пациенты. Среди других клинко-морфологических форм туберкулеза легких на долю очаговой формы приходится 15-20%. Отличительными особенностями очагового туберкулеза легких являются ограниченность зоны поражения одним-двумя сегментами, неструктивный характер воспаления и латентное течение инфекции.

По давности течения очаговый туберкулез легких может быть свежим (мягкоочаговым) и хроническим (фиброзно-очаговым). Свежий туберкулез является начальной стадией вторичного процесса, развившегося у пациента, ранее инфицированного микобактериями и переболевшего первичной инфекцией. Морфологически характеризуется эндобронхитом и перибронхитом в области сегментарных бронхов, при вовлечении альвеол - лобулярной бронхопневмонией.

Хронический очаговый туберкулез может развиваться как в результате рассасывания свежего очагового туберкулеза, так и в исходе других легочных форм – инфильтративной, диссеминированной, кавернозной. При этом воспалительные очаги инкапсулируются, замещаются соединительной тканью или обызвествляются. По сути, они представляют собой остаточные фиброзные очаги, однако при определенных условиях могут реактивироваться, вызывая обострение туберкулезного процесса и увеличение границ поражения. В свою очередь, при прогрессировании хронический очаговый процесс также может трансформироваться в инфильтративный, кавернозный или диссеминированный туберкулез легких.

В своем развитии очаговый туберкулез проходит фазы инфильтрации, распада и уплотнения. В зависимости от размеров различают мелкие (до 3 мм в диаметре), средние (до 6 мм), крупные (до 10 мм) очаги.

Особенностью клинического течения очагового туберкулеза легких является стертость или отсутствие симптоматики, поэтому большая часть случаев выявляется при профилактической флюорографии. Примерно у трети пациентов определяется слабо выраженный интоксикационный синдром и признаки поражения органов дыхания.

Клиника.

Признаки интоксикации включают в себя субфебрильную температуру по вечерам, ощущение жара, сменяющееся кратковременным похолоданием, потливость, недомогание, снижение аппетита, нарушение сна. Иногда при очаговом туберкулезе легких, как проявление специфической интоксикации, возникают признаки гипертиреоза: увеличение размеров щитовидной железы, тахикардия, блеск глаз, колебания веса, раздражительность. У женщин могут отмечаться нарушения менструального цикла по типу опсоменореи или пройоменореи.

Возможны жалобы на боль в боку, между лопатками, в плечах. Кашель обычно носит непостоянный характер, может быть сухим или сопровождаться скудным отделением мокроты. Изредка возникает кровохарканье.

Диагностика очагового туберкулеза легких

Физикальные данные, выявляемые при объективном обследовании больного с подозрением на очаговый туберкулез легких, неспецифичны. Пальпация позволяет выявить небольшую болезненность и ригидность мышц плечевого пояса; лимфоузлы не увеличены. Перкуторный звук над очагом поражения приглушен, при аускультации прослушивается жесткое дыхание, во время покашливания больного определяются единичные мелкопузырчатые хрипы.

Туберкулиновые пробы при очаговом туберкулезе легких, как правило, нормергические, поэтому не играют существенной роли в диагностике. В редких случаях больные могут реагировать на подкожное введение туберкулина повышением температуры тела, увеличением количества мокроты, ускорением СОЭ и т. п. Для определения активности туберкулеза исследуется мокрота на КУБ, производится бронхоскопия с забором бронхоальвеолярных смывов. Эндоскопическая картина при свежем очаговом туберкулезе легких характеризуется признаками эндобронхита.

Основную информацию о форме туберкулеза дает рентгенография легких, однако рентгенологическая картина может быть различной в зависимости от фазы и длительности процесса. При свежем очаговом туберкулезе обычно определяется 1-2 крупных очага и несколько средних или мелких; тени слабоконтурирующие, малоинтенсивные, округлой формы. Хронический очаговый туберкулез рентгенологически проявляется наличием плотных фокусов с очагами обызвествления и фиброзных тяжей; тени средней и высокой интенсивности, обычно малого и среднего размера. Дифференциальная диагностика проводится с неспецифической очаговой пневмонией, пневмомикозами, периферическим раком легкого.

При сомнительных данных прибегают к проведению тест-терапии: пациенту на 2-3 месяца назначают противотуберкулезные средства и отслеживают клинико-рентгенологическую и лабораторную динамику. При уменьшении или частичном рассасывании очагов диагноз очагового туберкулеза несомненен.

Инфильтративный туберкулез легких – клинико-морфологическая форма туберкулеза органов дыхания, протекающая с образованием экссудативно-пневмонических очагов в легких с казеозным распадом в центре. Среди всех форм туберкулеза легких инфильтративная форма встречается наиболее часто – в 60-70% случаев. В этой связи организованное выявление более ранних форм туберкулеза является приоритетной задачей пульмонологии и фтизиатрии. Инфильтративный туберкулез легких относится к числу социально-опасных заболеваний. Болеют в основном взрослые (чаще – лица молодого возраста), имеющие неблагоприятные бытовые условия и низкие гигиенические навыки, страдающие вредными привычками. В структуре смертности от туберкулезной инфекции инфильтративная форма занимает около 1%.

Классификация инфильтративного туберкулеза легких

В современной фтизиатрии принято выделять пять клинико-рентгенологических вариантов инфильтративного туберкулеза легких:

- **Облаковидный инфильтрат** – рентгенологически определяется в виде слабоинтенсивной гомогенной тени, имеющей расплывчатые контуры. Имеет склонность к быстрому распаду и формированию свежих каверн.
- **Круглый инфильтрат** – на рентгенограммах имеет вид округлого гомогенного фокуса (иногда с участком распада в виде просветления) с четко очерченными границами; чаще локализуется в подключичной области.
- **Дольковый (лобулярный) инфильтрат** – при рентгеновском исследовании выявляется неомогенное затемнение неправильной формы, образованное слиянием нескольких очагов, часто с распадом в центре.
- **Краевой инфильтрат (перисциссурит)** – обширная облаковидная инфильтрация, снизу ограниченная междолевой бороздой. Имеет треугольную форму с углом, обращенным в сторону корня легкого, а основанием – кнаружи. Нередко возникает поражение междолевой плевры, иногда с развитием туберкулезного плеврита.

- Лобит – обширный инфильтрат в легком, занимающий целую долю. Рентгенологически характеризуется неомогенным фокусом с наличием в нем полостей распада.

По размеру различают малые (1-2 см), средние (2-4 см), крупные (4-6 см) и распространенные (более 6 см) инфильтраты. Отдельно выделяют казеозную пневмонию, характеризующуюся инфильтративной реакцией с преобладанием некротических процессов. Казеозно-пневмонические очаги поражают долю или все легкое. Казеозная пневмония чаще развивается на фоне сахарного диабета, беременности, легочных кровотечений, сопровождающихся аспирацией крови, обсемененной микобактериями.

Клиника

Вариант клинического течения инфильтративного туберкулеза легких зависит от типа инфильтрата. Острое начало характерно для лобита, периссиссурита, некоторых случаев облаковидного инфильтрата. Бессимптомное и малосимптомное течение наблюдается при наличии круглого, лобулярного и облаковидного инфильтратов. В целом же острая манифестация отмечается 15-20% пациентов, постепенная - у 52-60%, бессимптомная – в 25% случаев.

В большинстве наблюдений первым неспецифическим симптомом инфильтративного туберкулеза легких служит подъем температуры тела до 38-38,5°C, которая держится 2-3 недели. Гипертермия сопровождается потливостью, болезненностью мышц, разбитостью, кашлем с выделением мокроты. В целом клиника напоминает грипп, бронхит или острую пневмонию. Иногда заболевание манифестирует с кровохарканья или легочного кровотечения. Среди наиболее распространенных жалоб следует отметить боли в груди на стороне поражения, снижение аппетита, нарушение сна, общую слабость, сердцебиение. Бессимптомные и малосимптомные формы инфильтративного туберкулеза легких, как правило, выявляют во время диспансеризации или профилактического медосмотра по результатам флюорографии.

В числе осложнений инфильтративного туберкулеза легких можно встретить казеозную пневмонию, ателектаз легкого, пневмоторакс, плеврит, легочное кровотечение, туберкулезный менингит, реактивный миокардит, сердечную недостаточность. Начало казеозной пневмонии всегда острое: лихорадка достигает 40-41°C, типичны перепады между дневной и вечерней температурой, резко выражена туберкулезная интоксикация. Больных беспокоит одышка, кашель с гнойной мокротой, боли в грудной клетке, прогрессирующее похудание.

Диагностика инфильтративного туберкулеза легких

Поскольку клинические признаки инфильтративного туберкулеза легких малоспецифичны или отсутствуют совсем, основное значение в диагностике имеют объективные, инструментальные и лабораторные данные. Аускультативная картина характеризуется наличием звучных хрипов; перкуссия обнаруживает притупление звука над областью инфильтрата. Особенно эти изменения выражены при лобите и наличии распада инфильтрата с формированием каверны. Воспалительные изменения крови (сдвиги в лейкоформуле, ускорение СОЭ) незначительны.

Туберкулиновая проба у больных инфильтративным туберкулезом легких чаще положительная. Рентгенография легких позволяет не только обнаружить инфильтративные изменения, но и оценить характер тени, проследить динамику лечения. Выявить МБТ можно как с помощью микроскопического исследования, так и методом бактериологического посева мокроты или смывных вод бронхов, полученных при проведении бронхоскопии.

Дифференцировать инфильтративный туберкулез легких приходится с очаговым туберкулезом, ОРВИ, неспецифической пневмонией, раком легкого, актиномикозом, эхинококкозом и кистами легкого, лимфогранулематозом.

Туберкулома легкого – осумкованный казеозный очаг в легочной ткани диаметром более 1 см, образующийся в исходе различных форм туберкулеза. Туберкулома легкого чаще всего бессимптомна, поэтому в большинстве случаев обнаруживается случайно. При прогрессировании сопровождается признаками интоксикации, субфебрилитетом, кашлем, кровохарканьем. Основным способ выявления туберкуломы легкого – рентгенологический.

Отмечается положительная туберкулиновая реакция; МБТ в мокроте обнаруживаются не всегда. В отношении туберкулом легких применяется консервативная тактика (специфическая химиотерапия), в некоторых случаях – хирургический подход (сегментэктомия, лобэктомия).

Клиническое течение туберкулемы легкого может быть:

стабильным – при отсутствии прогрессирования клинико-рентгенологических признаков туберкулемы;

прогрессирующим – при разрыве капсулы, расплавлении казеоза, его выделении через дренирующий бронх с образованием каверны и бронхогенным обсеменением окружающей легочной ткани;

регрессирующим – в случае обызвествления казеоза и гиалинизации фиброзной капсулы.

Туберкуломе легкого свойственен бессимптомный или малосимптомный характер течения. В первом случае больные жалоб не предъявляют. Во втором случае вне обострения может отмечаться утомляемость, потливость, снижение аппетита, редкий кашель (сухой или со скудной мокротой), периодический субфебрилитет. Субплевральное расположение туберкулемы легкого обуславливает появление более тянущего или ноющего характера на стороне поражения, связанных с дыханием.

В период распада туберкулемы интоксикация становится более выраженной, появляется стойкое повышение температуры, кашель с мокротой, у части пациентов возникает кровохарканье. Прогрессирующее течение туберкулемы легкого может способствовать развитию казеозной пневмонии, фиброзно-кавернозного или диссеминированного туберкулеза легких. При благоприятных условиях возможна регрессия очага.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №6 Кавернозный, фиброзно-кавернозный и цирротический туберкулез легких. Клиническое течение, диагностика. Особенности клинического течения кавернозного, фиброзно-кавернозного и цирротического туберкулеза легких и их дифференциальная диагностика.

Кавернозный туберкулез лёгких — форма туберкулеза лёгких, при которой обнаруживаются каверны. Развивается в тех случаях, когда прогрессирование других форм (первичный комплекс, очаговый, инфильтративный, гематогенный диссеминированный туберкулёз) приводит к формированию каверны, то есть стойкой полости распада лёгочной ткани. Протекает без очагов отсева и без развития перифокального воспаления.

При данном заболевании каверна представляет собой патологическую полость, ограниченная трехслойной капсулой, внутренний слой которой состоит из неотторгнувшихся казеозных масс, средний слой — слой специфических грануляций, наружный слой — фиброзный слой.

Патогенез

В большинстве случаев данная форма заболевания — это следствие инфильтративного туберкулеза. Изначально инфильтрат включает в себя фокус воспаления, в центре которого имеются казеозные массы (некротизированная лёгочная ткань), а в перифокальном инфильтрате — большое количество лимфоцитов, лейкоцитов и макрофагов. В результате гибели этих клеток высвобождается большое количество протеаз, которые с легкостью расплавляют казеоз. Жидкий казеоз начинает вытекать через дренирующий бронх, и образуется полость распада. В таком случае выставляется диагноз инфильтративный туберкулез в фазе распада. В ходе лечения перифокальная инфильтрация вокруг зоны распада начинает рассасываться и остаётся полость, около которой всегда имеются элементы продуктивного воспаления, которые постоянно трансформируются в казеозную ткань. Каверна формируется при рассасывании перифокального воспаления и фиброзировании.

Для кавернозного туберкулёза типичным симптомокомплексом является «синдром фазы распада»:

- кашель с наличием мокроты,
- хрипы в лёгких,
- кровохарканье,

- бактериовыделение.

Диагностика.

Основным методом выявления кавернозных полостей является рентгенография в частности линейная томография. Кавернозный туберкулез лёгких может характеризоваться наличием:

- эластической каверны,
- ригидной каверны,
- фиброзной каверны.

Чаще всего наблюдаются эластическая и ригидная каверны. Фиброзная полость может быть лишь у некоторой группы больных, систематически подвергающихся химиотерапии, когда сохраняется каверна, но нет тех признаков, которые типичны для фиброзно-кавернозного туберкулеза. В современных условиях кавернозный туберкулез характеризуется сравнительно малосимптомным течением.

Бактериовыделение у больных кавернозным туберкулезом зависит от эффективности химиотерапии. Постоянное бактериовыделение даже при клиническом благополучии, при отсутствии клинически выраженных вспышек должно расцениваться как признак активного туберкулеза. Продолжающееся бактериовыделение — чаще всего результат неадекватной химиотерапии или результат лекарственной резистентности микобактерий.

Большое значение при обследовании больного кавернозным туберкулезом имеет изучение в динамике лейкограмм. Такие признаки, как увеличение СОЭ, сдвиг влево, лимфопения, даже при клиническом благополучии являются признаками активного туберкулеза, обострения болезни, поэтому повторное исследование крови имеет большое значение.

Все больные с кавернозным процессом нуждаются в проведении бронхоскопии из-за того, что нередко такой процесс сопровождается эндобронхитом, а сопутствующий эндобронхит может препятствовать заживлению каверны даже при наличии эластической полости. Кроме того, при эндобронхите тактика лечения несколько меняется.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких - хроническое заболевание, протекающее длительно и волнообразно, с интервалами затихания воспалительных явлений. Для него характерно наличие одной или нескольких каверн большой давности с резко выраженным склерозом окружающих тканей, фиброзных перерождений легких и плевры.

Патогенетически эта форма не возникает самостоятельно, а является следствием инфильтративного туберкулеза. Гематогенно-диссеминированная форма также служит источником фиброзно-кавернозных процессов в легких.

Клинические проявления фиброзно-кавернозного туберкулеза многообразны, они обусловлены самим туберкулезным процессом, а также развившимися осложнениями.

Различают два клинических варианта течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких: 1) ограниченный и относительно стабильный, когда благодаря химиотерапии наступает определенная стабилизация процесса и обострение может отсутствовать в течение нескольких лет;

2) прогрессирующий, характеризующийся сменой обострений и ремиссий, с разными периодами между ними.

В периоды обострений отмечается подъем температуры, что объясняется специфическими вспышками процесса, развитием инфильтрации вокруг каверны. Температура может быть высокой в тех случаях, когда к заболеванию присоединяется вторичная инфекция.

Поражение бронхов сопровождается затяжным «надсадным» кашлем, во время которого вязкая слизисто-гнойная мокрота отделяется с трудом.

Частыми осложнениями являются:

- 1) кровохарканье;
- 2) легочные кровотечения, вызванные перфорацией крупных сосудов вследствие казеозно-некротического процесса.

Внешний облик больного с длительно протекающим фиброзно-кавернозным туберкулезом весьма характерен и носит название *habitus phthisicus*. Больного отличает

резкое похудание, вялая сухая кожа, легко собирающаяся в морщины, атрофия мышц, главным образом верхнего плечевого пояса, спины и межреберных групп.

Больные страдают от постоянной интоксикации. При частых вспышках туберкулезного процесса развивается дыхательная недостаточность II и III степени. Отмечаются застойные явления, акроцианоз. В дальнейшем увеличивается печень. Могут появиться отеки. При прогрессировании процесса наблюдается специфическое поражение гортани и кишечника, что приводит к резкому снижению сопротивляемости организма. При развитии кахексии, амилоидного нефроза и легочно-сердечной недостаточности прогноз становится тяжелым.

Рентгенологически картина фиброза и сморщивания легкого чаще всего обнаруживается в верхних долях с преимущественным поражением одной из них. Средостение и трахея смещены в сторону большего поражения. Верхние доли уменьшены в объеме, прозрачность их резко понижена за счет гиповентиляции. Рисунок легочной ткани резко деформирован в результате развития грубого фиброза. В нижних отделах легких прозрачность часто повышена, что свидетельствует об эмфиземе. Корни, как правило, смещены кверху.

Крупные сосуды определяются в виде прямых, ровных теней - так называемый симптом «натянутой струны». Обычно в обоих легких видны группы очагов различной величины и интенсивности.

При фиброзно-кавернозном процессе каверна располагается среди грубого фиброза легких, стенки ее деформированы, плотны, чаще всего утолщены. Нередко на дне каверны определяется небольшой уровень жидкости. При обострении и прогрессировании процесса вокруг каверны видны участки инфильтрации. В процессе лечения отмечаются медленное рассасывание этих изменений, частичное уменьшение и сморщивание каверны. Иногда фиброзная каверна выявляется только при томографии, так как на обычной рентгенограмме тень каверны может быть закрыта наслаивающимися тенями очагов, фиброза и плевральных наложений.

При лабораторном исследовании мокроты обнаруживается постоянное бацилловыделение, иногда массивное, а также коралловидные эластические волокна.

Кровь. Состояние крови у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом зависит от фазы заболевания. При вспышке оно такое же, как и при активном туберкулезе, но с изменением формулы в сторону лимфопении, левого сдвига и ускоренной СОЭ до 30-40 мм/ч. При тяжелых кровотечениях выявляется анемия, иногда очень резко выраженная. При вторичной инфекции наблюдается более высокий лейкоцитоз - до 19 000-20 000 и увеличение нейтрофилов.

В моче при амилоидозе почек, который нередко развивается у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, содержание белка обычно высокое.

Цирротический туберкулез легких

Эта форма туберкулеза характеризуется обширным разрастанием грубой соединительной ткани в легких и плевре с преобладанием фиброзных изменений над специфическими.

Цирротический туберкулез легких (ЦТЛ) является исходом инфильтративного, диссеминированного, фиброзно-кавернозного туберкулеза, туберкулезного плеврита, а также длительно поддерживающегося лечебного пневмоторакса и может быть односторонним и двусторонним, что определяет деформацию грудной клетки и выраженность перкуторных и аускультативных данных.

По клинико-морфологическим признакам принято выделять цирротический туберкулез и посттуберкулезный цирроз.

Цирротический туберкулез подразумевает активный туберкулез легких, посттуберкулезный цирроз - без признаков активности специфического процесса.

Клиническая картина ЦТЛ зависит от распространенности морфологических изменений, компенсаторных возможностей организма и фазы развития туберкулезного процесса. Может длительно протекать с маловыраженной симптоматикой. Постепенно нарастают одышка, слабость, кашель с мокротой, боль в грудной клетке. Появляются симптомы интоксикации, бактериовыделение, что свидетельствует об обострении специфического процесса.

При ЦТЛ выделяют пять основных клинических вариантов:

1) ограниченный ЦТЛ с малосимптомным течением;

- 2) распространенный ЦТЛ с частыми обострениями, при которых выражен интоксикационный синдром;
- 3) ЦТЛ с бронхоэктазами, кровохарканьями и кровотечениями;
- 4) повторные пневмонические вспышки, обусловленные неспецифической инфекцией;
- 5) «разрушенное» легкое с прогрессированием туберкулезного процесса и различными проявлениями метатуберкулезного синдрома.

Различают три типа: кавернозно-цирротический, поликавернозно-цирротический и апневматозно-цирротический. Это наиболее тяжелый вариант цирротического туберкулеза с выраженной интоксикацией, кровотечением и кровохарканьем и легочной недостаточностью, постоянным бактериовыделением.

Течение и исход ЦТЛ зависят от того, как быстро прогрессируют нарушения функции дыхания и кровообращения и развитие легочного сердца.

Диагноз цирротический туберкулез легких ставится на основе анамнеза заболевания, рентгенологических данных, бактериологических исследований на МБТ.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №7 Патогенез и клиника внелегочных форм туберкулеза. Диагностика и особенности клинического течения внелегочных форм туберкулеза.

Туберкулез поражает практически любой орган. По локализации различают: костно-суставный (встречается у 47% всех больных внелегочным туберкулезом); мочеполовых органов (37%); глаз (5,5%); мозговых оболочек (менингит - 4%); лимфатических узлов (2,5%); брюшины (1,5%); кожи (1,5%). Совсем редко встречается туберкулез других органов: перикарда, надпочечников, кишечника и т.д. Внелегочными формами туберкулеза чаще болеют взрослые (79%) и реже - дети и подростки (соответственно 16% и 5%).

Независимо от места поражения цикл воспаления везде одинаков: очаг (гранулема) - расплавление его (казеоз) - образование полости распада (каверна) - возникновение при санировании фиброза (склерозирование). Начальные проявления заболевания при минимальных поражениях дают картину интоксикации организма. По мере распространения процесса его симптоматика зависит от нарушений, присущих пораженному органу.

Распознавание внелегочного туберкулеза невозможно без рентгенологического исследования и туберкулиновых проб. Диагностика ведется с учетом трех этапов развития заболевания.

Первый этап - появление первичного очага туберкулезного воспаления в пределах мельчайшей анатомической единицы, постепенно распространяющегося контактным путем.

Второй этап - вовлечение в патологический (болезненный) процесс окружающих тканей и органов, функционально тесно связанных с пораженным органом (например, распространение туберкулеза на мочевыводящие пути при туберкулезе почек и др.).

Третий этап - полное поражение туберкулезом органа, системы и окружающих тканей с возникновением осложнений.

Внелегочный туберкулез характеризуется тем, что выявляется достаточно поздно, примерно от 3 месяцев до 10 лет после начала заболевания.

Глаз туберкулез. Поражает все отделы органа зрения - роговицу, конъюнктиву, сосудистую оболочку, глазное дно, зрительный нерв и прилегающие к нему сосуды, стекловидное тело и т.д. Туберкулез может имитировать любое заболевание глаза. При этом возникают боль в глазу с ее распространением на всю половину головы, отечность век и конъюнктивы, покраснение. При поражении роговицы, стекловидного тела, а также других отделов глазного яблока возможны кровоизлияния, изъязвление роговицы, ухудшение зрения. Течение заболевания, как правило, длительное, рецидивирующее. Прогноз может быть самым различным: от излечения до полной слепоты.

Кишечника туберкулез. Инфильтративно-язвенное поражение кишечника туберкулезной микобактерией, преимущественно слепой и подвздошной кишки, из которых процесс распространяется на брыжинные лимфоузлы. Может возникнуть как первичный туберкулез, либо вторично при туберкулезе легких или половых органов. Нарушение функции кишечника, чаще понос, снижение аппетита, боли, иногда острые, обычно в правой подвздошной области и вокруг пупка, на фоне лихорадочного состояния и прогрессирующего исхудания. Живот вздут, можно нащупать уплотненную слепую кишку. Наряду с клинической картиной наличие в кале микобактерии туберкулеза и характерные рентгенологические симптомы, положительные туберкулиновые пробы.

Менингит туберкулезный. Возникает обычно как осложнение при диссеминированном туберкулезе. Страдают чаще всего дети. Ребенок становится сонливым, вялым, бледным,

раздражительным, появляется субфебрильная температура. В дальнейшем резко усиливаются головные боли, вызывающие у больного стопы, крики, светобоязнь, температура поднимается до 39°C. Сонливость иногда доходит до выраженного состояния оглушения. Реже бывают возбуждение, бред или судорожные подергивания. Характерны напряжение затылочных и брюшных мышц, втянутый живот, согнутое положение ног, положительные менингеальные симптомы, выпячивание большого родничка у детей. Поражение черепно-мозговых нервов вызывает косоглазие, опущение века, асимметрию лица, неравномерность зрачков. Давление спинномозговой жидкости резко повышено, в ней определяется повышенное количество лимфоцитов и белка, содержание сахара снижается, при центрифугировании обнаруживаются туберкулезные микобактерии.

Распознавание. Основывается на наличии туберкулеза и исключении других заболеваний - паротита, отита, синусита, первичного лимфоцитарного менингита. От гнойных менингитов отличается постепенным началом, симптоматикой и характерным изменением спинномозговой жидкости. Своевременное правильно начатое лечение позволяет излечить 95% больных.

Опорно-двигательного аппарата (костно-суставный) туберкулез. Является следствием заноса инфекции в кости гематогенным путем из первичного очага (легкие, лимфатические узлы). Возникает воспаление кости - остит, откуда процесс распространяется на близлежащий сустав. Кроме того, может возникнуть полиартрит токсикоаллергического характера.

Костно-суставный туберкулез наблюдается главным образом в детском и юношеском возрасте и протекает в большинстве случаев как моноартрит (поражение одного сустава) или как изолированное поражение позвоночника. Чаще всего начинается в костях с густо развитой сосудистой системой: это позвонки, кости запястья, стоп, а также другие кости конечностей в их околосуставной части. Частота поражения суставов имеет следующую последовательность: коленный, тазобедренный, голеностопный, локтевой, плечевой, что обусловлено различной степенью их нагрузки. Как правило, наблюдается множественное поражение мелких суставов и одиночное - крупных.

Ранняя диагностика туберкулеза костей и суставов затруднена, так как больной обращается к врачу только при резком нарушении функций пораженного органа. Симптомы и течение характерны для туберкулезной интоксикации: быстрая утомляемость, вялость, потливость, снижение аппетита, постепенное похудание, периодически небольшое повышение температуры тела по вечерам до субфебрильной (37-37,5°C). Ранние признаки костно-суставного туберкулеза - это боли, ограничение подвижности, атрофия и напряжение мышц около зоны поражения. К более поздним симптомам относится образование свищей, из которых выделяется жидкий гной с примесью казеоза, имеющего творожистый вид. При исследовании этих выделений находят микобактерии туберкулеза, меняется соответственно картина крови, характерны также рентгенологические данные.

Почек и мочевыводящих путей туберкулез. Протекает по типу других воспалительных заболеваний этой системы. Диагноз ставится на основании наличия первичного туберкулезного очага и обнаруживания микобактерии в моче. Возникает слабость, головная боль и боль в пояснице, повышается температура, может иметь место макрогематурия, что является иногда первым симптомом болезни, и протеинурия (белок в моче). Типичны бледность и одутловатость лица и век, которые придают лицу характерный облик. Отеки могут быть на нижних конечностях, пояснице, реже - на верхних конечностях. Иногда появляется жидкость в брюшной полости и в плевральной. Консистенция отеков чаще всего плотная. Повышается артериальное давление до умеренных цифр. Головные боли не постоянные, но иногда очень интенсивные, сопровождаются головокружением и тошнотой. Замедляются сердечные сокращения. Бывает, что при туберкулезе почек поражается сердечная мышца и в связи с недостаточностью кровообращения может быть т.н. застойная печень. Количество выделяемой мочи понижается в соответствии с выраженностью отека. В дальнейшем объем мочи начинает увеличиваться и становится больше нормы.

Иногда осложнением острого гломерулонефрита, возникающего при туберкулезе почки, является расстройство мозгового кровообращения с повышением проницаемости сосудов мозга и резким подъемом давления в спинномозговой жидкости, т.н. почечная эклампсия. Предвестники - сильные головные боли с тошнотой, головокружением, общей слабостью. Приступы начинаются внезапно, больной сразу теряет сознание, иногда вскрикивает, прикусывает язык, появляется хрипящее дыхание, пена у рта. Судороги охватывают крупные мышечные группы всего тела. Зрачки несколько расширены, на свет не реагируют. Пульс замедлен до 50-60 ударов в минуту. Выражена артериальная гипертензия. Судороги продолжаются от нескольких минут до получаса. Количество припадков может быть до 3-4, между ними больной находится в бессознательном состоянии (коматозном). Длительность эклампсии не более двух суток, сознание возвращается постепенно. Исход ее обычно благоприятен, но иногда во время приступа больной умирает из-за поражения жизненно важных центров. Так как туберкулез обычно поражает одну почку, эклампсия встречается

очень редко. Туберкулезный процесс почек может распространиться на все мочевыводящие пути (мочеточник, мочевой пузырь, мочеиспускательный канал), вызывая симптомы, характерные для их поражения, как и при любом воспалительном процессе.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №8 Туберкулезный плеврит. Туберкулезный менингит. Клиника и течение. Дифференциальная диагностика туберкулезного плеврита и туберкулезного менингита.

Туберкулезный менингит как отдельная нозология существует с 1893 г., когда впервые микобактерии туберкулеза были выявлены в цереброспинальной жидкости пациентов с менингитом. В конце XX века туберкулезный менингит считался заболеванием преимущественно детского и подросткового возраста. Однако последнее время разница между заболеваемостью детей и взрослых значительно уменьшилась. Наиболее подвержены менингиту туберкулезной этиологии оказались пациенты со сниженным иммунитетом вследствие ВИЧ, гипотрофии, алкоголизма, наркомании, пожилого возраста. В 90% случаев туберкулезный менингит имеет вторичный характер, т. е. развивается на фоне активного тубпроцесса в других органах или признаков перенесенного раньше туберкулеза. В 80% первичный туберкулезный очаг локализуется в легких. Если первичный очаг не удается выявить, то такой туберкулезный менингит обозначается как изолированный.

Туберкулезный менингит развивается при проникновении микобактерий туберкулеза в мозговые оболочки. Источником туберкулезной инфекции может выступать диссеминированный туберкулез легких, генитальный туберкулез, туберкулез костей, туберкулез молочной железы, туберкулез почек, туберкулез гортани и др. В редких случаях инфицирование происходит контактным путем: при наличии туберкулеза костей черепа возбудитель попадает в церебральные оболочки, при туберкулезе позвоночника — в оболочки спинного мозга. По некоторым данным примерно в 17% случаев туберкулезный менингит обусловлен лимфогенным инфицированием.

Симптомы туберкулезного менингита

Периоды течения

Продромальный период занимает в среднем 1-2 недели. Его наличие отличает туберкулезный менингит от других менингитов. Характеризуется появлением цефалгии (головной боли) по вечерам, субъективного ухудшения самочувствия, раздражительности или апатии. Затем цефалгия усиливается, возникает тошнота, может наблюдаться рвота. Зачастую отмечается субфебрилитет. При обращении к врачу в этом периоде заподозрить туберкулезный менингит не удастся в виду неспецифичности указанной симптоматики.

Период раздражения манифестирует резким нарастанием симптомов с подъемом температуры тела до 39 °С. Головная боль носит интенсивный характер, сопровождается повышенной чувствительностью к свету (светобоязнь), звукам (гиперакузия), прикосновениям (кожная гиперестезия). Усугубляется вялость и сонливость. Отмечается появление и исчезновение красных пятен в различных участках кожного покрова, что связано с расстройством вегетативной сосудистой иннервации. Возникают менингеальные симптомы: ригидность (напряженность) мышц затылка, симптомы Брудзинского и Кернига. Изначально они носят нечеткий характер, затем постепенно усиливаются. К концу второго периода (спустя 8-14 дней) пациент заторможен, сознание спутано, характерна типичная менингеальная поза «легавой собаки».

Период парезов и параличей (терминальный) сопровождается полной утратой сознания, появлением центральных параличей и сенсорных расстройств. Нарушается дыхательный и сердечный ритм, возможны судороги, гипертермия до 41 °С или пониженная температура тела. При отсутствии лечения в этом периоде туберкулезный менингит в течение недели приводит к смертельному исходу, причиной которого является паралич сосудистого и дыхательного центров мозгового ствола.

Клинические формы

Базиллярный туберкулезный менингит в 70% случаев имеет постепенное развитие с наличием продромального периода, длительность которого варьирует в пределах 1-4 недель. В периоде раздражения нарастает цефалгия, возникает анорексия, типична рвота «фонтаном», усиливается сонливость и вялость. Прогрессирующий менингеальный синдром сопровождается присоединением нарушений со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН): косоглазия, анизокории, ухудшения зрения, опущения верхнего века, тугоухости. В 40% случаев при офтальмоскопии определяется застой диска

зрительного нерва. Возможно поражение лицевого нерва (асимметрия лица). Прогрессирование менингита приводит к возникновению бульбарных симптомов (дизартрии и дисфонии, поперхивания), свидетельствующих о поражении IX, X и XII пар ЧМН. При отсутствии адекватной терапии базиллярный менингит переходит в терминальный период.

Туберкулезный менингоэнцефалит обычно соответствует третьему периоду течения менингита. Типично преобладание симптомов энцефалита: парезов или параличей спастического типа, выпадений чувствительности, двух- или односторонних гиперкинезов. Сознание утрачено. Отмечается тахикардия, аритмия, расстройства дыхания вплоть до дыхания Чейна—Стокса, образуются пролежни. Дальнейшее прогрессирование менингоэнцефалита оканчивается летальным исходом.

Спинальный туберкулезный менингит наблюдается редко. Как правило, манифестирует с признаков поражения церебральных оболочек. Затем во 2-3 периодах присоединяются боли опоясывающего типа, обусловленные распространением туберкулеза на спинальные корешки. При блокаде ликворных путей корешковые боли носят такой интенсивный характер, что не снимаются даже при помощи наркотических анальгетиков. Дальнейшее прогрессирование сопровождается тазовыми расстройствами: вначале задержкой, а затем недержанием мочи и кала. Наблюдаются периферические вялые параличи, моно- и парапарезы.

Диагностика туберкулезного менингита

Туберкулезный менингит диагностируется фтизиатром совместно со специалистами в области неврологии. Первостепенное значение в диагностике имеет исследование цереброспинальной жидкости, взятой путем люмбальной пункции. Изменения могут быть выявлены уже в продроме. Бесцветная прозрачная цереброспинальная жидкость вытекает с повышенным давлением 300—500 мм вод. ст., иногда струей. Отмечается цитоз — повышение клеточных элементов до 600 в 1 мм³ (при норме — 3-5 в 1 мм³). В начале заболевания он носит нейтрофильно-лимфоцитарный характер, затем становится лимфоцитарным. Снижается концентрация хлоридов и глюкозы. Особое внимание уделяют показателю уровня глюкозы: чем он ниже, тем более серьезен прогноз.

Типичным признаком является выпадение паутинообразной фибринозной пленки, образующейся при стоянии цереброспинальной жидкости в пробирке в течение 12-24 ч. Положительны реакции Панди и Нонне—Апельта. Наличие белково-клеточной диссоциации (относительно небольшой цитоз при высокой концентрации белка) характерно для блока в циркуляции цереброспинальной жидкости. Обнаружение микобактерий туберкулеза в цереброспинальной жидкости в настоящее время происходит лишь в 5-10% случаев, хотя ранее оно составляло от 40% до 60%. Увеличить выявляемость микобактерий позволяет центрифугирование ликвора.

Туберкулезный менингоэнцефалит отличается от базиллярного менингита более выраженным подъемом уровня белка (4-5 г/л в сравнении с 1,5-2 г/л при базиллярной форме), не очень большим цитозом (до 100 клеток в 1 мм³), большим снижением концентрации глюкозы. Спинальный туберкулезный менингит обычно сопровождается желтой окраской цереброспинальной жидкости (ксантохромией), незначительным повышением ее давления, цитозом до 80 клеток в 1 мм³, выраженным уменьшением концентрации глюкозы.

В ходе диагностического поиска туберкулезный менингит дифференцируют от серозного и гнойного менингита, клещевого энцефалита, менингизма, сопутствующего некоторым острым инфекциям (гриппу, дизентерии, пневмонии и т. п.). С целью дифференциальной диагностики с другими церебральными поражениями может проводиться КТ или МРТ головного мозга.

Туберкулезный плеврит — специфическая реакция листков плевры, обусловленная воздействием микобактерий туберкулеза. Туберкулезный плеврит может развиваться как самостоятельная форма туберкулезной инфекции либо сопровождать течение других клинических вариантов туберкулеза легких. Иногда поражение плевры служит проявлением полисерозита — воспаления серозных оболочек туберкулезной этиологии. В структуре туберкулеза органов дыхания туберкулезный плеврит составляет 8-14%.

Распространен преимущественно среди лиц молодого возраста (до 40 лет), несколько чаще болеют мужчины. На долю плеврита туберкулезного генеза приходится почти половина всех экссудативных плевритов, что не может не вызывать настороженности специалистов в области фтизиатрии и пульмонологии.

В большинстве случаев туберкулезный плеврит развивается на фоне активного туберкулеза легких: очагового, инфильтративного, диссеминированного, туберкулеза ВГЛУ, первичного туберкулезного комплекса и пр. Изредка возникает как самостоятельная клиническая форма в отсутствие признаков туберкулезного поражения других органов. У больного туберкулезом плевритом может осложниться спонтанный или искусственный пневмоторакс (коллапсотерапия).

Классификация туберкулезного плеврита

В зависимости от наличия/отсутствия и характера выпота туберкулезные плевриты бывают фибринозными (сухими) и экссудативными (выпотными). В последнем случае может встречаться серозный, геморрагический, холестериновый, гнойный экссудат.

Фибринозный (сухой) плеврит протекает с минимальным количеством экссудата, в котором повышено содержание фибрина. Жидкая часть экссудата быстро рассасывается, а фибрин откладывается на плевральных листках. Со временем между плевральными листками образуются фиброзные тяжи, полость плевры частично или полностью облитерируется – сухой плеврит переходит в адгезивный (слипчивый) плеврит.

Самый частый вариант туберкулезного плеврита - экссудативный. Количество выпота обычно значительное, экссудат быстро прибывает вновь после аспирации в ходе торакоцентеза. По преобладающему клеточному составу различают следующие виды экссудата: лимфоцитарный, эозинофильный и нейтрофильный. При резком повышении проницаемости капилляров плевры и выходе большого числа эритроцитов характер экссудата становится серозно-геморрагическим или геморрагическим. Холестириновый экссудат имеет густую консистенцию, желтый цвет, в нем определяется большое количество холестерина. Серозно-гнойный и гнойный экссудат обычно образуется при обширной казеозно-некротической реакции плевры.

По локализации различают верхушечный, междолевой, костальный, наддиафрагмальный, парамедиастинальный туберкулезный плеврит. Обычно поражение одностороннее, двусторонний плеврит туберкулезной этиологии развивается редко (1,5%). В клиническом плане наиболее значимо выделение следующих видов туберкулезного плеврита: аллергического, перифокального, туберкулеза плевры и гнойного плеврита. В течении туберкулезного плеврита выделяют 3 периода: 1) накопления экссудата и нарастания клинических проявлений, 2) стабилизации, 3) рассасывания экссудата и стихания клинических признаков.

Симптомы туберкулезного плеврита

Аллергическая форма туберкулезного плеврита возникает у лиц с первичным туберкулезом, имеющих повышенную чувствительность к туберкулину и склонных к выраженной гиперергической реакции. Клиника разворачивается остро: резко повышается температура тела, фебрилитет сохраняется в течение 10-14 дней. Поскольку в это время происходит быстрое накопление серозного выпота, возникает одышка, боль в боку, тахикардия. Резорбция экссудата происходит в течение месяца, однако при большом объеме выпота этот процесс может принимать затяжное течение. Одновременно с плевритом (иногда до или после него) появляются фликтены, узловатая эритема, полиартрит.

Перифокальный туберкулезный плеврит начинается подостро или исподволь. Нередко пациенты связывают появление симптомов с предшествующим переохлаждением или ОРВИ. Больных беспокоит сухой кашель, покалывание в груди, непостоянный субфебрилитет. Усиление боли в боку провоцируется глубоким дыханием, положением на больном боку, надавливанием на межреберья. Болевой синдром нередко принимается за миозит, плексит, межреберную невралгию, стенокардию, а при иррадиации в живот – за приступ острого холецистита.

Если перифокальный плеврит протекает с накоплением серозного экссудата, клиническая картина становится более выраженной: повышенная температура тела определяется постоянно, возникает тахикардия, одышка, потливость. Течение перифокального туберкулезного плеврита затяжное (4-6 недель), часто рецидивирующее.

Туберкулез плевры может протекать в форме диссеминированного, очагового процесса, казеозно-некротической реакции. Может сопровождаться накоплением серозного, серозно-гнойного или гнойного выпота. Течение туберкулеза плевры упорное и длительное. Начало заболевания подострое или малосимптомное. Преобладают симптомы интоксикации и лихорадка.

Особой разновидностью экссудативного туберкулезного плеврита служит эмпиема плевры. Клиническая картина характеризуется интоксикацией тяжелой степени: температурой тела выше 39°C, ознобами, ночными потами, выраженной слабостью. Постепенно нарастает одышка и тахикардия, появляются тянущие боли в боку, снижается масса тела. Возможно образование бронхоплеврального свища, о чем свидетельствует откашливание гнойного экссудата. Длительно существующий гнойный плеврит может осложниться флегмоной грудной стенки, образованием плевроторакального свища, амилоидозом внутренних органов.

Диагностика туберкулезного плеврита

Различные формы туберкулезного плеврита имеют свои характерные физикальные, аускультативные, рентгенологические и лабораторные данные. Поэтому при малейших подозрениях на туберкулезную этиологию заболевания пациент должен быть проконсультирован фтизиатром.

На аллергический характер туберкулезного плеврита указывает выраженная эозинофилия в крови и плевральном экссудате. В ходе диагностической плевральной пункции получают серозный экссудат, однако МБТ в нем, как правило, не обнаруживаются. При проведении видеоторакоскопии может определяться гиперемия плевральных листков.

При фибринозном плеврите пораженная сторона грудной клетки отстает при дыхании, выслушивается шум трения плевры, определяется укорочение перкуторного звука. При проведении рентгенографии легких обнаруживаются плевральные наслоения (шварты). По данным УЗИ плевральной полости экссудат не выявляется или определяется в скудном количестве.

Совсем иная картина типична для экссудативного туберкулезного плеврита. Физикальное обследование выявляет сглаженность (при большом объеме экссудата – выбухание) межреберий, притупление перкуторного звука над областью скопления экссудата, смещение структур средостения в здоровую сторону. В острой фазе изменения гемограммы характеризуются значительным лейкоцитозом и ускорением СОЭ, лимфо- и эозинопенией. При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании определяется свободная жидкость в полости плевры. Детальная оценка состояния легочной ткани возможна только после эвакуации экссудата. Диагноз гнойного плеврита подтверждается при получении гнойного экссудата во время плевральной пункции.

Плеврит туберкулезной этиологии требует дифференциации с плевритами, сопровождающимися пневмонией, мезотелиомой плевры, раком легкого, ТЭЛА, застойную сердечную недостаточность, коллагенозы. В сомнительных случаях верификации диагноза способствует КТ легких, плевроскопия (торакокопия), проба Манту, тонкоигольная биопсия плевры.

Техника проведения плевральной пункции

Для выполнения исследования используют иглу длиной 9-10 см, диаметром 2,0 мм с круто скошенным (до 60°) острием. С помощью переходника - резиновой трубочки иглу соединяют с 20-граммовым шприцем. Переходник по мере заполнения шприца удаленным из плевральной полости содержимым периодически пережимают инструментом. Этот прием необходим для предотвращения проникновения в нее воздуха. Достаточно удобным в качестве переходника является использование специально изготовленного двухходового краника.

Пуктируют плевральную полость в положении больного сидя с отведенной в сторону и размещенной на опоре рукой. В такой позиции задний реберно-диафрагмальный синус занимает нижние отделы плевральной полости.

Прокол грудной стенки выполняют в VII-VIII межреберье по задней подмышечной, или лопаточной линиям. В случае осумкования экссудата место введение иглы в плевральную полость определяют, руководствуясь результатами рентгенологического или ультразвукового исследования.

Итак, пошаговая техника проведения плевральной пункции:

1) Набираем в шприц новокаин 0,5%. Лучше всего взять сперва шприц 2-граммовый. И набрать его новокаином полностью.

Запомните: чем меньше площадь поршня шприца, тем менее болезненной будет плевральная пункция. Особенно это касается тех случаев, когда вы делаете плевральную пункцию у детей.

2) Прокалываем кожу и сразу начинаем медленно предпосылать новокаин, медленно надавливая на поршень шприца, также медленно продвигая иглу дальше – в мышцы и мягкие ткани грудной стенки. Запомните: пункционную иглу вводят в намеченном межреберье, ориентируясь на верхний край ребра. Если вводить иглу по нижнему краю, то можно повредить межреберную артерию, а это очень опасно ввиду неостанавливающегося кровотечения из нее (рис. 2)

3) Чувствуем упругое сопротивление тканей, расположенных в области внутригрудной фасции. А в момент проникновения иглы в плевральную полость появляется чувство «свободного пространства».

4) Обратным движением поршня в шприц извлекают содержимое плевральной полости: кровь, гной, хилезный или иного вида экссудат. Эта первая - визуальная оценка результата плевральной пункции является важной в диагностическом отношении.

5) Меняем тонкую иглу от одноразового шприца, которым делали обезболивание, на более толстую, многоразовую, подсоединяем к ней через переходник шланг от электроотсоса и снова прокалываем грудную стенку по уже обезболенному месту. И откачиваем экссудат из плевральной полости с помощью отсоса.

Как правило, диагностическую пункцию переводят в лечебную процедуру, включающую полное удаление патологического содержимого, промывание плевральной полости антисептическими препаратами, введение антибиотиков, дренирование с присоединением системы для заготовки аутологичной крови в случаях гемоторакса.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №9 Особенности кашля у больных туберкулезом легких и больных неспецифическими патологиями органов дыхания.

Кашель – сложный физиологический рефлекс, направленный на очищение дыхательных путей в естественных или патологических условиях – один из самых частых респираторных симптомов. Обычно он не требует специализированных лечебных мероприятий и самозаканчивается. Кашель при острых респираторных инфекциях, как правило, длится 7–9 дней. Последние исследования убедительно показали, что даже здоровый ребенок при отсутствии инфекций в ближайшем анамнезе может кашлянуть несколько раз за день, но ни разу – ночью. При 5–8 эпизодах респираторных инфекций в год, что для посещающих детский сад совершенно не редкость, создается впечатление «непрерывного кашля»

Кашель, сохраняющийся не более 2 нед., рассматривается как острый, сохраняющийся в течение 3–4 нед. – как подострый и более 4 нед. – как хронический. Кашель, сохраняющийся более 4 нед. или повторяющийся более 4 раз в году, требует расширенных диагностических вмешательств. Кашель у новорожденных и детей грудного возраста всегда трактуется как патологический и требует расшифровки. Кашель, особенно рецидивирующий или персистирующий, может быть признаком хронического заболевания легких, что требует оптимально построенной диагностической тактики, учитывающей механизмы его возникновения и системы неспецифической защиты дыхательного тракта.

Кашель как физиологическая реакция. Каждый кашлевой толчок обусловлен механическим, химическим или воспалительным раздражением кашлевых рецепторов, передачи сигнала по афферентным нервам в продолговатый мозг, оттуда – по эфферентным нервам к мускулатуре.

Кашлевые рецепторы располагаются в гортани, трахее, бронхах (максимальная плотность рецепторов – в области киля (шпоры) трахеи (carina tracheae)), плевре, слуховом проходе (афферентный и эфферентный нервы – блуждающий); в слизистой носа и придаточных пазух (афферентный нерв – тройничный, эфферентные – спинальные); глотке (афферентный нерв – языкоглоточный, эфферентный – диафрагмальный); в перикарде, диафрагме (афферентный и эфферентный нервы – диафрагмальный). Кашель реализуется в несколько этапов. Вначале следует усиленный вдох, завершающийся смыканием голосовой щели. Тут же активируется экспираторная мускулатура, внутригрудное давление возрастает до 60–300 мм рт.ст. Голосовая щель резко открывается, и воздушный поток устремляется по трахее со скоростью 100–280 м/с, что в полости рта соответствует объемной скорости 10 л/с. Такой резкий выброс воздуха при нормальных вязкости и объеме мокроты обеспечивает очищение бронхиального дерева.

Кашель при туберкулезе не проявляет себя постоянно. Если возникает очаговая форма заболевания, кашель отсутствует вовсе. В случае милиарного туберкулеза он может носить весьма выраженный характер. В основном у больных туберкулезом кашель сухой и при его появлении выделяется небольшое количество мокроты. При туберкулезе, имеющем деструктивную форму, кашель глухой и ему характерен высокий металлический тембр. Такое звучание возникает из-за резонанса каверны.

Кашель при туберкулезе возникает в основном в утреннее время, при принятии вертикального положения после вставания с кровати. Во время сна чувствительность слизистой существенно понижается, поэтому к утру скапливается огромное количество мокроты, которая собственно и извергается наружу при подъеме с постели. Нужно брать во внимание то обстоятельство, что небольшой кашель может вызвать целую реакцию и затянуться на длительное время, до приемлемого очищения легких. К тому же созерцание и слушание кашля является довольно заразной вещью. Например, если один человек в комнате раскашлялся, то другие присутствующие в помещении люди обязательно его поддержат.

Кашель при туберкулезе поможет в диагностике По характеру кашля при туберкулезе можно судить о процессах, происходящих в легких. Например, у детей с туберкулезным бронхоаденитом опухолевидной формы звук кашля отдает металлическим оттенком и имеет некоторую судорожность. В медицине он носит название битонального.

Происходит такое звучание по причине смены скорости поступающего в легкие воздуха из-за увеличения лимфатических узлов крупных бронхов. При туберкулезе гортани наблюдается недостаточность закрытия голосовой щели. Кашель в этом случае беззвучный, хриплый и имеет особую специфику. По словам больных, данным заболеванием, горло словно наполняется пухом. При любом появлении длительного кашля, не имеющего особых внешних причин, необходимо обратиться к лечащему врачу и пройти флюорографию и рентгенологическое исследование легких. Признаки туберкулеза могут быть самые разнообразные. Симптомы туберкулеза во многом зависят от типа развития, места локализации, формы, инфекции, а так же от индивидуальности организма больного. Разнообразие признаков затрудняет распознавание туберкулеза, что является в свою очередь причиной позднего обращения к специалисту со всеми отсюда вытекающими последствиями. Кашель при туберкулезе и опасность кровохарканья - тема этой статьи. Кашель при туберкулезе - особенности проблемы Кашель при туберкулезе является постоянным симптомом этого заболевания легких. В начале туберкулеза кашель настойчивый и сухой, который по ночам и утром обостряется. При дальнейшем развитии туберкулеза кашель может стать со временем влажным с выделением слизи. При туберкулезе кашель хронический, поэтому присутствие более чем трех недель кашля должно насторожить человека и стать первопричиной обращения к врачу. При ОРЗ, пневмонии или бронхите кашель также может быть, однако в отличие от кашля при туберкулезе. Кашель в случае данных болезней не так долго длится и имеет весьма другой характер. Туберкулез называется болезнью с множеством масок. Признаки и симптомы при туберкулезе действительно могут быть самыми различными и выдают себя часто за симптомы других болезней. В первую очередь признак туберкулеза определяется локализацией в организме больного инфекционного процесса. Ясно, что туберкулез легких и туберкулез, например, кожи или псевдотуберкулез протекают по-разному и не имеют общих причин и следствий. В таких случаях симптоматика заболевания зависит вообще от активности и выраженности инфекционного процесса. Кашель при туберкулезе: опасность кровохарканья Кровохарканье - один из основных признаков наличия туберкулеза. Как правило, данный симптом отмечается при инфильтративном туберкулезе. В большинстве случаев этот симптом о себе дает знать сразу с приступом кашля. В моменты кашля помимо мокроты выходит наружу еще и в небольших количествах свежая кровь. В таких случаях возможно вполне возникновение легочного кровотечения – очень опасное состояния может стать даже причиной летального исхода.

В случае его развития срочно нужно вызвать бригаду скорой помощи. Но важно знать и различать кровохарканья при этой болезни, при сердечной недостаточности или при таком опасном недуге, как рак легкого.

Кашель при туберкулезе.

В начале болезни отмечается навязчивое покашливание, далее сухой или влажный мучительный кашель. Возможно появление в мокроте следов крови. Характерно усиление кашля в ночное время.

Кашель – один из основных симптомов болезни. Также наблюдаются потеря веса, длительное повышение температуры тела (37,5 – 38 С), ночной озноб и потоотделение. В истории больного возможен контакт с больным туберкулезом.

В большинстве случаев без лечения туберкулез приводит к смерти больного. Обращение к врачу фтизиатру строго необходимо. Для подтверждения диагноза проводят радиографию легких, кожные пробы на туберкулин и пр.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №10 Особенности лихорадки у больных туберкулезом легких и больных неспецифическими патологиями органов дыхания.

Повышения температуры при туберкулезе могут наблюдаться длительное время без локализации процесса в каком-либо органе. Лихорадка в большинстве интермиттирующего характера, клинически находят классические, говорящие о туберкулезе общие симптомы: гектический вид больного, падение веса, ночные поты и т. д. Конечно, эти явления отнюдь не

доказательны для туберкулеза. Картина крови не характерна. Число лейкоцитов, как правило, не увеличено, нейтрофилы токсически не изменены, пока не произошло какого-либо бактериального наслоения (как это наблюдается, например, при кавернозном сепсисе и прежде всего при изъязвлениях кишок). Таким образом, токсические изменения нейтрофилов, если туберкулез кишок и каверны исключаются, с большой степенью вероятности говорят против туберкулеза. Реакция Манту резко положительна, однако сам по себе ее положительный результат диагноза не решает. Селезенка часто увеличена и прощупывается: она плотная, но не от напряжения капсулы, а вследствие гематогенно обусловленного процесса в самой селезенке, поэтому консистенция ее длительное время не меняется в противоположность тифозной селезенке, которая в процессе болезни становится ощутимо мягче в результате уменьшения напряжения капсулы (Naegeli). Надо, однако, подчеркнуть, что набухание селезенки при лихорадочном состоянии, обусловленном туберкулезом, не обязательно.

После таких неделями длящихся лихорадочных приступов с описанными нехарактерными явлениями выступают, часто только спустя много месяцев, туберкулезные проявления со стороны органов (плеврит, перитонит и т. д.). Такая картина болезни, т. е. обусловленные туберкулезным процессом повышения температуры без уловимых специфических проявлений со стороны органов, входит в описанную Ландузи (Landouzy) группу под термином «тифобациллез» (острый туберкулезный сепсис). В этом именно смысле Landouzy и описал свои случаи, прогноз в которых вообще не плохой. Но в настоящее время под названием «туберкулезный сепсис Ландузи» понимаются особенно массивные гематогенные диссеминации туберкулезной инфекции в организме обычно с резко пониженной сопротивляемостью. Также и в этой группе клиницисту в большинстве случаев не удастся выявить органной локализации, так как больные умирают раньше, чем могут образоваться специфические изменения в органах, но патологи в распадающейся ткани находят в большом количестве туберкулезные микобактерии, расположенные группами. Нормальная РОЭ и лишь незначительный сдвиг влево не исключают диссеминированного туберкулеза (собственное наблюдение у 80-летнего мужчины). Само собой разумеется, что при неясной, подозрительной на туберкулез лихорадке надо настойчиво искать местные проявления, которые могут быть в виде первичных очагов в легких, в прикорневых и мезентериальных лимфатических узлах, а также в миндалинах.

Во вторичном периоде подобные повышения температуры часто предшествуют появлению узловой эритемы (дифференциальную диагностику узловой эритемы. В третичном периоде нередко может идти речь об отечных абсцессах или костных туберкулезных очагах как источниках повышения температуры. В таких случаях РОЭ в противоположность первичному или вторичному периоду туберкулеза всегда резко ускорена. Приходится думать также о туберкулезе почек, хотя при дифференциальном диагнозе в случаях неясной лихорадки о нем вряд ли когда может встать вопрос.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №11 Клинико-рентгенологическая и морфологическая характеристика инфильтратов в легких различного генеза.

Порой в области ткани может появиться уплотнение, в некоторых случаях оно может возникнуть и в каком-либо органе, например в легком. Уплотнение появляется по причине скопления крови или клеток на отдельном участке. Данная болезнь и будет называться инфильтратом. Существует несколько типов болезни.

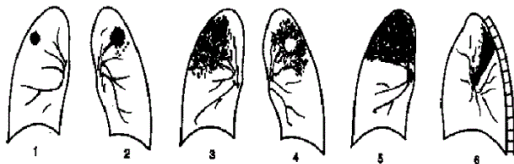
При появлении скопления можно наблюдать увеличение размеров ткани, также цветовой оттенок может меняться. Появляются болезненные ощущения, повышается плотность ткани. При хирургической инфильтрации легких уплотнение возникает по причине насыщения искусственного характера, то есть из-за медицинских препаратов или спирта.

Легочные инфильтраты могут возникать по самым разным причинам. У трети больных причиной было механическое воздействие, у другой трети инфильтрация легких произошла в результате проникновения одонтогенной инфекции. У других больных причиной всему

служила какая-либо другая инфекция. С возрастом риск появления синдрома инфильтрации никаким образом не увеличивается и не уменьшается.

Возбудителями синдрома инфильтрации принято считать агентов в микрофлоре рта. Еще одной причиной возникновения заболевания является резистентность микроорганизмов, выражается это в защитных функциях человеческого организма. Инфильтрация может проявить себя при инфекции контактного вида, а также при лимфогенном характере ее распространения.

Типы инфильтратов (схема)



- 1- бронхолобулярный; 2-округлый; 3-облаковидный; 4-облаковидный в фазе распада; 5- лобит; 6-перисциссурит (боковая проекция); лекарственного препарата.

Причиной синдрома инфильтрата легочного может быть острый аппендицит. Как многие знают, этот аппендицит, а точнее, его обострение, является опухолью воспалительного характера. Причиной синдрома инфильтрации также может быть некачественное медицинское лечение или нарушение санитарных норм. Очаговые изменения в легких могут появиться в результате внутримышечного укола. То есть пропитывание лекарства вызовет скопления

Инфильтрация легочной ткани происходит на протяжении нескольких дней. В это время могут проявляться следующие симптомы.

- Немного повышенная температура организма, которая не спадает длительный срок.
- В пораженной зоне в некоторых случаях возникает небольшая опухоль.
- Возникновения болезненных ощущений.
- По сравнению с очаговой пневмонией, эозинофильный инфильтрат протекает менее заметно и более плавно.
- Кашель у эозинофилов выражен неявно, самым ярким симптом будет кровохарканье. Оно уже сигнализирует о том, что эозинофильные инфильтраты в легких начали распадаться.
- В большинстве случаев эозинофильный инфильтрат возникает в 6 сегменте или в других верхних участках долей.
- Бледный оттенок лица также может указывать на туберкулез инфильтративного типа. Больной может привыкнуть к повышенной температуре и не замечать того, что она несколько выше положенной. После кашля могут быть слышны хрипы.

В первую очередь медицинский специалист должен быть уверен в том, что у больного действительно присутствует легочная инфильтрация. Осуществляется это по данным рентгена. В зависимости от того, какой характер имеет заболевание, продуктивный или экссудативный, будут появляться заметные различные изменения в легком или легких.

ольше всего изменения заметны при легочном инфильтрате воспалительного типа, особенно при обычной пневмонии. В этом случае будет наблюдаться дрожь в голосе, также возможно глухое звучание и крепитация.

Когда заболевание носит характер продуктивный, в частности, при возникновении опухолей, вышеперечисленные симптомы не проявляются. В такой ситуации обнаружить заболевание практически невозможно.

В случае долевого инфильтратии будет наблюдаться затемнение достаточно большого участка легких. Контуров пятен зависят от субстрата процесса, а также от места его возникновения.

В этом случае стоит определить, какой характер инфильтрации у больного. Воспаления долевого типа в большинстве случаев возникают либо при туберкулезе, либо при пневмонии. При опухолевом характере заболевания доля целиком не захватывается.

Воспалительные инфильтраты долевого типа характерны также при злокачественной опухоли легкого.

В случае, когда у больного возникновение уплотнения недолевого типа, следует дифференцировать их, в первую очередь, с периферической злокачественной опухолью

легкого. В этом случае первоначальные стадии развития заболевания будут проходить незаметно. Не будет проявления каких-либо симптомов.

Однако на рентгенографии инфильтрат будет отличаться от злокачественной опухоли. Это связано с тем, что на снимке такие уплотнения будут неправильной формы. Раковые болезни же, в данном случае, практически всегда будут иметь стандартную форму. Это является одним из самых главных отличительных признаков этих двух заболеваний.

Долевая пневмония очень сильно напоминает туберкулезный добит, для нее характерны следующие признаки.

- Острое течение болезни на первоначальной стадии.
- Повышенная температура организма и тела.
- Кашель сухого типа.
- В некоторых случаях возможно кровохарканье.
- Болезненные ощущения в районе груди.

На рентгенографическом исследовании туберкулезный добит будет иметь более темные уплотнения в сравнении с долевой пневмонией. Особенно хорошо это показывает томограмма. Известны случаи обнаружения микобактерий туберкулеза у больного, когда сроки для лечения пневмонии уже прошли, а необходимый итог не был достигнут.

В целом, возникновения инфильтрата в легких характерно для большого количества заболеваний:

- Пневмония. Данное заболевание представляет собой воспаления ткани легких, в этом случае в обязательном порядке в процесс будут вовлечены разные доли легкого. Из симптомов стоит отметить постоянную усталость, болезненные ощущения в районе груди, а также различные симптомы дыхательной недостаточности.
- Туберкулез с инфильтративный характером. Данная болезнь характеризуется плавным течением, присутствием кашля и расположением образования в верхних долях легких.
- Легочный инфильтрат с эозинофильным характером. По-другому говоря, эозинофильная пневмония, очень хороший эффект достигается при ГКС.
- Сопутствия при раковых опухолях. Показателями для такой ситуации будет являться появление пневмонии в одном и том же месте, а также кашель без продуктивности. В случае метастазирования на рентгеновском снимке наблюдается большое количество теней круглой формы.
- Сопутствие может быть и при опухолей незлокачественного характера. Выражаются в этом случае инфильтрации в виде опухоли в форме шара, который имеет четкие границы.
- Инфильтрат может появиться и при кисте.
- При гангрене легких.
- При посттуберкулезном пневмосклерозе и других заболеваниях.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №12 Лимфаденопатии. Туберкулез периферических лимфатических узлов и их дифференциальная диагностика.

Лимфаденопатия (новолат. lymphadenopathia; лимфа + др.-греч. ἄδην — железа + -патия) — состояние, проявляющееся увеличением лимфатических узлов лимфатической системы. Этот термин является либо рабочим предварительным диагнозом, требующим уточнения при дальнейшем клиническом обследовании, либо ведущим симптомом заболевания.

Основным симптомом лимфаденопатии является увеличение лимфатических узлов, которое может быть локализованным либо генерализованным. Дополнительными симптомами могут быть:

- ночная потливость;
- потеря веса;

- сопутствующее длительное повышение температуры тела;
- частые рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (фарингиты, тонзиллиты, ангины и т. п.);
- патологические изменения на рентгенограмме лёгких;
- гепатомегалия;
- спленомегалия.

Туберкулёз лимфатических узлов

Чаще диагностируется у детей и подростков, реже — у взрослых и пожилых. Поражаются чаще шейные и подчелюстные лимфатические узлы, реже — подмышечные, крайне редко — паховые и локтевые. Поражённые лимфоузлы увеличены в размерах до 1,5 см в диаметре и больше, мягкой или плотной консистенции.

Заболевание может начинаться остро, с высокой температуры и выраженной интоксикации, а воспалительный процесс при этом распространяться из лимфоузлов на подкожную клетчатку и кожу. При вовлечении в процесс окружающих тканей образуются плотные, крупные, малоподвижные пакеты узлов. Отсутствие лечения приводит к нагноению: над лимфатическими узлами кожа гиперемизируется, появляется флюктуация, гной прорывается наружу и образуются длительно не заживающие свищи. Хроническое течение туберкулёза наружных лимфатических узлов проявляется плотными образованиями (узлами), иногда цепочкой мелких узелков.

Различают три формы туберкулёзных лимфаденитов:

- инфильтративную
- казеозную
- индуративную.

Инфильтративная форма характеризуется небольшим увеличением лимфоузлов и их плотной консистенцией. Поражается чаще одна группа лимфоузлов. Протекает благоприятно, остаётся только гиперплазия лимфоидной ткани. При казеозной форме поражаются несколько групп лимфоузлов. Лимфатические узлы подвергаются творожистому некрозу, с нагноением, образованием свищей и язв. Течение тяжёлое.

Индуративная (фиброзная) форма протекает длительно, при ней определяются плотные лимфатические узлы с петрификацией, рубцы на коже после заживших свищей. Данная форма чаще является исходом казеозной формы, реже инфильтративной. Со стороны крови при остром течении и в период обострения лимфаденитов отмечаются повышенная СОЭ, умеренно выраженный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и моноцитозом.

Диагностика туберкулёза периферических узлов складывается из анамнеза (контакт с больными туберкулёзом, туберкулёз лёгких и других органов, рубцы на шее, заболевание глаз), объективных данных, туберкулинодиагностики (проба резко положительная), обнаружения микобактерий туберкулёза в гное, в пунктате лимфатических узлов, цитологического исследования пунктатов и гистологического анализа биопсийного материала.

Исход заболевания зависит от своевременности диагностики, формы лимфаденита и эффективности лечения. При благоприятном течении происходит уменьшение и уплотнение лимфатических узлов (иногда с последующим образованием в них петрификатов), свищи закрываются. Свищевые формы заканчиваются обезображивающими склерозированными или келоидными рубцами.

Обследование больного при подозрении на туберкулёз должно основываться на обязательном диагностическом минимуме, который должен быть выполнен при первичном обращении. Дополнительный диагностический минимум и факультативный диагностический минимум выполняются в специализированном медицинском учреждении.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №13 Отдыхка при различных формах туберкулеза лёгких и их дифференциальная диагностика.

У части больных туберкулезом легких наблюдается одышка, механизм которой зависит от различных факторов, влияющих на дыхательный центр.

Одышка (диспноэ) возникает главным образом у больных распространенным диссеминированным, массивным инфильтративным, фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом легких, при плеврите, резко выраженной интоксикации, значительных дисфункциях нервной и сердечно-сосудистой систем. При этом может наблюдаться субъективная или объективная одышка.

В первом случае она проявляется ощущением невозможности вдохнуть полной грудью и потребностью периодически производить глубокий вдох. Такой вид диспноэ обычно не сопровождается гипервентиляцией и чаще встречается при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, неврозе, истерии, грудном радикулите, реже - при туберкулезе легких.

Объективно определяемая одышка характеризуется нарушением не только ритма дыхания, но и легочной вентиляции, то есть в тех случаях, когда резервы дыхания резко снижены. При этом она может иногда не сопровождаться выраженными субъективными ощущениями, хотя и наблюдается при небольшом физическом напряжении, перемене положения и даже при разговоре больного. Но чаще одышка бывает смешанной, то есть субъективной и объективной.

При различных формах туберкулеза легких отмечаются те же ее виды, что и при других заболеваниях: глубокое или поверхностное частое дыхание, экспираторная или инспираторная одышка. Чаще всего наблюдается учащенное поверхностное дыхание (тахипноэ, полипноэ). Оно особенно резко выражено при милиарном туберкулезе и казеозной пневмонии, но бывает и в начальной фазе сухого или выпотного плеврита, при пневмотораксе со значительным смещением органов средостения, при баллотировании последнего после оперативных вмешательств на легких.

Одышка развивается при различных формах туберкулеза, связана одышка с нарушением легочной вентиляции. Одышка в покое возникает при остром милиарном туберкулезе легких наряду с высокой лихорадкой и признаками интоксикации.

Отмечаются бледность кожных покровов, укорочение перкуторного звука с тимпаническим оттенком, жесткое дыхание. Одышка является частым признаком хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Субъективно больные при одышке ощущают стеснение в груди, невозможность в достаточной степени расправить грудную клетку при вдохе или освободить ее от воздуха при выдохе. Объективными признаками ее являются изменение частоты дыхания (учащение), участие в акте дыхания вспомогательных мышц и цианоз. Различают три типа одышки: инспираторную (затруднен вдох), экспираторную (затруднен выдох) и смешанную, когда затруднены вдох и выдох.

Инспираторная одышка бывает при отеке голосовых связок, при сдавливании трахеи или гортани опухолью, при попадании в них инородного тела, при параличе дыхательной мускулатуры.

Экспираторная одышка отмечается у больных бронхиальной астмой. Чаще всего наблюдается одышка смешанного типа. Одышка наблюдается при заболеваниях разных органов. На первом месте стоят заболевания органов дыхания и кровообращения.

Из заболеваний органов дыхания, при которых имеется одышка, следует назвать плевриты, крупозное воспаление легких, опухоли легких, пневмосклероз, эмфизему, туберкулезный лобит, казеозную пневмонию, тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) и ее ветвей.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №14 Экстренная медицинская помощь во фтизиатрической клинике.

Кровохарканье и легочное кровотечение

Кровохарканье и легочное кровотечение наблюдаются в основном при деструктивных формах туберкулеза, бронхоэктазах, прикорневых очагах склероза. Особенно часто это осложнение отмечается у больных с циррозом легких.

Все кровохарканье и кровотечения делят на истинные и ложные (псевдокровохарканья). При истинных кровь выделяется непосредственно из легких, а при ложных — из носоглотки, десен, пищевода, желудка. Ложное кровохарканье возникает не во время кашля.

Источником кровохарканья (кровотечения) могут быть легочные и бронхиальные сосуды. Примерно 95% крови в легкие поступает системой легочной артерии, а 5% — бронхиальными артериями. Легочное кровотечение, как правило, возникает именно из бронхиальных сосудов.

По интенсивности выделения крови различают:

- кровохарканье,
- кровотечение,
- профузное кровотечение (кровоизлияние).

Кровохарканье — это откашливание крови отдельными плевками, сгустками или прожилками крови с мокротой. За сутки выделяется около 50 мл крови. Во время кровотечения больной откашливает одновременно 50-100 мл крови. Легочное профузное кровотечение возникает вследствие разрыва крупных сосудов и очень часто заканчивается смертью от удушья (асфиксии) вследствие заполнения бронхов и трахеи сгустками крови.

По количеству одновременно выделенной крови легочные кровотечения делятся на малые (до 100 мл), средние (от 100 до 300 мл), крупные (более 300 мл).

Основными признаками кровохарканья, легочного кровотечения являются:

- Кровь из легких выделяется при кашле;
- Кровь имеет ярко-красный цвет;
- Кровь пенная.

Следует помнить, что кровь, прежде чем выделиться из легких наружу, должна пройти путь через бронхи, трахею, гортань и попасть в ротовую полость. Этот путь кровь может преодолеть только при наличии кашлевых толчков. Вот почему не существует легочного кровохарканья и кровотечения без кашля.

Локализацию источника кровохарканья или кровотечения устанавливают на основании анамнестических данных, аускультации, перкуссии и рентгенологического исследования. Как правило, кровотечение происходит из легкого, в котором обнаруживают деструктивные изменения. Больные часто сами определяют источник кровотечения. При пальпации кожа половины грудной клетки на стороне кровотечения теплее, может ощущаться перемещение кровяных сгустков. Важнейшее значение для определения источника кровотечения, кроме рентгенологического исследования, имеет бронхоскопия. Источником кровохарканья и легочного кровотечения является полость распада, каверны, очаги фиброза, цирротические изменения.

Дифференцировать кровохарканье и легочное кровотечение нужно от кровохарканья и кровотечения из пищевода, желудка, носоглотки. Кровотечение из носа характеризуется выделением темной крови без кашля, которая стекает по задней поверхности глотки. Кровотечение из расширенных вен пищевода начинается внезапно, имеет профузный характер. Кашель отсутствует. При этом у больных диагностируется цирроз печени. Кровь из желудка выделяется при рвоте, темного цвета, имеет вид "кофейной гущи" (за счет примесей содержимого желудка). Иногда, при свертывании крови в желудке, рвотные массы имеют темные сгустки. При кровотечении из язвы желудка наблюдается большое кровотечение с выделением неизменной крови с рвотными массами. Кроме того, легочное кровотечение обычно меньше по сравнению с желудочным.

Лечение. Гемостатическое лечение должно быть направлено, прежде всего, на болезнь, которая вызвала кровохарканье и легочное кровотечение, то есть туберкулезом легких и на основные факторы возникновения легочного кровохарканья или кровотечения.

Больному создают условия максимального физического и психического покоя. В постели больной должен находиться в положении полусидя, что улучшает откашливание мокроты и сгустков крови, накопленных в дыхательных путях. Возможны незначительные активные и пассивные движения во время медицинского обследования (аускультация, рентгенография с помощью передвижного аппарата). Если кровохарканье умеренное, то полный физический покой не обязателен.

У больных туберкулезом значительную роль имеет гипотензивная терапия, которая может способствовать даже большему гемостатическому эффекту, чем лечебное действие препаратов, регулирующих свертывающую систему крови. Гипотензивные средства можно разделить на препараты быстрого и замедленного действия. Назначение препаратов для снижения давления в сосудах легких зависит от объема кровопотери. Так, при кровохарканье и малой легочном кровотечении целесообразно использовать лекарственные средства замедленного действия, а при большой легочном кровотечении — быстрого действия до прекращения выделения крови.

1. Для ускоренного уменьшения давления в сосудах назначают:

- ганглиоблокаторы — пирилен (0,01 г 3 раза в день), темехин (0,001 г 2-3 раза в день), бензогексоний (0,1 г 3-4 раза в сутки), пептамп (1-2 мл 5% раствора) подкожно или внутривенно. Введение ганглиоблокаторов контролируют измерением артериального давления. На плечевой артерии оно не должно быть ниже 80 мм рт.ст. Также для гипотензивного эффекта применяют:
- спазмолитические средства — эуфиллин вводят внутримышечно (1 мл 24% раствора) или внутривенно (10 мл 2,4% раствора). В случае непереносимости эуфиллина вводят папаверина гидрохлорид (1-2 мл 2% раствора) внутривенно или подкожно (вызывает длительное расширение сосудов большого круга кровообращения) или гидрированный папаверин — но-шпу (2-4 мл 2% раствора) внутривенно или подкожно. При незначительном кровохарканье назначают внутрь эуфиллин (0,1-0,2 г) и гидрированный папаверин — но-шпу (0,02-0,06 г) 2-3 раза в сутки;
- противокашлевые средства — кашель может провоцировать кровохарканье вследствие повышения давления в легочной артерии. Для прекращения или уменьшения кашля назначают бромгексин, атровента и т. д. С этой же целью назначают и атропина сульфат (1 мл 0,1% раствора) подкожно, потому что он подавляет кашлевой рефлекс, устраняет бронхоспазм и расширяет сосуды брюшной полости.

2. Для повышения свертываемости крови используют препараты в зависимости от показателей тромбоэластограммы и коагулограммы. При отсутствии этих исследований препаратами выбора являются дицинон, гемофобин, фибриноген или тромбин. Часто сочетают назначения гемофобин с фибриногеном или тромбопластином.

- дицинон (этамзилат натрия) — вводят 2-4 мл 12,5% раствора внутримышечно или внутривенно. Препарат участвует в формировании тромбопластина. Действие начинается через 5-15 минут при внутривенном введении и через 1-2 часа — при внутримышечном;
- фибриноген — вводят 250-500 мл внутривенно капельно. Ускоряет переход фибриногена в фибрин; начинает действовать через 30 минут. В стандартных флаконах содержится 2 г сухого фибриногена. Его растворяют в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида или 1 г в 250 мл.
- гемофобин — назначают внутрь по 1 ст. ложке 3% раствора 3-4 раза в сутки. Также ускоряет переход фибриногена в фибрин; начинает действовать через 3-6 часов.
- тромбин — по 1-2 мг в 2 мл дистиллированной воды ингаляционным методом. Викасол целесообразно применять при нарушении протромбинообразовательной функции печени. Для остановки кровохарканья и легочного кровотечения внутримышечно вводят сульфокамфокаин (2 мл 10% раствора), который улучшает функцию дыхания и кровообращения.

3. Снижение фибринолитической активности крови. С этой целью проводят коррекцию повышенной активности фибринолитических, протеазных ферментов крови, мокроты и в области воспалительного процесса в легких.

Для этого используется:

- е-аминокапроновая кислота (ингибитор фибринолиза) — вводят 5% 100 мл внутривенно капельно (действие начинается через 15-30 мин.), 5% -3-5 мл спрей (действует через 5-10 мин.);
- контрикал (трасилол), ингитрил (гордокс) (ингибитор протеолиза) — по 10 000 - 20 000 ЕД внутривенно капельно (начало дии через 30-45 мин.);
- амбен, гидрокортизон (ингибиторы гиалуронидазы) — 1% - 5 мл Амбене, 12,5-25 мг гидрокортизона вводят внутривенно струйно (препараты действуют через 10- 15 минут).

4. Уменьшение проницаемости стенки легочных сосудов достигают назначением наступление них средств:

- кальция глюконат — 10мл 10% раствора внутривенно или внутримышечно или внутрь. Кальция хлорид вводят только внутривенно (10 мл 10% раствора);
- аскорбиновая кислота — 1,0 г 3-5 раз в день.

Препараты для заместительной терапии: эритроцитарная масса 150-200 мл 2-3 раза в курс, альбумин 20% — 50 мл, 10% — 100 мл, полиглюкин (реополиглюкин, рондекс) — 400- 1200 мл, раствор бикарбоната натрия — 500- 1500 мл.

При рецидивах легочного кровотечения у больных деструктивными формами туберкулеза легких гемостатический эффект достигается внутривенным (капельно) введением лечебной смеси физиологического раствора (300-500 мл), хлорида кальция (10% -5 мл) и гидрокортизона 12,5-25 мг 1-2 раза в сутки.

Современные методы гемостатического лечения достаточно эффективны и позволяют добиться остановки кровохарканья или легочного кровотечения у 95% больных. Если гемостатическое лечение неэффективно, показано хирургическое лечение. Риск операции уменьшается в 10-15 раз, если ее проводить в период временного прекращения легочного кровотечения.

Особое внимание обращают на профилактику и лечение осложнений, возникающих во время легочного кровотечения. Первоочередной становится профилактика асфиксии вследствие закупорки дыхательных путей кровью. Положение больного должно быть полусидя, что способствует улучшению кровообращения и откашливанию крови. В тяжелых случаях отсасывают кровь из трахеи через катетер. Эффективным является проведение лечебно-диагностической бронхоскопии или интубации, дренирование бронхов и отсасывание сгустков крови. В случаях возникновения ателектаза назначают протеолитические ферменты в сочетании с противотуберкулезными препаратами.

Спонтанный пневмоторакс

Спонтанный пневмоторакс (греч. воздух + панцирь, грудь) — патологическое состояние, характеризующееся поступлением воздуха в плевральную полость при отсутствии поражения грудной клетки.

Спонтанный пневмоторакс при туберкулезе легких чаще всего возникает:

- а) в результате разрыва буллезной эмфиземы легкого (при фиброзно-очаговом, хроническом диссеминированном туберкулезе легких, пневмосклерозе) или кисты легкого;
- б) редко — вследствие прорыва каверны в плевральную щель.

Выделяют следующие виды спонтанного пневмоторакса:

Открытый — воздух поступает в полость плевры на вдохе и выходит при выдохе через отверстие в висцеральной плевре;

Закрытый — воздух попадает в плевральную полость при вдохе, но назад не получается, потому что отверстие в висцеральной плевре закрывается;

Клапанный на вдохе воздух постоянно входит в плевральную пустоту, а на выдохе дефект в висцеральной плевре закрывается, образуя клапан. Клиника спонтанного пневмоторакса в большинстве случаев зависит от размера свободной плевральной полости, вида пневмоторакса и скорости поступления воздуха. Если плевральная полость не облитерированна, ее заполняет воздух (распространенный пневмоторакс), резко сжимает легкое и органы средостения. Если плевральная полость ограничена (ограниченный пневмоторакс), клинические признаки этого осложнения незначительны.

Больные жалуются на острую боль в пораженной половине грудной клетки, одышку, покашливание. Объективно — тахикардия, тимпанит и ослабленное дыхание на стороне спонтанного пневмоторакса. В случаях ограниченного спонтанного пневмоторакса клинические проявления незначительные, а в тяжелых случаях они настолько характерны, что диагноз можно поставить без рентгенологического исследования. Общее состояние при спонтанном пневмотораксе тяжелое, иногда даже потерей сознания. Больной занимает вынужденное положение — полусидя, становится беспокойным. Появляются симптомы острой недостаточности дыхания, дыхание учащается, становится поверхностным, возникает цианоз, потливость, тахикардия, а в дальнейшем — брадикардия. Смерть больного может наступить от болевого шока или коллапса.

Лечение. Больному придают полусидячее. Вводят омнопон или морфина гидрохлорид для уменьшения боли и угнетения кашлевого центра. Назначают также 2 мл 10% раствора сульфокамфокаина подкожно, кислородотерапию. Если состояние больного остается тяжелым, проводят пункцию плевральной полости с последующей аспирацией газа к установке отрицательного давления. При аспирации общее состояние больного быстро улучшается, однако затем вновь может ухудшиться, если спонтанный пневмоторакс становится клапанным или открытым.

Если после неоднократной аспирации газа из плевральной полости общее состояние больного ухудшается, рекомендуется проколоть грудную клетку толстой иглой и зафиксировать ее липким пластырем к коже. При этом воздух, который попадает в плевральную полость через поврежденное легкое, будет выходить наружу. Давление в плевральной полости сравнится с атмосферным, вследствие чего легкое и органы средостения не подвергаются сжатию. К игле следует присоединить резиновую трубку, ее конец опустить в дезинфицирующий раствор. Это мероприятие является неотложным в случаях спонтанного пневмоторакса у больных с крайне тяжелым состоянием.

Адекватным методом является дренирование плевральной полости (наложение дренажа по Бюлау) и постоянное отсасывание воздуха. При спонтанном пневмотораксе общее состояние больного удастся улучшить консервативными мерами. При неэффективности консервативного лечения ставят вопрос о торакотомии и ушивании поврежденного легкого или резекции легкого.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №15 Туберкулез и сопутствующие заболевания: ТБ и ХНЗЛ, ТБ и рак легкого, ТБ и алкоголизм.

Туберкулез и алкоголизм

Проблема алкоголизма и сопутствующего ему туберкулеза очень актуальна.

Лица с сочетанной патологией (туберкулез и алкоголизм) представляют большую эпидемиологическую опасность не только из-за высокой распространенности туберкулеза среди страдающих алкоголизмом, но и в связи с часто встречающимися у них тяжелыми деструктивными формами туберкулеза при массивном бактериовыделении. Эта ситуация обусловлена следующими причинами:

- 1) деградация личности;
- 2) низкий уровень санитарной грамотности;
- 3) несоблюдение элементарных правил гигиены;
- 4) позднее обращение за медицинской помощью;
- 5) пренебрежение рекомендациями врачей;
- 6) отказ от радикальной терапии.

Тем самым они становятся особо опасными для окружающих, распространяя микобактерии туберкулеза, часто полирезистентные к противотуберкулезным препаратам.

Среди больных туберкулезом и алкоголизмом лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза наблюдается в 2, а полирезистентность - в 6 раз чаще, чем у пациентов, не страдающих алкоголизмом. Это косвенное свидетельство того, что лечение таких больных предпринималось неоднократно и столько же раз они уклонялись от него.

Среди больных, длительно состоящих на диспансерном учете, злоупотребляющих алкоголем в 3-5 раз больше, чем первично заболевших туберкулезом легких. Причиной этого является «оседание» в диспансере лиц, злоупотребляющих алкоголем, из-за низкой эффективности лечения. Особенно велика распространенность алкоголизма среди больных хроническим деструктивным туберкулезом легких.

Туберкулез легких у подавляющего большинства больных развивается на фоне алкоголизма, реже предшествует ему. Это характеризует большинство лиц с сочетанной патологией как больных алкоголизмом с сопутствующим туберкулезом.

Клинические проявления и течение туберкулеза легких при алкоголизме могут быть различными. Процесс в легких у больных алкоголизмом иногда приобретает бурное течение и приводит к летальному исходу. Частыми осложнениями туберкулеза легких при сочетании его с алкоголизмом являются легочные кровотечения и кровохарканье, которые связывают с пневмосклерозом и повышенной проницаемостью сосудов под влиянием алкоголя.

После излечения туберкулеза у больных алкоголизмом наблюдаются выраженные остаточные изменения в легких, что создает условия для возникновения рецидивов заболевания. Главной причиной развития рецидивов является недостаточное лечение больных в период проведения основного курса химиотерапии в стационаре из-за досрочной выписки за нарушение режима. У больных алкоголизмом туберкулезный процесс при его рецидивах протекает тяжелее, чем при первоначальном заболевании.

При возникновении туберкулеза резко ухудшается течение алкоголизма, быстро формируются его тяжелые стадии с выраженной психопатизацией, деградацией личности и социальной запущенностью. Запои принимают упорный характер, более тяжелым становится синдром похмелья. Туберкулезная инфекция является дополнительным отягощающим фактором, способствующим возникновению алкогольных психозов. Основную роль в их развитии играют обострения туберкулезного процесса.

Принципы лечения. Одна из основных причин неблагоприятного течения туберкулеза легких при алкоголизме - неполноценное лечение из-за недисциплинированности больных. Без активной антиалкогольной терапии лечение больных алкоголизмом и туберкулезом не может быть успешным.

Использование высокоэффективных, адекватно подобранных комбинаций противотуберкулезных препаратов дает возможность одновременно осуществлять активную противотуберкулезную терапию без серьезных осложнений. Последняя позволяет продлить

сроки пребывания больных в стационаре за счет ремиссии алкоголизма и тем самым повысить эффективность химиотерапии туберкулеза.

Химиотерапию туберкулеза легких у больных алкоголизмом необходимо проводить в стационарах в соответствии с общепринятыми принципами. Больные часто уклоняются от приема препаратов, поэтому следует осуществлять строгий контроль над регулярностью химиотерапии: препараты целесообразно вводить парентерально, а если внутрь, то однократно в суточных дозах.

Нужно соблюдать осторожность при назначении оказывающих гепатотоксическое действие рифампицина (особенно совместно с изониазидом), пиразинамида, этионамида, протионамида и тиацетазона больным алкоголизмом, с алкогольным циррозом печени, перенесшим болезнь Боткина и продолжающим злоупотреблять алкоголем.

Множественные соматические заболевания при алкоголизме ограничивают выбор оптимальных комбинаций противотуберкулезных препаратов из-за противопоказаний к их применению, поэтому при комбинированном заболевании необходима индивидуализация химиотерапии с учетом характера сопутствующей соматической патологии.

Туберкулез и рак легких

Установлено, что рак легкого у больных туберкулезом и у лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза встречается чаще, чем среди всего населения.

При осуществлении диспансерного наблюдения за больными туберкулезом органов дыхания и лицами с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза должна быть определенная онкологическая настороженность.

Повышенный риск развития рака легкого может быть у:

- 1) продолжительно курящих;
- 2) мужчин старше 40 лет;
- 3) лиц с выявленным метатуберкулезным синдромом, на фоне которого часто развиваются воспалительные заболевания легких;
- 4) групп населения, в течение длительного времени подвергавшихся воздействию профессиональных или природных канцерогенных факторов.

Клинически сочетание рака и туберкулеза можно разделить на три периода:

- 1) бессимптомный;
- 2) с выраженными симптомами рака;
- 3) метастатический.

По гистологической картине в большинстве случаев обнаруживаются опухоли, затем аденокарциномы и на последнем месте - низкодифференцированные опухоли.

Опухоли располагаются преимущественно в III, VIII и X сегментах правого легкого.

Признаками злокачественного поражения легких являются одышка, надсадный кашель, иногда с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке, общая слабость, утомляемость, похудание, повышение температуры, боли в длинных трубчатых костях.

При запущенных процессах появляются синюшность слизистых и акроцианоз, изменение концевых фаланг в виде «барабанных палочек».

Диагностика рака легкого у больных туберкулезом и у лиц с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза - трудная задача. Чрезвычайно ценным методом диагностики является рентгенологическое исследование с применением томографии. Тем не менее решающее значение имеет цитологическое исследование биоптата легкого и лимфатических узлов.

Инвазивные методы исследования (эндобронхиальное исследование, трансторакальная пункция) следует применять по четким показаниям, когда клинические симптомы и рентгенологическая картина позволяют заподозрить рак легкого.

Необходимо помнить, что хорошо известные клинические симптомы рака легкого: уменьшение массы тела, боли в груди, кашель, кровохарканье могут быть обусловлены туберкулезом. Поэтому иногда даже их появление не настораживает больного и не служит для врача поводом к проведению целенаправленной диагностики рака легкого.

Тщательный анализ рентгенологических изменений в динамике при появлении признаков, не укладывающихся в клиническую картину туберкулеза, требует уточнения этиологии этих изменений.

Туберкулез и хронические неспецифические заболевания легких

Из хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) при туберкулезе встречаются: хронический бронхит, хроническая пневмония, бронхиальная астма, бронхоэктазии, абсцесс легких, эмфизема легких.

В отношении связи ХНЗЛ и туберкулеза легких различают две ситуации:

- 1) больные, у которых ХНЗЛ имели место до заболевания туберкулезом, тем самым туберкулез развился на фоне неспецифических изменений в легких;
- 2) больные, у которых ХНЗЛ являются вторичными и развились на фоне туберкулезного процесса.

Больные, у которых ХНЗЛ развились до заболевания туберкулезом

Частые обострения ХНЗЛ могут быть признаками ранней фазы реактивации или суперинфекции туберкулеза.

Среди больных с вновь выявленным вторичным туберкулезом и в сочетании с ХНЗЛ наиболее часто в качестве фоновых заболеваний обнаруживаются хронический бронхит и хроническая пневмония.

Хронический неспецифический процесс в легких, сочетаясь с другими заболеваниями при туберкулезе, осложняет течение основного туберкулезного процесса и ухудшает его прогноз.

У таких больных туберкулезом обострение ХНЗЛ, как правило, наступает несколько раз в году, провоцируя и обостряя туберкулезный процесс.

Больные, у которых ХНЗЛ являются вторичными и развились на фоне туберкулезного процесса

Туберкулез легких создает условия для возникновения ХНЗЛ, которые могут сопутствовать активному процессу или развиваться на фоне туберкулезных изменений.

Развитию ХНЗЛ на фоне туберкулеза способствуют поражение бронхов и распространенный туберкулезный процесс в легких, при этом острые воспалительные заболевания легких и бронхов переходят в хронические неспецифические заболевания органов дыхания. Рубцовые изменения в бронхиальном дереве, трансформация слизистой бронхов, соединительнотканые образования в легких, в плевре, обусловленные туберкулезным процессом, способствуют возникновению хронических воспалительных заболеваний.

До некоторой степени фибропластические процессы могут усугубляться под влиянием антибактериальных препаратов. Поэтому при лечении туберкулеза легких развивается посттуберкулезный синдром с локальным или диффузным пневмосклерозом, деформацией бронхиального дерева, бронхоэктазами, плевральными сращениями, осумкованными очагами и фокусами. Морфологические проявления посттуберкулезного синдрома в легких тесно связаны с клинической формой туберкулеза.

Среди больных с клинически излеченным туберкулезом наиболее часто встречается хронический бронхит. Главную роль в его возникновении играют факторы, раздражающие слизистую оболочку бронхов, которые сочетаются с неспецифическими, банальными или аллергическими воспалениями вследствие общей аллергизации или побочного действия лекарств.

Неспецифический эндобронхит у части больных туберкулезом сохраняется длительно, у большинства излечивается, но даже у последних снижается защитная функция бронхов, делающая их весьма чувствительными к воздействию вторичных неблагоприятных факторов: дыма, табака, производственной пыли, банальной инфекции.

Туберкулезные очаги и туберкулемы преимущественно осумковываются и сопровождаются развитием ограниченного пневмосклероза.

Диссеминированному туберкулезу свойственно развитие распространенного пневмосклероза, диффузного бронхита и эмфиземы легких.

Заживление фиброзно-кавернозного туберкулеза сопровождается циррозом с грубой деформацией всех бронхолегочных структур и развитием бронхоэктазов.

Хроническая пневмония наблюдается у каждого 10-го больного с излеченным туберкулезом.

Эмфизема легких как самостоятельное заболевание встречается сравнительно редко. Чаще она сочетается с профессиональными заболеваниями органов дыхания у больных туберкулезом пожилого и старческого возраста.

Бронхиальная астма у больных туберкулезом встречается относительно редко.

Больные туберкулезом и излеченные нуждаются в постоянном наблюдении и получении профилактического лечения.

Лица с посттуберкулезными изменениями и хроническими болезнями органов дыхания, перенесшие в прошлом активный туберкулез органов дыхания, представляют собой тяжелый контингент больных.

Это обстоятельство обусловлено:

- 1) разнообразием легочной симптоматики, затрудняющей дифференциальную диагностику обострения туберкулеза и неспецифического обострения;
- 2) характером туберкулезного процесса в легких, развитием распространенных форм туберкулеза, распада и бактериовыделения.

Больные с хроническими болезнями органов дыхания с рецидивами туберкулеза нередко имеют другие сопутствующие заболевания. Среди них наиболее часто выявляются хронический алкоголизм, заболевания нервной системы, а также сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные заболевания, сахарный диабет и др.

Характерной особенностью клинического течения ХНЗЛ у лиц с посттуберкулезными изменениями является волнообразное течение этих заболеваний с обострениями в весенне-осеннее время года. Нередко эти обострения маскируются под острые респираторные заболевания или рецидивы туберкулеза.

Профилактика туберкулеза и ХНЗЛ у лиц с посттуберкулезными изменениями в легких:

1. Необходимо уделять внимание больным ХНЗЛ как с точки зрения дифференциальной диагностики, так и лечения отдельных форм этих заболеваний.

Особую настороженность должны вызывать жалобы больного на кашель, который не прекращается в течение 3 мес и повторяется в течение 2 лет и более, особенно если он сопровождается появлением сухих свистящих или влажных хрипов при отсутствии реактивации туберкулеза.

2. Важно определить характер посттуберкулезных изменений в легких. При изучении рентгенологической картины следует фиксировать внимание на локализации посттуберкулезных изменений (легочная ткань, корни), величине (большие, малые), морфологическом субстрате (кальцинаты, очаги, туберкулема, цирроз, фиброз, плевральные наложения).

3. Более сложные методы обследования лиц с посттуберкулезными изменениями и хроническими болезнями органов дыхания должны применяться по специальным показаниям. К ним относят бронхоскопию, назначаемую как с диагностической целью для уточнения патологии бронхов, так и с лечебной, особенно при выделении обильной гнойной мокроты.

4. В период обострения ХНЗЛ необходимо исследовать мокроту больных на специфическую флору.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №16 Туберкулез и сопутствующие заболевания: ТБ и сахарный диабет, ТБ и беременность, ТБ и психические заболевания.

Туберкулез и беременность

Проявления туберкулеза у беременной разнообразны. Туберкулез может быть выявлен при сборе анамнеза. Иногда туберкулез может быть диагностирован у беременной при появлении специфических признаков, характерных для этой болезни, или случайно в результате рутинного исследования.

Атипичное проявление туберкулеза у беременных затрудняет подтверждение диагноза.

Проблема туберкулеза и беременности имеет важное значение для матери и ребенка.

Влияние беременности на туберкулез. В настоящее время общепринято, что беременность не располагает к развитию туберкулеза и не влияет на прогрессирование болезни. Однако клинические исследования выдвигают на первый план возможность небольшого, но определенного риска рецидивов и ухудшения течения туберкулеза в послеродовом периоде.

Влияние туберкулеза на беременность. Клинические наблюдения не дают основание предполагать неблагоприятное воздействие туберкулеза на течение беременности или родов.

Проникновение МБТ через плаценту. Инфицирование больных с врожденным туберкулезом может происходить через проникновение МБТ в эндоментрий. Передача туберкулезной инфекции через плаценту окончательно доказана. Описаны случаи, когда у новорожденных обнаруживали МБТ в лимфатических узлах пуповины, что указывает на вену пуповины как путь передачи инфекции. МБТ также могут быть выявлены в образцах плаценты и тканях от мертворожденных младенцев.

Врожденный туберкулез может быть результатом гематогенной диссеминации из инфицированной плаценты, через вену пуповины, или аспирации плодом амниотической жидкости. Печень - главная мишень гематогенной диссеминации через эмбриональное кровообращение.

Выявление беременных, больных туберкулезом, важная задача. Это может способствовать предотвращению инфицирования новорожденного и лиц, находящихся с беременной в тесном контакте.

Обзорная рентгенография. Рентгенологическое исследование показано в течение беременности, чтобы обнаружить активный или неактивный туберкулез. Сомнения относительно облучения не оправдывают отказ от проведения обзорной рентгенограммы легких в период беременности. В случае, если рентгенологическое обследование решено проводить, оно должно быть выполнено с защитой от облучения области живота, предпочтительно после первого триместра беременности. Поэтому рентгенография легких, выполненная в течение беременности с соблюдением мер предосторожности, не представляет опасности для плода.

Туберкулиновый тест служит важным скринирующим методом в течении беременности. Он выявляет лиц, инфицированных МБТ, но не определяет активность или распространенность болезни. Пациенты с активным туберкулезом могут не иметь положительной реакции в результате состояния анергии.

Микробиологические методы. Выявление МБТ в мокроте, биологических жидкостях или ином материале с помощью микроскопии или в посеве на питательную среду подтверждает диагноз туберкулеза.

Лечение активного туберкулеза во время беременности. Беременные должны получать лечение сразу после установления диагноза туберкулеза. Отсутствие лечения туберкулеза представляет большую опасность для беременной и ее плода, чем само специфическое лечение. Назначение химиотерапии остается основным методом лечения активного туберкулеза в период беременности.

Анализ объединенных данных относительно риска тератогенного эффекта противотуберкулезных препаратов основного ряда (изониазид, рифампицин, стрептомицин и этамбутол) показал: несмотря на то, что все эти препараты проникают через плаценту, ни один из них не является тератогенным или токсичным для плода, за исключением стрептомицина, имеющего ототоксический эффект.

Решить вопрос о сохранении беременности должны и женщина, и ее лечащий врач. Лечащий врач должен настаивать на прерывании беременности в том случае, если имеется: фиброзно-кавернозный, хронический диссеминированный или распространенный цирротический туберкулез, осложненный легочно-сердечной недостаточностью; вновь выявленный прогрессирующий туберкулез; сочетание туберкулеза с сахарным диабетом или другими хроническими заболеваниями.

Примерные мероприятия, которые следует проводить в отношении ребенка от матери, больной туберкулезом:

1. Ребенок не должен быть отделен от матери, если она не безнадежно больна.
2. Если у матери нет МБТ в мокроте, младенец должен быть немедленно вакцинирован БЦЖ.
3. Если у матери имелись МБТ в мокроте во время беременности или остаются по ее окончании:
 - 3.1. Если младенец болен при рождении и у него подозревается врожденный туберкулез, необходимо проводить полномасштабную химиотерапию;
 - 3.2. Если ребенок здоров, следует назначить изониазид 5 мг/кг однократно 1 раз в день в течение 2 мес.

Туберкулез легких у психически больных. Заболеваемость и смертность от туберкулеза в психиатрических больницах выше, чем среди психически здорового населения. Большую

поражаемость туберкулезом психически больных следует объяснить совокупностью причин, из которых наиболее важной является расстройство высшей нервной деятельности.

У психически больных с ослаблением деятельности коры головного мозга туберкулез протекает особенно тяжело. Это обусловлено значительными изменениями всей жизнедеятельности организма и, как следствие, понижением сопротивляемости инфекциям. Такие больные, утрачивая интерес к окружающему, находятся в состоянии апатии, адинамии. В основном это лица, страдающие шизофренией, различными видами слабоумия, а также находящиеся в длительном кататоническом состоянии. В конечном итоге больные погибают от тяжелого туберкулезного процесса: казеозной пневмонии, фибрознокавернозного и генерализованного туберкулеза.

В том случае, когда психически больные находятся в состоянии возбуждения, физической активности, туберкулез протекает более благоприятно. Больные, не потерявшие адекватного отношения к окружающему миру, сохранившие инициативу и, самое главное, интерес к полезному труду, справляются с туберкулезом гораздо легче.

Патогенез и формы туберкулеза у психически больных не отличаются от таковых у психически здоровых людей. Однако своевременное выявление туберкулеза у психически больных затруднено из-за отсутствия жалоб, трудности сбора анамнеза, стертых клинических симптомов вследствие понижения реактивности организма. Кроме того, проявления душевного заболевания могут маскировать некоторые симптомы туберкулеза.

Выявление туберкулеза у психически больных достигается благодаря не столько жалобам самих заболевших, сколько систематическому, направленному клиническому и рентгенологическому обследованию в больницах.

Туберкулез легких с бацилловыделением у психически больных представляет большую опасность, поскольку такие пациенты не соблюдают правил гигиены.

Лечение туберкулеза у психически больных принципиально не отличается от лечения туберкулеза у психически здоровых лиц, но ведется одновременно с лечением основного заболевания. Применяются обычные антибактериальные препараты в стандартных дозировках на фоне гигиено-диетического режима. Если у больного нет противопоказаний, то в период ремиссий психического заболевания он может лечиться в обычных противотуберкулезных учреждениях (больницы, санатории).

Туберкулез легких и сахарный диабет

При сочетании сахарного диабета и туберкулеза легких в подавляющем большинстве случаев (до 90%) диабет является предшествующим заболеванием, на фоне которого в различные сроки развивается туберкулез. Если оба заболевания выявляются одновременно, то, очевидно, скрыто протекавший сахарный диабет обострился под влиянием присоединившегося туберкулеза.

Единого мнения о причине частой заболеваемости туберкулезом у больных сахарным диабетом нет. Достоверно то, что туберкулез развивается в условиях сниженной сопротивляемости организма к инфекции, которая определяется истощением больных при некоторых формах диабета, изменением иммунобиологических свойств, в частности, снижением способности организма больного сахарным диабетом вырабатывать антитела и антитоксины. Развитию туберкулеза в таких случаях способствует некомпенсированный или нелеченый диабет.

Клиника туберкулеза у больных сахарным диабетом. Если туберкулез выявлен в раннем периоде, можно достичь более благоприятного развития заболевания даже в сочетании с диабетом. Злокачественное, тяжелое течение туберкулеза с склонностью к быстрому прогрессированию и распаду встречается преимущественно при неправильном лечении диабета или позднем выявлении туберкулеза.

Первыми клиническими признаками туберкулеза при диабете являются: нарастающая слабость, понижение аппетита, падение массы тела, нарастание симптомов диабета. Заболевание вначале может протекать скрыто, поэтому туберкулез легких нередко диагностируется при профилактических флюорографических обследованиях населения или контрольном рентгенологическом обследовании.

Туберкулиновые пробы обычно резко положительные. Однако с развитием хронических форм туберкулеза - фиброзно-кавернозного, гематогенно-диссеминированного - наступает истощение защитных туберкулезного организма, и туберкулиновая чувствительность снижается.

Течение туберкулеза при сахарном диабете отличается более медленной нормализацией нарушенного обмена веществ, более длительным периодом явлений туберкулезной интоксикации, медленным заживлением полостей распада.

Причинами прогрессирования даже относительно малых форм туберкулеза (очагового и небольших туберкулем) являются недооценка активности впервые выявленного туберкулеза,

следовательно, несвоевременно начатая терапия туберкулеза, нарушения в диете и лечении диабета, что приводит к отсутствию компенсации сахарного диабета.

Течение диабета на фоне присоединившегося туберкулеза характеризуется тем, что туберкулез отягощает течение основного заболевания. У больных повышается уровень сахара в крови, увеличиваются диурез и глюкозурия, может появиться ацидоз. Ухудшение обмена веществ проявляется в больших колебаниях содержания сахара в крови в течение суток, появляются ощущение сухости во рту, чувство жажды, частое мочеиспускание. Прогрессирует падение массы тела. Приведенные данные имеют большое практическое значение: всякое внезапное ухудшение течения диабета должно вызвать у врача подозрение на заболевание туберкулезом.

Особенности течения туберкулеза у больных сахарным диабетом и неблагоприятное влияние туберкулеза на диабет требуют от врача умелого сочетания всех лечебных мероприятий. В прошлом половина больных погибала от туберкулеза, присоединившегося к диабету. С введением в практику терапии физиологической диетой, инсулином и антибактериальными препаратами стало возможным клиническое излечение больных туберкулезом и диабетом.

Повышенная заболеваемость туберкулезом среди больных диабетом требует особого внимания к вопросам профилактики туберкулеза. Лица молодого возраста, у которых диабет протекает обычно тяжело и часто осложняется присоединением туберкулеза, нуждаются в тщательном наблюдении и систематических проверках на туберкулез.

Противодиабетическая терапия больных должна быть комплексной и индивидуальной в зависимости от состояния организма, формы и фазы туберкулезного процесса, тяжести диабета.

Антибактериальная терапия при туберкулезе у больных сахарным диабетом должна проводиться длительно, непрерывно, в комбинации с различными препаратами, индивидуально подобранными больному.

Каждый больной диабетом, у которого впервые выявлен туберкулез, должен быть госпитализирован.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №17 Туберкулез и ВИЧ/СПИД, клиническое течение и диагностика.

Туберкулез, ВИЧ-инфекция и СПИД.

Быстрый рост распространенности ВИЧ-инфекции во многих странах мира становится проблемой в выявлении и лечении туберкулеза. Этот процесс также осложняет борьбу с туберкулезом.

ВИЧ (вирус иммунодефицита человека)

ВИЧ может распространяться различными способами:

1. Гетеросексуально.
2. Гомосексуально.
3. Через кровь при:

3.1. Переливании крови, содержащей ВИЧ (в странах, где много людей становятся ВИЧ-инфицированными, даже кровь, прошедшая тестирование на содержание ВИЧ, может быть опасна, поскольку существует вероятность того, что кровь может содержать ВИЧ, прежде чем антитела будут обнаружены);

3.2. Использовании игл, не стерилизованных должным образом. Это обычно распространено среди наркоманов.

Практически здоровые медицинские работники, но ВИЧ-инфицированные, не должны обслуживать больных туберкулезом, так как они имеют намного больший риск развития туберкулеза при инфицировании МБТ.

Между моментом ВИЧ-инфицирования и развитием СПИДа проходит относительно длительный период - часто несколько лет. Этот период короче у детей в возрасте до 5 лет и у лиц старше 40 лет. В течение этого инкубационного периода пациент может себя чувствовать практически здоровым (хотя остается инфицированным). Развитие туберкулеза - часто первый признак ВИЧ-инфицированности.

Около 50% больных туберкулезом, одновременно ВИЧ-инфицированных, не имеют явных признаков ВИЧ-инфицирования. Единственным способом установления диагноза является тестирование на наличие ВИЧ.

Диагностика и тестирование. Тестирование на наличие ВИЧ-антител - единственный надежный способ диагноза.

Влияние ВИЧ на эффективность борьбы с туберкулезом

Распространенность туберкулеза. Среди людей, уже инфицированных МБТ (имеющих положительную реакцию на туберкулин) и ВИЧ, риск развития клинических проявлений туберкулеза

в течение жизни составляет около 50% - по сравнению с 5-10% риском, если инфицированные МБТ ВИЧ-отрицательные. В результате наблюдается значительное увеличение частоты случаев туберкулеза в популяциях, в которых ВИЧ становится распространенным.

Реакции на препараты. Среди больных туберкулезом и ВИЧ-инфицированных побочные реакции на противотуберкулезные препараты встречаются чаще. Это может увеличивать частоту неэффективного лечения.

Иглы. Особая осторожность должна быть предпринята при многократном использовании инъекционных игл из-за опасности ВИЧ-инфекции. По этой причине стрептомицин больше не применяется для лечения туберкулеза во многих странах с высокой распространенностью ВИЧ.

Клинические проявления туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией

Выделяют следующие различия клинических проявлений туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных по сравнению с ВИЧ-неинфицированными больными.

1. Наличие внелегочных форм туберкулеза, особенно часто в виде увеличенных лимфатических узлов, что редко наблюдается при других формах туберкулеза.
2. Повышенная частота милиарного туберкулеза. МБТ могут быть выделены из крови, что никогда не случается при обычном туберкулезе.
3. Данные рентгенологического обследования. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции клиника туберкулеза легких мало отличается от обычной. На более поздних стадиях ВИЧ-инфекции чаще наблюдаются увеличенные медиастинальные лимфатические узлы. Распад встречается реже. Чаще, чем обычно, выявляются плевральный и перикардиальный выпоты. Тени в легком могут быстро изменяться.
4. Туберкулезные поражения могут образовываться в необычных участках организма, например, в мозгу в виде туберкулем, абсцессов в стенке грудной клетки или в другом месте.
5. В мокроте МБТ часто не выявляются, несмотря на значительные рентгенологические изменения в легких.
6. Туберкулиновый тест обычно отрицательный (анергия).
7. Лихорадка и потеря массы тела чаще наблюдаются у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, нежели у ВИЧ-отрицательных.

У больного туберкулезом следует подозревать ВИЧ-инфекцию в следующих случаях:

1. Генерализованное увеличение лимфатических узлов. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции лимфатические узлы могут быть плотными и болезненными, как при острой инфекции.
2. Кандидоз: наличие грибковых болезненных белых пятен во рту.
3. Хроническая диарея в течение более 1 мес.
4. Опоясывающий лишай.
5. Саркома Капоши: наличие мелких красных сосудистых пятен на коже и особенно на небе.
6. Генерализованный дерматит с зудом.
7. Ощущение жжения в ступнях (проявления нейропатии).
8. Постоянные болезненные изъязвления в гениталиях.

Лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

Стандартизованная химиотерапия туберкулеза. Современные стандартизованные схемы химиотерапии ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом столь же эффективны, как и ВИЧ-неинфицированных. МБТ в мокроте исчезают так же быстро. Рецидивы возникают не чаще. Увеличение массы тела наступает медленнее, чем у неинфицированных ВИЧ-больных. При проведении стандартизованного лечения без рифампицина эффект ниже, а рецидивы чаще. Часть рецидивов, возможно, обусловлена суперинфекцией из-за пониженного иммунитета ВИЧ-инфицированных.

Смертность от туберкулеза выше среди ВИЧ-инфицированных больных. Чаще это связано с другими осложнениями, вызываемыми ВИЧ-инфекцией. Но некоторые смертельные случаи непосредственно связаны с туберкулезом.

Долгосрочный прогноз плохой, как и для всех ВИЧ-инфицированных. Однако лечение туберкулеза у таких больных обычно увеличивает период практического здоровья. Кроме того, оно препятствует распространению туберкулеза.

Побочные эффекты от действия препаратов встречаются чаще среди ВИЧ-инфицированных. Тиацетазон может вызывать серьезные кожные реакции, которые фатальны в 25% случаев. Если у больного реакция на тиацетазон продолжает развиваться, его больше нельзя назначать. В некоторых странах с высокой распространенностью ВИЧ тиацетазон не используют.

Профилактическое лечение изониазидом может назначаться ВИЧ-больным без наличия у них клинических проявлений туберкулеза.

Туберкулез ускоряет прогрессирование ВИЧ-инфекции. Поэтому у ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом могут развиваться другие осложнения, связанные с ВИЧ-инфекцией.

Защита медицинского персонала от ВИЧ-инфекции.

1. Взятие крови необходимо производить в перчатках. Использованные одноразовые иглы и шприц помещать в специальную емкость. Перчатки и тампоны складывать в герметичный полиэтиленовый пакет.
2. Выполнение манипуляций, при которых может быть контакт с кровью (например, хирургическая операция или принятие родов), проводить в перчатках и фартуке. Глаза следует защищать очками.
3. Если кровь или другая биологическая жидкость пролиты, их следует немедленно убрать, при этом место, где была кровь, обработать фенолом и/или хлорамином.
4. При реанимационных манипуляциях нельзя делать искусственное дыхание рот в рот, следует использовать для этого мешок и маску.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №18 Организация борьбы с туберкулезом в Республике Узбекистан. Принципы лечения больных туберкулезом. Мониторинг и оценка эффективности лечения по стандартам ВОЗ.

В рамках этой Программы совершенствование борьбы с туберкулезом требует участие врачей общего профиля, которые должны выполнять следующие задачи:

1. Раннее и своевременное выявление больных туберкулезом.
2. Формирование групп риска по туберкулезу, проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза у них.
3. Обеспечение полноценного охвата детей специфической профилактикой.
4. Своевременная диагностика туберкулеза у лиц, обратившихся за медицинской помощью и имеющих клинические проявления туберкулеза.
5. Анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, планирование противотуберкулезных мероприятий на основе анализа эпидемиологических показателей и полноценное выполнение их.
6. Проведение среди населения санитарно-просветительской работы по туберкулезу.
7. Тесное сотрудничество с противотуберкулезными диспансерами, полноценная осведомленность о больных туберкулезом и очагах туберкулезной инфекции.
8. Участие в разборах поздно выявленных случаев туберкулеза.

Какими инструктивными материалами необходимо руководствоваться ВОП в проведении противотуберкулезных мероприятий?

До 1993 года основным документом борьбы с туберкулезом был приказ №591 от 23/XI-1993 года, составленный на основании приказа Минздрава СССР №527 от 5/VI-1998 г.

Однако в новых экономических условиях выполнение этого приказа обеспечить не удавалось, в связи с чем сотрудниками НИИ фтизиатрии и пульмонологии Минздрава РУз был разработан приказ №552 от 24/XI-1995 г для 14 экспериментальных районов.

Решением штаба Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 15 марта 1999 г. на основании результатов работы, проведенной в экспериментальных районах, приказ распространен на всю территорию Узбекистана.

В соответствии с этим приказом, основной целью борьбы с туберкулезом в Узбекистане является предупреждение передачи инфекции. Для достижения этой цели приказом предусмотрены следующие меры:

1. Своевременное выявление случаев туберкулеза легких, особенно бактериовыделителей.
2. Повышение иммунной прослойки среди населения к туберкулезной инфекции с помощью вакцинации и ревакцинации БЦЖ.
3. Предупреждение инфицированности и заболеваемости туберкулезом у лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями с помощью химиопрофилактики.
4. Применение интенсивных режимов химиотерапии больных туберкулезом легких, приводящих за короткий срок к стойкому прекращению бактериовыделения.

Внедрение в практику противотуберкулезной службы №552 приказа не означает отмены приказа №591, а только дополняет его и вносит коррекцию в указанные ниже разделы.

Своевременное выявление больных туберкулезом легких.

Основными методами выявления туберкулеза у детей остается проба Манту, у взрослых - флюорографическое обследование и бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ.

В связи невозможностью охвата детей сплошной туберкулинодиагностикой из-за больших экономических затрат, выделены 3 группы детей подлежащих обязательному обследованию:

I- группа повышенного риска заболевания туберкулезом: дети с ХНЗЛ, часто болеющие ОРЗ, с рецидивирующими пневмониями, бронхитом, хронической пневмонией, сахарным диабетом, дополнительно получающие кортикостероиды дети до 7 лет и старше 7 лет, с интоксикацией неясной этиологии.

В этой группе дети обследуются пробой Манту с 2ТЕ и 7 лет дополнительно проводится флюорография. Ответственность за обследование этой группы возложена на педиатра общей медицинской сети и СЭС.

II-группа дети из контакта с бактериовыделителями, контингент IV группы диспансера. В этой группе обязательными являются проба Манту с 2 ТЕ и флюорографическое обследование. Ответственность за обследование этой группы возложена на фтизио-педиатра.

III-группа – VI группа диспансерного учета, дети с признаками инфекционной аллергии. В этой группе обязательной является постановка пробы Манту с 2 ТЕ и рентгенологическое обследование. Ответственность за обследование этой группы возложена на фтизио-педиатра.

Для своевременного активного выявления туберкулеза легких у подростков и взрослых, основным методом остается флюорографическое обследование в 4 группах подростков и взрослых.

Группа повышенного риска заболевания туберкулезом: лица с атипичным течением респираторной патологии, пневмонии, перенесшие плеврит, страдающих ХНЗЛ, сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка, пневмокониозами, длительно принимающие кортикостероиды, лучевую терапию, иммунодепрессанты, и цитостатики, женщины после родов, наркоманы, алкоголики, психические больные, а также лица молодого возраста с гиперергическими результатами пробы Манту. В этой группе за организацию и проведение флюорографического обследования ответственность возлагается на ВОП.

Эту группу составляют лица находящиеся на диспансерном учете в поликлиниках, а также за медицинской помощью в учреждения общей лечебной сети с заболеваниями органов дыхания. При наличии кашля у этих лиц мокрота исследуется на МБТ бактериоскопическим методом.

2- группа – обязательный контингент.

Это большая группа лиц, работающих в профессиях, где противопоказана работа больных с активным туберкулезом и большими остаточными изменениями перенесенного туберкулеза. За обеспечение флюорографического обследования в этой группе отвечает санитарный врач СЭС. ВОП контролирует регулярность и полноту охвата флюорографическим обследованием лиц этой группы. Вопросы допуска к работе лиц, не прошедших обследование, решает санитарный врач.

3 группа-контакты больных бактериовыделителей (IV группа учета противотуберкулезного диспансера) обследуется флюорографически дважды в год (весной и осенью). Флюорографическое обследование этой группы, как и последней 4 группы обеспечивает участковый фтизиатр.

4 группа- VII группа учета противотуберкулезного диспансера- лица с большими остаточными изменениями перенесенного туберкулеза и высоким риском рецидива туберкулеза. Эта группа обследуется также дважды в год (весной и осенью).

2. Повышение иммунной прослойки среди населения к туберкулезной инфекции с помощью вакцинации и ревакцинации БЦЖ.

В соответствии с планами иммунизации населения Республики Узбекистан, принятым в ноябре 1997 года, вакцинация БЦЖ проводится в родильном доме на 3-5 день жизни ребенка. Ответственность за полноценность охвата вакцинацией возлагается на глав. врача родильного дома.

Вакцинация проводится термостабильной сухой вакциной, которая вводится в/кожным методом и разводится непосредственно перед употреблением. При наличии противопоказаний к вакцинации проводится отсроченная вакцинация в возрасте до 1 года. При этом до 6 месяцев вакцинация проводится после снятия противопоказаний в более поздние сроки наряду со снятием противопоказаний необходимо убедиться в наличии отрицательной реакции на туберкулин. Отсроченная вакцинация проводится вакциной БЦЖ-М.

Ревакцинация проводится 2-хкратно в возрасте 6-7 и 14-15 лет, при отсутствии противопоказаний и отрицательной чувствительности к туберкулину, подтвержденной пробой Манту с 2 ТЕ.

Ответственность за проведение ревакцинации возложена на педиатров общей лечебной сети.

Установлено, что у детей не имеющих кожных прививочных знаков инфицированность в 3 раза, а выявляемость туберкулеза в 6 раз превышает аналогичные показатели у лиц с кожными прививочными знаками.

У больных туберкулезом детей в 35- 40%, у больных туберкулезным менингитом детей -80-85% отмечено отсутствие поствакцинных рубчиков. Качественное проведение вакцинации и ревакцинации снижает заболеваемость туберкулезом у детей в 23 раза и предупреждает развитие тяжелых форм туберкулеза. Чтобы избежать введения в организм живых бактерий туберкулеза ученые всего мира работают над созданием химической вакцины.

3. Предупреждение инфицированности и заболеваемости туберкулезом у лиц, находящихся в контакте с бактериовыделителями с помощью химиопрофилактики.

Приказом №552 предусмотрено проведение профилактики туберкулеза с помощью химиопрепаратов в 3-х группах лиц:

1. Контакты с массивными бактериовыделителями – получают контролируемую химиопрофилактику двумя химиопрепаратами (изониазид+ этамбутол).

2. Контакты с больными туберкулезом легких с распадом и скудным бактериовыделением и без бактериовыделения- получают контролируемую химиопрофилактику одним препаратом (изониазид). За обеспечением химиопрофилактики в этих двух группах отвечает СЭС и противотуберкулезный диспансер.

3. Контакты больных туберкулезом легких без распада со скудным бактериовыделением – получают один химиопрепарат интермиттирующим методом. За обеспечением химиопрофилактики в этой группе также отвечает противотуберкулезный диспансер и СЭС.

Наряду с этими группами лиц химиопрофилактике подлежат, после полного клинико-рентгенологического обследования и исключения активного туберкулеза дети «виражом» туберкулиновой пробы. При наличии гиперергических реакций химиопрофилактика проводится двумя препаратами, в остальных случаях одним противотуберкулезным препаратом.

ВОП должен иметь сведения о лицах, подлежащих химиопрофилактике и полного охвата контактных химиопрофилактикой по своему участку.

Наряду с активным участием в своевременном выявлении туберкулеза ВОП должен знать основные эпидемиологические показатели по туберкулезу, уметь анализировать их и на основании их анализа планировать противотуберкулезные мероприятия в районе обслуживания.

Объем резервуара туберкулезной инфекции характеризует показатели: инфицированность, риск инфицированности и заболеваемость.

Инфицированность определяется по числу лиц положительно реагирующих на туберкулин в процентах к числу обследованных. Показатели инфицированности туберкулезом в Узбекистане.

В странах, где проводится вакцинация новорожденных и ревакцинация, определение показателя инфицированности представляет большие трудности из-за появления положительной туберкулиновой чувствительности, обусловленной поствакцинальной аллергией.

Риск инфицированности устанавливается при помощи повторных туберкулиновых проб, по числу лиц с виражом туберкулиновых реакций – прямой метод определения риска инфицированности. Риск инфицированности можно определять по числу заболевших туберкулезным менингитом в возрасте 0-4 года.

Заболеваемость туберкулезом исчисляется по числу впервые зарегистрированных больных в течение текущего года на каждые 100 тысяч населения. Заболеваемость дает более детальное представление о структуре больных туберкулезом, когда изучается изолированно: заболеваемость легочным или внелегочным туберкулезом, заболеваемость деструктивными формами или с бактериовыделением. Высокий показатель заболеваемости фиброзно-кавернозным туберкулезом свидетельствует о большом резервуаре инфекции среди населения, плохо поставленной работе по раннему выявлению туберкулеза.

Показатель заболеваемости у детей до 1 года жизни характеризует риск первичного заражения.

Болезненность туберкулезом- численность контингентов больных активным туберкулезом легких к концу года на 100 тыс. населения.

Смертность – число умерших от туберкулеза в течение года на 100 тыс. населения.

Совокупность заболеваемости, болезненности и смертности позволяет получить представление о распространенности туберкулеза, состоянии различных разделов противотуберкулезной работы и оценить закономерности, определяющие эпидемический процесс в целом по Республике и по отдельным ее регионам.

Санитарная профилактика туберкулеза, направленная на оздоровление очагов туберкулезной инфекции, является задачей учреждений противотуберкулезной службы.

ВОП должен знать категории очагов по степени их эпидемиологической опасности, а также иметь сведения о структуре и числе очагов туберкулеза в районе обслуживания.

Основной задачей ВОП в санитарной профилактике является санитарно-просветительная работа, освещающая вопросы профилактики, раннего выявления туберкулеза и его диагностики.

Альтернативой, принятой в РУз методики борьбы с туберкулезом является стратегии ДОТС, которая апробируется в Узбекистане в экспериментальных районах: Кунградский и Муйнакские районы республики РКК, Ферганский район, Сыр-Дарьинский район. Планируется внедрение методики ДОТС в Ургутском районе Самаркандской области. ДОТС-DirectlyObservedTreatment в переводе с английского означает «Краткосрочная химиотерапия под прямым наблюдением».

медицинского работника», стратегия лечения и диагностики туберкулеза внедренная ВОЗ в более 70 странах мира.

Основные пять элементов стратегии ДОТС

-Направьте (Direct) Ваши усилия на выявление заразных форм туберкулеза легких с помощью микроскопии мазков мокроты.

Основные принципы химиотерапии

Выбор наиболее рациональной комбинации химиопрепаратов. При применении нескольких препаратов проявляется не только сум-марный эффект, но иногда и потенцирующее их действие при совме-стном назначении, а также снижается риск появления ЛУ. В начале, количество АБП назначается не менее 3-4, а то и 5-6 препаратов. В дальнейшем лечение продолжается не менее 2 препаратами. Применение одного препарата недопустимо, так как не только мало эффективно, но быстро вырабатывается к нему лекар-ственная устойчивость.

Определение оптимальных лечебных суточных доз препарата (от дозы зависит уровень бактериостатической активности препа-рата, а также сроки появления лекарственной, устойчивости и пе-реносимости).

Определение наиболее адекватного пути введения препаратов (внутрь, в/м, в/в, ректально, в аэрозолях и т.д.). От путей введения зависит клинический эффект и срок его наступления. Изменяя пути введения ЛС, так-же преодолевают непереносимость препаратов при наличии сопут-ствующих заболеваний.

Определение методики приема препаратов — кратность приема в течение суток и ритм приема в течение недели (1,2 или 3 раза в день; ежедневно или прерывистым (интермиттирующим) методом - через день, 4 дня прием с перерывом на 3 последующих дня, или 2 раза в неделю). От кратности и ритма приема АБП зависит эф-фективность лечения, частота побочных реакций, расход количест-ва препаратов.

Правильное определение продолжительности курса химиотерапии.

Проведение химиотерапии с учетом переносимости АБП и со-путствующих заболеваний.

Проведение химиотерапии с учетом чувствительности МБТ к АБП.

Обеспечение строго контролируемого приема противотуберкулезных препаратов, особенно на амбулаторном этапе.

«Режим химиотерапии» – выбор определенной комбинации химиопрепаратов, их дозы, кратности и пути введения, продолжительность химиотерапии.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №19 Профилактика туберкулеза. Специфические и санитарные методы профилактики. Методы ранней диагностики туберкулеза.

Профилактика туберкулеза - меры по недопущению заражения туберкулезом. Следует помнить, что основным источником туберкулеза являются больные активным туберкулезом люди, выделяющие микобактерии.

Профилактическая работа в области туберкулеза ведется по следующим направлениям:

- Специфическая профилактика включающая вакцинацию и ревакцинацию. Главная цель специфической профилактики туберкулеза - выработка специфического иммунитета. Это достигается с помощью вакцины БЦЖ.

Биологическая активность вакцины БЦЖ связана со способностью приживаться в организме привитых, размножаться в месте прививки и давать ответную специфическую реакцию, сопровождающуюся аллергической перестройкой организма, что и позволяет использовать ее для профилактики туберкулеза.

Вакцинацию проводят новорожденным на 3-7-й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация. В России в соответствии с действующим «Национальным календарем профилактических прививок» она проводится детям с отрицательной пробой Манту в 7 лет.

- Во взрослом периоде жизни профилактика туберкулеза основана, прежде всего, на раннем выявлении туберкулеза и правильном его лечении. Диагностирование происходит путем рентгенологического исследования органов грудной клетки. Каждому здоровому человеку его следует проходить один раз в 2 года. Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей. Флюорография в системе профилактики туберкулеза позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности.

- Особую роль для профилактики туберкулеза играет химиопрофилактика. Химиопрофилактика - эффективный метод предупреждения заболевания туберкулезом у лиц с повышенным риском развития инфекции. Профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики

может быть первичной, когда проводится у здоровых лиц, не инфицированных МБТ, но находящихся в контакте с больными туберкулезом, и вторичной - у людей, инфицированных МБТ или переболевших в прошлом.

- Санитарная профилактика, включающая дезинфекцию объектов окружающей среды с использованием различных дезинфицирующих средств, среди которых ведущую роль занимает химическая дезинфекция, направленная на уничтожение возбудителей на объектах внешней среды, имеющих значение в передаче инфекции. Как известно, успех проведения химической дезинфекции напрямую зависит от соблюдения рекомендаций инструкций по применению дезинфицирующих средств, правильного выбора эффективного режима (концентрация, экспозиция, способ обработки).
- Социальная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения. К таким мероприятиям относятся: улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения; улучшение качества питания; борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением; привитие населению навыков личной гигиены в быту; развитие физической культуры и спорта.

Цель этих мероприятий - создание условий, неблагоприятных для распространения туберкулезной инфекции, повышение естественной неспецифической резистентности к микобактериям туберкулеза.

Но, самое главное, необходимо помнить, что с профилактической целью каждому человеку следует вести здоровый, культурный образ жизни, обращать внимание на санитарное состояние коммунально-бытовых, а также жилых и производственных помещений, содержать их в чистоте и соблюдать личную гигиену.

Специфическая профилактика туберкулеза

На 5-7 день жизни всем здоровым новорожденным делают прививку против туберкулеза. Прививка делается врачом или средним медперсоналом, специально обученным методике введения вакцины. БЦЖ вводят в/к в дозе 0,05 мг в 0,1 мл изотонического раствора NaCl (0,9%) в верхнюю наружную треть левого плеча.

Противопоказаниями к проведению вакцинации БЦЖ служат поражение кожных покровов (гнойничковые заболевания кожи (псориаз, пузырчатка, кожные абсцессы, флегмоны), клинические симптомы родовой травмы, резус-конфликт, повышенная температура тела (выше 37,5°C), диспепсические расстройства, заболевания, влияющие на общее состояние ребенка (назофарингит, отит, грипп, воспаление легких, резко выраженная желтуха). Недоношенность не является противопоказанием при массе тела ребенка не менее 2000 гм при рождении и общим хорошим состоянием.

Дату вакцинации записывают в истории развития ребенка, иммунитет вырабатывается в течение 1,5 мес. после вакцинации.

Туберкулинодиагностика - диагностический тест для определения специфической сенсibilизации организма к микобактериям туберкулеза (МБТ).

Как специфический тест применяется при массовых обследованиях населения на туберкулез (массовая туберкулинодиагностика) и для индивидуальных обследований (индивидуальная туберкулинодиагностика).

Пробу Манту производит по назначению врача специально обученная медицинская сестра. Результаты туберкулиновой пробы оценивает врач или специально обученная медсестра, проводившая эту пробу.

Литература 1,2,3,4,5.

Тема №20 Задачи врачей первичного звена в борьбе с туберкулезом.

Роль работников первичной медико-санитарной помощи в борьбе с туберкулезом.

Хотя роль ГТМСП в борьбе с ТБ может быть различной в разных странах, существуют общие элементы взаимодействия работников ПМСП и специализированной противотуберкулезной службы. В основном работники ПМСП и ТБ службы взаимодействуют на районном уровне. В каждой стране такое взаимодействие может иметь свои особенности; отношения между врачами, фельдшерами и медсестрами ПМСП и ТБ службы также могут различаться. Вместе с тем в ходе работы с больным выявляется общая закономерность распределения обязанностей работников ПМСП и противотуберкулезной службы (алгоритм приведен на рис. 2). В зависимости от существующей в стране системы работники ПМСП могут отвечать за мероприятия, которые выходят за рамки алгоритма работы с больным ТБ (например, профилактику или вакцинацию). В этих случаях работники ПМСП должны руководствоваться нормативными документами своей страны.

Конструктивное взаимодействие работников ПМСП и ТБ службы может быть весьма полезным при выявлении и лечении больных ТБ. Поскольку работники ПМСП представляют первую ступень контакта больного с системой здравоохранения, в большинстве случаев первое подозрение о ТБ возникает на уровне ПМСП. Работник ПМСП, к которому обратился пациент с характерными для ТБ симптомами, должен провести физикальное исследование больного, выяснить жалобы и собрать анамнез, назначить микроскопию мокроты и рентгенологическое исследование (или направить пациента к специалисту, который может провести эти исследования). На этом этапе работнику ПМСП полезно обсудить больного с подозрением на ТБ со специалистом ТБ службы (по телефону или при встрече). Если после получения результатов исследований подозрение на ТБ сохраняется, пациент должен быть направлен в учреждение ТБ службы для дальнейшего обследования и установления диагноза.

Все исследования должны быть проведены быстро (за 2-3 дня), чтобы снизить риск распространения инфекции. Если диагноз больного был неясен и учреждение ПМСП, направившее больного в ТБ службу, не получает сведения об окончательном диагнозе, следует запросить ТБ службу и получить эту информацию.

В большинстве случаев интенсивную фазу лечения больные проходят в учреждениях ТБ службы. Во время интенсивной фазы, как правило, у больного прекращается бактериовыделение и в фазе продолжения лечения он не представляет большой опасности для окружающих. В некоторых случаях непосредственное наблюдение за лечением в фазе продолжения проводят на уровне ПМСП под руководством специализированной ТБ службы. В таких ситуациях специализированная служба согласует этот вопрос с работниками соответствующего учреждения ПМСП примерно за 2-3 недели до выписки больного из больницы, чтобы была проведена подготовительная работа.

Если работники ПМСП участвуют в фазе продолжения лечения, они должны поддерживать постоянную связь с ТБ службой (районным, участковым фтизиатром), информируя о том, как продвигается лечение, и обсуждая любые возникающие вопросы. Ответственный работник ПМСП также должен направлять больного на исследование мокроты и контрольные визиты к фтизиатру. После завершения лечения этот работник ПМСП должен сообщить о результате в ТБ службу и вернуть заполненную карту ТБ 01 (медицинскую карту лечения больного), которая была заведена ТБ службой в начале химиотерапии. Такое взаимодействие ведет к повышению качества лечения больных ТБ.

Функции работников первичной медико-санитарной помощи

Врачи, фельдшеры и медсестры ПМСП - это, как правило, те работники здравоохранения, к которым пациент с характерной симптоматикой обращается за первичной медицинской помощью до установления диагноза. Участвуя в возможно раннем выявлении больных, работники ПМСП имеют уникальную возможность способствовать снижению бремени ТБ, поскольку не выявленный и не получающий лечения больной активным ТБ за год способен заразить от 10 до 15 человек.

Хотя доля участия работников ПМСП в противотуберкулезных мероприятиях, в зависимости от нормативных документов по ТБ в каждой стране, может быть различной, они должны в любом случае своевременно заподозрить ТБ у больного и провести первичный осмотр и первичную диагностику (исследование мокроты и рентген), чтобы исключить возможность заболевания.

В обязанности работника ПМСП могут входить следующие задачи:

- заподозрить **ТБ** у больного с характерными жалобами и своевременно принять необходимые меры;
- обеспечить сбор качественного диагностического материала в виде мокроты для проведения микроскопического исследования, которое является основным методом диагностики и контроля лечения ТБ;
- обеспечить, чтобы каждый пациент, у которого наблюдается кашель с выделением мокроты более 2-3 недель, сдал 3 образца мокроты для проведения микроскопии на наличие кислотоустойчивых микобактерий (КУМ);
- передать собранный диагностический материал для проведения исследования в клиничко-диагностическую лабораторию;
- назначить или направить больного на рентгенологическое исследование органов грудной клетки;
- направить пациента с подозрением на ТБ в учреждение специализированной ТБ службы для подтверждения диагноза и назначения лечения;
- объяснять пациентам, что ТБ излечим при регулярном приеме всех препаратов и соблюдении необходимой длительности лечения;
- поддерживать связь со специализированной ТБ службой, чтобы знать диагнозы

пациентов, направленных учреждением ПМСП для установления диагноза и лечения;

- подчеркивать важность обследования семейных и иных близких контактов больных с положительным результатом микроскопии мокроты: следить, чтобы все контактные лица с характерной симптоматикой были обследованы, включая проведение туберкулинодиагностики у детей;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения: рассказывать о признаках и симптомах ТБ, о причинах, по которым необходимо обращаться за медицинской помощью сразу после появления таких симптомов;
- осуществлять контролируемое лечение амбулаторных больных в фазе продолжения лечения под руководством специализированной ТБ службы;
- немедленно сообщать в специализированную службу о любых случаях досрочного прекращения лечения или возникновения сложностей в проведении непосредственного наблюдения за лечением;
- вносить данные о наблюдаемых больных во все основные формы отчетности, пока они не будут возвращены в специализированную службу;
- наблюдать за лицами из групп высокого риска развития ТБ в соответствии с нормативными документами своей страны;
- проводить вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ, а также туберкулинодиагностику у детей (в соответствии с нормативными документами своей страны).

Литература 1,2,3,4,5.

Plan of lectures, practical and clinical training for students of IV-year medical and medico-pedagogical faculties of TB.

days	Topics of lectures	Topics of practical classes	Topics of clinical studies	Total hours
1	The history of science TB. The etiology of tuberculosis.	San epidemiological treatment and infection control in TB clinic. (2 hours)	Protective equipment used in the clinic and to introduce students to use them. (2 hours)	4
2	Epidemiology, pathogenesis, immunity teberkuleza.	Diagnosis of tuberculosis. Clinical and laboratory methods for studying tuberculosis. (2 hours)	To acquaint students with the structure of the clinic. Methods of sputum for examination. (2 hours)	4
3	The clinical classification of tuberculosis. Primary tuberculosis.	The procedure for filling medical history. Diagnosis of primary teberkuleza.(2 hours)	To acquaint students with the methodology of collecting history. Familiarization with the work of X-ray and bacteriological offices. Demonstration movie posveschenny Tuberculin diagnosis. (2 hours)	4
4	Disseminirovany tuberculosis, pathogenesis, course, clinical picture, diagnosis.	Clinical forms of disseminated pulmonary processes and their differential diagnosis. (2 hours)	Joint discussion disseminirovannymi patients with pulmonary tuberculosis. (2 hours)	4
5	Focal, infiltrative pulmonary tuberculosis. Tuberculoma lungs. Clinic, diagnostics.	Differential diagnosis and complications of focal, infiltrative tuberculosis and lung tuberculoma. (2 hours)	Joint discussion patients with focal, infiltrative pulmonary tuberculosis and lung Tuberculomas. (2 hours)	4
6	Cavernous, fibrous-cavernous and cirrhotic pulmonary tuberculosis. The clinical course, diagnosis	The clinical course of the cavernous, fibrous-cavernous and cirrhotic pulmonary tuberculosis and its differential diagnosis. (2 hours)	Joint discussion of patients with cavernous, cavernous fibrosis and cirrhotic pulmonary tuberculosis. (2 hours)	4
7	Pathogenesis and clinical forms of extrapulmonary tuberculosis.	Diagnosis and clinical features of extrapulmonary tuberculosis. (1h)	Clinical analysis and discussion of patients with osteo articular and urogenital tuberculosis. (3 hours)	4
8	Tuberculous pleurisy. Tuberculous meningitis. Clinic and over.	Differential diagnosis of tuberculous pleurisy and tuberculous meningitis. (1h)	Familiarization and demonstration of techniques pleural Crimson tuberkeleznym in patients with pleurisy. Showing a video of the movie. (3 hours)	4
9	—	Features of cough in patients with pulmonary tuberculosis and patients with non-specific respiratory pathologies. (2:00)	Talk with students and the differential diagnosis of patients with pulmonary tuberculosis with COPD. (3 hours)	5

10	—	Features of fever in patients with pulmonary tuberculosis and patients with non-specific respiratory pathologies. (2:00)	Talk with students and patients defferentsialnaya diagnostika pulmonary COPD. (3 hours)	5
11	—	Clinico-radiological and morphological The specifications infiltrates in the lungs of various origins. (2 hours)	Discussion Patients with ifiltrativnymi changes in the lungs and their differential diagnosis. (3 hours)	5
12	—	Lymphadenopathy. Tuberculosis of peripheral lymph nodes and their differential diagnosis. (2 hours)	Discussion Tuberculosis of peripheral lymph nodes. (3 hours)	5
13	—	Shortness of breath in various forms tuberkulezalegkih and their differential diagnosis. (2 hours)	Discussion of the patients are in the hospital with symptoms of shortness of breath. Ossobennosti rehabilitation of patients in the TB clinic. (3 hours)	5
14	—	Emergency medical assistance in the TB clinic. (2 hours)	Talk with students patients spontaneous pneumothorax, hemoptysis, hemoptysis and dyspnea. (2 casa)	5
15	—	Tuberculosis and related diseases: TB and COPD, TB and lung cancer, TB and alcoholism. (2 hours)	Discussion with students of the patients TB and COPD, TB and lung cancer, TB and alcoholism. (3 hours)	5
16	—	Tuberculosis and related diseases: TB and diabetes, TB and pregnancy, TB and mental illness. (2 hours)	Discussion with students of the patients TB and diabetes, TB and pregnancy, TB and mental illness. (3 hours)	5
17	—	Tuberculosis and HIV / AIDS, the clinical course and diagnostics. (2 hours)	ftiziatora problem for observation and treatment of patients with HIV / AIDS. (3h)	5
18	Organization of tuberculosis in the Republic of Uzbekistan.	Principles of treatment of TB patients. Monitoring and evaluation of the effectiveness of treatment according to WHO standards. (1 hour)	Features of treatment of patients with tuberculosis rezestentnymi. Familiarization with the activity of MDR department. (3 hours)	4
19	—	Prevention of Tuberculosis. Specific methods of prevention and health. The methods for early diagnosis of tuberculosis. (2 hours)	Practical observation with students for vaccination and revaccination, tuberculin tests in the dispensary department. (3 hours)	5
		The tasks of primary care physicians in the fight against tuberculosis.	To acquaint students with activities and sturkuroy	

20	—	(1h)	dispensary department. (3 hours). Concluding session. Filing for OSKE exam. test-taking.	4
	Total:	36	54	90

Subject №1. The history of science TB. The etiology of tuberculosis. San epidemiological treatment and infection control in TB clinic.

TB as a disease that affects humans, has been known since ancient times. Clear signs of bone tuberculosis, in particular tuberculous spondylitis were found in the skeleton of a man who lived in the Stone Age. Similar changes were found in the mummified corpses of Egyptians who have died for the 2000-3000 years BC. e. "Ftiziologiy" (from the Greek "phthisis" - Attrition) called the science of tuberculosis Morton (R. Morton) - author of the first monograph about the disease "Ftiziologiya, or a treatise on phthisis" (1689).

In the XVI century French anatomist Sylvius (F. Sylvius de Vos) for describing the lung lesions in patients who had died of consumption, I used the word "hump" (tuberculum). However, only at the beginning of the XIX century French pathologists and therapists Bayle (G. Bayle), and then Laennec (R. Laennec) showed that the tubercle and caseous necrosis make universal morphological manifestations of tuberculosis. Laennec and German therapist Shenlyayn (J. Schonlein) introduced the term "tuberculosis". Major clinical manifestations of disease, which was later called TB - cough, sputum, hemoptysis, attrition - described Hippocrates, Galen, Abu Ali Ibn Sina (Avicenna). They, like many subsequent generations of doctors attributed to tuberculosis and most other chronic lung diseases.

In 1882, there was a major scientific event: the German bacteriologist Robert Koch (R. Koch) opened the causative agent of tuberculosis, which was named bacillus of Koch (BK). The causative agent of tuberculosis Koch discovered the microscopic sputum TB patient after a preliminary study of the drug vezuvinom color and methylene blue. Koch identified the tuberculosis agent in the form of a pure culture, and with it has caused tuberculosis disease in experimental animals. At the meeting Physiological Society in Berlin, March 24, 1882 Koch made a report "The etiology of tuberculosis", which presented strong evidence about his discovery of *Mycobacterium tuberculosis*. For this discovery Koch in 1911 was awarded the Nobel Prize. Among the reasons that contribute to the emergence and development of tuberculosis, Koch emphasized the role of social factors. "Ready for the disease, - he wrote, - is particularly high in the weakened, are in poor conditions organisms. While there are slums in the world, which does not penetrate a ray of sunshine, consumption will continue to exist. "

In 1904 it was published the original work of A. Abrikosov, which provides a detailed description of the focal morphological changes in the lungs during the initial manifestations of pulmonary tuberculosis (Abrikosov center). A. Abrikosov - the creator of the national school of pathologists, who studied tuberculosis. In the development of tuberculosis diagnostics historical milestones was a proposal in 1819 Laennec Auscultation of the lungs and the discovery in 1895 by Roentgen (W. C. Rontgen) X-rays.

In 1907, a pediatrician from Vienna Pirke (S. Pirquet) suggested that tuberculin skin tests to detect infected people. He introduced the concept of an allergy and was the founder of tuberculin. In 1919, French scientists Calmette and Guérin (A. Calmette, J. Guérin) created the vaccine strain of *Mycobacterium tuberculosis* (MBT) for TB vaccination of people. This strain they got a result of repeated (230) serial passages Office bovine species (*Mycobacterium bovis*). The vaccine strain was named "bacillus Calmette - Guérin" (BCG, Bacilles Calmette - Guérin). The BCG vaccine was first vaccinated newborn child in 1921

***Mycobacterium tuberculosis* pathogens are-** acid-fast bacteria of the genus *Mycobacterium*. Total known 74 species of mycobacteria. They are widely distributed in soil, water, in humans and animals. However, tuberculosis in humans is conventionally isolated complex *M. tuberculosis*, comprising *Mycobacterium tuberculosis* (human species), *Mycobacterium bovis* (bovine type), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis* BCG (strain BCG), *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canetti*. Recently allocated thereto *Mycobacterium pinnipedii*, *Mycobacterium caprae*, phylogenetically related to *Mycobacterium microti* and *Mycobacterium bovis*. The main feature of the species *Mycobacterium tuberculosis* (MBT) - pathogenicity, which manifests itself in virulence.

Tuberculosis in humans most often occurs when infected by human and bovine forms of the parasite. Isolation of *M. bovis* is celebrated mainly in the rural areas, where transmission is primarily alimentary. There is also the avian tuberculosis, which occurs mainly in immunodeficient carriers.

MBT are prokaryotes (in their cytoplasm is not highly organelles Golgi apparatus, lysosomes). There are also no specific parts for prokaryotic plasmids for microorganisms provide dynamic genome.

Form - slightly curved or straight rods $1-10 \text{ mm} \times 0.2-0.6 \text{ microns}$. The ends are slightly rounded. Usually, they are long and thin, but the agents of the bovine species are thicker and shorter.

Office still do not form a capsule and microspores.

The bacterial cell is differentiated:

- microcapsule - a wall thickness of 3-4 layers 200-250 nm, is firmly bound to the cell wall consists of polysaccharides, protects mycobacteria from the environment, has no antigenic properties but exhibits serological activity;

- the cell wall - Mycobacterium outside limits, provides dimensional stability and cell shape, mechanical, osmotic and chemical protection includes virulence factors - lipids, phosphatidic acid fraction which binds the virulence of mycobacteria;

- a homogenous bacterial cytoplasm;

- cytoplasmic membrane - comprises lipoprotein complexes, enzyme systems, forms intracytoplasmic membrane system (mesosome);

- nuclear substance - comprises the chromosome and plasmid.

Proteins (tuberculoproteins) are the main carriers of MBT antigenic properties and exhibit specificity in reactions of the delayed type hypersensitivity. These proteins include tuberculin. With polysaccharides linked detection of antibodies in serum of patients with tuberculosis. Lipid fractions contribute mycobacteria resistance to acids and alkalis.

Mycobacterium tuberculosis - aerobic, Mycobacterium bovis and Mycobacterium africanum - aerophilic.

In tuberculosis infected organs (lungs, lymph nodes, skin, bone, kidney, intestines and others.) Developing specific "cold" tuberculous inflammation, bearing predominantly granulomatous nature and leads to the formation of multiple foci with a tendency to decay.

TB Infection Control - a system of measures aimed at preventing the spread of TB infection in health care organizations in health care workers and patients in these organizations. Administrative measures of infection control

Administrative measures of infection control for PHC organizations:

- conduct a screening survey of all visitors to the determination of persons who have a cough for more than three weeks, as soon as possible after their treatment in medical institutions;
- possible to direct persons with suspected TB in a separate waiting area with good ventilation, open a window for ventilation;
- provide quick survey among TB suspects officials in TB institutions that will reduce time spent in medical institution dangerous visitor primary care and will quickly establish the correct diagnosis;
- coughing patients to explain the need to cover the mouth with a tissue when coughing;
- in the case of the patient's acid-fast bacilli in the sputum by simple smear it is necessary to provide a gauze (disposable surgical) mask and pledged not to take it off until it is in a medical organization (masks help to reduce the spread of the ILO from the patient to other people because they hold large wet particles near the nose and mouth).

Engineering infection control measures for the environment

Engineering infection control measures aimed at reducing the MBT concentration in the air or by their destruction or removal from the air in the room.

Measures to control the environment (engineering measures) provide a second line of defense for preventing the spread of TB. If administrative controls are inadequate, apply measures to control the state of the environment does not eliminate the risk of the spread of TB.

Controls on the environment include ventilation and ultraviolet irradiation.

Controlled natural ventilation helps reduce TB transmission. Ventilation - is movement of air in the building or replacement of air in the building, coming from the outside. When fresh air enters the room, it dilutes the concentration of particles containing Mycobacterium tuberculosis contained in the air in the room.

To reduce the risk of TB infection it is necessary to open the doors and windows for air supply into the room. Controlled ventilation means using up to the doors and windows were in a position to provide increased ventilation. The clinics need to allocate special moves and offices for the inspection of suspected TB patients to maximize natural ventilation, which helps reduce the risk of TB transmission.

In addition, to ensure ventilation and air distribution fan can be used, which provide the direction of air flow in the direction from the patient.

Fence sputum for TB should always be made either in the open air or in a special room, with no access to other people, but not in small rooms such as toilets, etc.

Ultraviolet germicidal irradiation can complement measures for ventilation of the room where it is possible. Operation bactericidal irradiators must be carried out in strict accordance with the requirements specified in the data sheet and operating instructions. By the operation of bactericidal installations should be excluded from the staff, not passed the necessary instructions.

It is necessary to periodically perform cleaning of reflective surfaces irradiators and bulb from dust. Dust removal should be performed at least 1 time per month wiping lamps 70% solution of ethyl alcohol (3 grams per lamp per month.), With the necessary disconnection from the network bactericidal installation. The use of water for cleaning germicidal lamps, solutions of soap or other detergents unacceptable lamp remains on the surface of microscopic film capable of reducing power germicidal UV radiation.

Personal protection enforcement personnel breathing

One of the factors that reduce the risk of infection in health care workers and other visitors to the medical organization is regularly controlled reception PTLs patients. When properly controlled treatment of the patient in the absence of infectious resistance is sharply reduced after 2 weeks of treatment. Performing a full course of treatment controlled to avoid the development of tuberculosis and multidrug prevent the spread of infection.

For medical personnel organizations TB in direct contact with patient-MbT necessary to use special respirator (not surgical masks) protected at least 95% (i.e., efficiency of respirator filter delay particle size of 0.3 microns is 95%). The use of individual respiratory protective equipment (respirators) is effective for the full implementation of administrative controls, as well as the presence in the organization of effective ventilation and ultraviolet emitters. Respirators are relatively expensive and require special equipment for regular testing of their right to wear. Their use should be limited to high-risk areas - in indoor unit of the TB hospital,

Surgical masks made of cloth or paper does not protect the wearer from inhaling M. tuberculosis. In fact, the wearing of masks paramedic may contribute to a false sense of security. Surgical masks are used for patients with bacterial, if necessary, out of the chamber or compartment.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №2. Epidemiology, pathogenesis, immunity teberkuleza. Diagnosis of tuberculosis. Clinical and laboratory methods for studying tuberculosis.

Tuberculosis (TB) is one of the 10 leading causes of death in the world.

In 2016, sick with tuberculosis 10.4 million people, and 1.7 million people (including 0.4 million people with HIV) died from the disease.

64% of all cases occur in seven countries, among which the first place belongs to India, and it is followed by China, Indonesia, Nigeria, Pakistan, the Philippines and South Africa.

It is estimated that in 2016 one million children become ill with tuberculosis, and 250 000 children died of it (including children with HIV-associated tuberculosis).

It is estimated that in 2016 one million children become ill with tuberculosis, and 250 000 children died of it (including children with HIV-associated tuberculosis).

Multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB) continues to be a crisis in public health. The WHO estimates that there 600 000 new cases of tuberculosis resistant to rifampicin - the most effective first-line drugs - of which 490 000 cases had MDR-TB.

It is estimated that between 2000 and 2016 due to TB diagnosis and treatment of 53 million human lives have been saved.

One of the health problems in the framework of the recently adopted Millennium sustainable development lies in the fact that in 2030 put an end to the epidemic of tuberculosis.

Tuberculosis affects mainly adults in their most productive years. However, at risk of all age groups. More than 95% of cases and deaths occur in developing countries.

In people with HIV, the chance of developing active TB increases by 20-30 times (see. Section on tuberculosis and HIV). Higher risk of developing active tuberculosis are also at people suffering from other health disorders that weaken the immune system.

In 2016, 1 million children (0-14 years) became ill with tuberculosis and 250 000 children (including children with HIV-associated tuberculosis) died from the disease.

Tobacco use greatly increases the risk of tuberculosis and dying from it. More than 20% of TB cases worldwide are related to smoking.

Tuberculosis is present everywhere in the world. In 2016, the largest number of new TB cases occurred in Asia - 45% of new cases. Followed by Africa, where there has been a 25% of new cases.

In 2016, 87% of new TB cases occurred in 30 countries with a high burden of tuberculosis. The share of the seven countries - India, China, Indonesia, Nigeria, Pakistan, the Philippines and South

Africa - accounted for 64% of new TB cases. Improve the global situation depends on progress in the prevention and treatment of diseases in these countries.

Incidence of tuberculosis in Uzbekistan in 2015 decreased by more than 20% compared with 2012, said on Friday the chief TB specialist of the Ministry of Health, Professor Nargiza Parpiev.

In 2012, the TB incidence rate was 61.1 person in the country to 100 thousand people, but today it does not exceed 47,8 person.

In the country, taking into account the recommendations of the WHO established a bacteriological laboratory network to reach 100 per cent coverage of the treatment of all forms of tuberculosis, including drug-resistant forms, said Chief phthisiatrician Uzbekistan. According to her, in 2020 is planned to construct a new plant for the production of tuberculin in the country.

According to the Ministry of Health of Uzbekistan, the death rate from tuberculosis in the country has decreased by almost three and a half times (from 12 to 3.5 per 100 thousand population) in the last 12 years.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №3 clinical classification of tuberculosis. Primary tuberculosis. The procedure for filling medical history. Diagnosis of primary teberkuleza.

Classification consists of four main sections:

- Clinical forms of tuberculosis.
- Characteristics of tuberculosis.
- Complications of tuberculosis.
- Residual changes after the treatment of tuberculosis.

The clinical forms of tuberculosis differ in localization, clinical and radiological features, taking into account the pathogenetic and pathological characteristics of tuberculous process:

- *Tuberculous intoxication of children and adolescents.*
- *Tuberculosis of the respiratory system:*
 - Primary tuberculosis complex.
 - Tuberculosis of intrathoracic lymph nodes.
 - Disseminated tuberculosis.
 - Miliary tuberculosis.
 - Focal pulmonary tuberculosis.
 - Infiltrative pulmonary tuberculosis.
 - Caseous pneumonia.
 - Lung tuberculoma.
 - Cavernous pulmonary tuberculosis.
 - Fibro-cavernous pulmonary tuberculosis.
 - Cirrhotic pulmonary tuberculosis.
 - Tuberculous pleurisy (including empyema).
 - Tuberculosis of the bronchi, trachea, upper respiratory tract.
 - Tuberculosis of the respiratory system, combined with occupational lung diseases (koniotuberkulez).
- *Tuberculosis of other organs and systems:*
 - Tuberculosis of meninges, central nervous system.
 - Tuberculosis of intestines, peritoneum and mesenteric lymph nodes. Tuberculosis of bones and joints.
 - Tuberculosis, urinary, genital organs.
 - Tuberculosis of skin and subcutaneous tissue.
 - Tuberculosis of peripheral lymph nodes.
 - Tuberculosis of the eye.
 - Tuberculosis of other organs.
- *Characteristics of tuberculosis process is given by the localization process, clinical and radiological signs of the presence or absence of tuberculosis mycobacteria (MBT) in the diagnostic material obtained from the patient.*

- Location and extent are specified:
 - in lung lobes and segments;
 - localization lesions in other organs.
- Phase:
 - infiltration, disintegration of contamination; resorption seal scarring calcifications.
- Bakteriovschelenie:
 - with separation of Mycobacterium tuberculosis (MBT +);
 - without isolation of Mycobacterium tuberculosis (MBT-).
- *Complications of tuberculosis*: hemoptysis and pulmonary hemorrhage, spontaneous pneumothorax, pulmonary heart disease, atelectasis, amyloidosis, fistulas, and others.
- *Residual changes after the treatment of tuberculosis*:
 - a) respiratory system: fibrotic, fibro-focal, dystrophic bullous, calcifications in the lung and lymph nodes, plevropnevmoskleroz, cirrhosis, post-surgery, etc .;
 - b) other bodies: the scar changes in various organs and their consequences, calcification, the condition after surgery.

Primary tuberculous complex (PTC, complex Gon) It arises when primary TB infection. Usually occurs in childhood, it is much less common in adults. After infection, the causative agent Mycobacterium tuberculosis in the alveoli formed single or multiple foci pathogen multiplication with the development of granulomatous inflammation (so-called primary hearth, the hearth Gon).

Soon, the process involves the lymph vessels and regional lymph nodes of lung root. With their involvement Ghon's complex formed, wherein the flow caseous changes.

For acute and subacute. Characteristic clinical symptoms are not available, which can provoke a wrong diagnosis staging influenza, pneumonia, etc. Above the affected lung tissue -.. Common to pneumonia changes. Increased ESR. The temperature can be low grade and low febrile. In sputum or lavage are determined by Mycobacterium tuberculosis is rare.

Subsequently Gon complex in most cases, it is surrounded by a connective tissue capsule, fibrosing and calcify to form so-called "residual primary complex."

X-ray picture

In the initial period of enlarged lymph nodes can not be determined, and in lung tissue revealed rounded dimming low intensity. Subsequently dimming the intensity increases, its shape becomes a pear-shaped or triangular with a clear "track" (lymphangitis), leading to the top of the lung. The second shadow is located in the root zone in lymphadenopathy. Root of the lung increased nestrukturen, and the border has its round shape. After regression active pathological process in projection foci tubercular pulmonary lesions and tissue lymph nodes identified previously existing intense focal calcification shadow (residual tubercular complex).

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №4 Disseminirovany tuberculosis, pathogenesis, course, clinical picture, diagnosis. Clinical forms of disseminated pulmonary processes and their differential diagnosis.

Disseminated tuberculosis- specific bacterial infection, which flows to the development of multiple tuberculous lesions in lung tissue due to scattering by the ILO body. Disseminated tuberculosis can proceed in a generalized form, with the predominant lesion of lung or other organs. In most cases (about 90% of patients) diagnosed disseminated pulmonary tuberculosis. In disseminated TB in the lungs of tuberculosis falls 8-15% of cases of pulmonary tuberculosis. In children and adolescents, this form of TB is rare, is more susceptible to disease and the elderly suffering from immunodeficiency. Disseminated pulmonary tuberculosis causes 3% of all deaths caused by tuberculosis.

Depending on the pathways through the body distinguish mycobacteria hematogenous, lymphogenous limfobronhogenny and disseminated tuberculosis. All three versions can be acute, subacute or chronic course, limited or widespread in nature.

Acute disseminated tuberculosis light often has hematogenous spread. Fit tuberculosis foci it is divided into melkoochagovyj (miliary, with 1-2 mm centers) and macrofocal (foci diameter of 10

mm). When miliary tuberculosis on radiographs revealed dense "millet" dissemination, usually located symmetrically in both lungs. Can occur on typhoid (fever and sharp intoxication), pulmonary (with severe respiratory failure) or meningeal embodiment (the phenomena meningitis, meningoencephalitis). Macrofocal Acute pulmonary tuberculosis occurs in the form of equity caseous pneumonia; Large foci symmetrical with subpleural preferential localization in the upper lobes. Progression macrofocal changes can lead to destruction of lung tissue with the formation of cavities.

Subacute disseminated tuberculosis can be hematogenous and lymphogenous genesis. In the first case foci of dissemination often located in the upper regions of the lungs; in the second - in the lower and basal sections, combined with severe lymphangitis. Foci are medium or large size; characterized by a combination of a thin-walled "stamped" cavities, pulmonary fibrosis.

Chronic disseminated pulmonary tuberculosis It occurs against a background of repeated episodes mikobakteriemii. Foci in the lung dissemination polymorphic, have varying degrees of limitation and the value (from minor to major); the number and size increases in periods of exacerbation. The light generated diffuse pulmonary fibrosis, emphysema, fibrotic and cirrhotic changes in the upper lobes.

Various clinical forms of disseminated pulmonary tuberculosis They have their own specific features of the course. Approximately one third of patients lung damage is accidental discovery and found the passage of the mass fluorography. The remaining patients purposefully go to the doctor because of the deteriorating state of health.

Acute disseminated pulmonary tuberculosis in the initial period often resembles SARS or community-acquired pneumonia. It manifests a sudden, sharp with malaise, fever up to 38 ° C, dyspeptic disturbances, headaches. Against the background of nonspecific symptoms appear dry cough, shortness of breath, cyanosis. Symptomatology progressively increases during 1-2 weeks, the temperature may reach 40 ° C; the cough becomes productive with the release of muco-purulent sputum; may occur hemoptysis; pronounced weakness, tachycardia, night sweats.

In typhoid form dominates the intoxication syndrome, may have been a violation of consciousness and delirium. In patients with pulmonary besides toxicity, severity of the condition is exacerbated by a pronounced respiratory insufficiency. In case a tuberculous inflammation to the meninges develops meningeal form with corresponding symptoms (rigidity of the neck muscles, and symptoms Brudzinskogo Kernig).

Rarely observed the acute course of disseminated pulmonary tuberculosis - tuberculous sepsis. He susceptible persons with reduced immunity (severe diabetes, leukemia, and so on. D.). He runs extremely hard with high fever, confusion, hepatosplenomegaly, cardiopulmonary failure.

The clinical picture of subacute disseminated pulmonary tuberculosis masquerades lingering bronchitis; characterized by moderately severe manifestations: irritability, decreased efficiency, general weakness, loss of appetite and weight loss, periodic hyperthermia gentle wet cough, flank pain. Often precedes the development of symptoms of tuberculous pleurisy.

Chronic disseminated pulmonary tuberculosis is worsening symptoms. During the activation of specific inflammation appear moderate symptoms of intoxication; with prolonged duration of tuberculosis process is dominated by signs of respiratory distress. Due to the reduction of the vascular bed and increasing the pressure in the pulmonary vessels, pulmonary heart.

Disseminated pulmonary tuberculosis may be associated with laryngeal tuberculosis of bones and joints, kidneys, genitals. In this case, signs of lung damage may be preceded by other organ symptoms (hoarseness, sore throat, joints and spine, hematuria, infertility and so on. D.).

Exodus acute disseminated pulmonary tuberculosis can be beneficial provided the timely detection of a full rate and causal therapy. Complication in the form of tuberculous meningitis can lead to death of the patient. Subacute can undergo reverse development or become chronic. Chronic disseminated tuberculosis has a long, long-term flow, can be complicated by the appearance and progression of extrapulmonary foci in fibrocavernous tuberculosis.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №5 focal, infiltrative pulmonary tuberculosis. Tuberkuloma lungs. Clinic, diagnostics. Differential diagnosis and complications of focal, infiltrative tuberculosis and lung tuberculoma.

Focal pulmonary tuberculosis- specific tuberculous lesion characterized by the presence in the lung few small (within 1-2 segments) productive inflammation foci. Focal tuberculosis refers to secondary tuberculosis infection, ie. E. Usually occurs many years after the initial cure of tuberculosis. That is why the vast majority of cases the patients were adults. Among other clinical and morphological forms of pulmonary tuberculosis at a fraction of focal form has 15-20%. Distinctive features of the lung focal tuberculosis is the limited area covered by one or two segments, non-destructive nature of the inflammation and latent infection within.

As flow limitation focal pulmonary tuberculosis can be fresh (myagkoochagovym) and chronic (fibronodular). Fresh TB is the initial stage of the secondary process which has developed in a patient infected with Mycobacterium previously been ill and primary infection. Morphologically characterized endobronchitis and peribronhitom in the segmental bronchi, with the involvement of the alveoli - lobular bronchopneumonia.

Chronic focal tuberculosis may develop as a result of the dispersal of fresh focal tuberculosis and the outcome of other pulmonary forms - infiltrative, disseminated, cavernous. In this case, inflammatory lesions are encapsulated, replaced by connective tissue or calcify. In fact, they represent a residual fibrotic foci, but under certain conditions can be reactivated, causing worsening of tuberculosis process and increase lesion borders. In turn, with the progression of chronic focal process can also be transformed into infiltrative, cavernous or disseminated pulmonary tuberculosis.

In his development of focal tuberculosis extends infiltration phase, disintegration and compacting. Depending on the size distinguish small (up to 3 mm in diameter), medium (up to 6 mm) and large (10 mm) foci.

Clinical features of focal tuberculosis light is effacement or absence of symptoms, so most of the cases revealed by fluorography prophylactic. Approximately one third of patients defined by weakly pronounced intoxication syndrome and signs of a lesion of the respiratory system.

Clinic.

Signs of toxicity include low-grade temperature in the evening, feeling of heat, alternating with brief chilling, sweating, malaise, loss of appetite, sleep disturbance. Sometimes in focal pulmonary tuberculosis, as a manifestation of specific intoxication, there are signs of hyperthyroidism: an increase in thyroid size, tachycardia, eye glitter, weight fluctuations, irritability. Women may experience menstrual irregularities by type opsomenorrhea or proyomenorei.

There are complaints of pain in his side, between the shoulder blades in the shoulders. The cough usually is intermittent, may be dry or be accompanied by scanty sputum. Occasionally there is hemoptysis.

Diagnosis of lung focal tuberculosis

The physical data revealed by objective examination of the patient with suspected focal pulmonary tuberculosis, nonspecific. Palpation reveals a little pain and stiffness in muscles of the shoulder girdle; lymph nodes are not enlarged. Percussion sound above the fireplace defeat muted auscultation tapped hard breathing during coughing patient determined individual finely wheezing.

Tuberculin tests in focal pulmonary tuberculosis usually normergicheskie, so do not play a significant role in the diagnosis. In rare cases, patients may respond to subcutaneous tuberculin fever, increased sputum, accelerated erythrocyte sedimentation rate, and so on. N. For determination of activity on TB sputum investigated KUB performed bronchoscopy with bronchoalveolar lavage fence. Endoscopic picture at a fresh focal pulmonary tuberculosis is characterized by signs endobronchitis.

Basic information about the shape of tuberculosis gives radiography, radiographic picture but may be different depending on the phase and duration of the process. When fresh focal tuberculosis is usually determined by 1-2 large hearth and several medium or small; slabokonturiruyuschie shade, low-intensity, rounded shape. Chronic focal tuberculosis radiologically manifested by the presence of dense foci to foci calcification and fibrous strands; shadow medium and high intensity,

typically small and medium size. Differential diagnosis with nonspecific focal pneumonia, pneumomikozami, peripheral lung cancer.

When questionable data have resorted to conducting the test therapy: the patient for 2-3 months prescribed anti-TB drugs and monitor the clinical and radiological and laboratory dynamics. When reducing or partial resorption of foci diagnosed with focal tuberculosis is beyond doubt.

Infiltrative pulmonary tuberculosis- clinical and morphological forms of pulmonary tuberculosis, proceeds with the formation of exudative-pneumonic lesions in the lungs with caseous disintegration of the center. Among all forms of pulmonary tuberculosis, infiltrative form occurs most often - in 60-70% of cases. In this regard, the identification of organized earlier tuberculosis is a priority of Pulmonology and Tuberculosis. Infiltrative tuberculosis refers to the number of socially dangerous diseases. Sick mainly adults (more often - young persons), with adverse living conditions and low hygiene practices, suffering addictions. In the structure of mortality from TB infection infiltrative form is about 1%.

Classification of infiltrative pulmonary tuberculosis

In modern TB decided to allocate five clinical and radiological options infiltrative pulmonary tuberculosis:

- Cloud-infiltration - radiographically defined as a low-intensity homogeneous shade having blurred contours. It is prone to rapid decay and formation of fresh cavities.
- Round infiltrate - at radiographs has the form of a homogeneous circular focus (sometimes with the decay portion in the form of bleaching) with clearly defined boundaries; often localized in the subclavian area.
- Lobular (lobular) infiltrate - when X-ray examination revealed inhomogeneity dimming irregular shape formed by merging multiple foci, often collapse in the center.
- Boundary infiltration (peristissurit) - a vast cloud-infiltration, lower bounded interlobar fissure. It has a triangular shape with the angle facing towards the root of the lung, and the reason - outwards. Often there is a defeat interlobar pleura, sometimes with the development of tuberculous pleurisy.
- Lobito - extensive infiltration in the lung, which occupies an entire share. Radiographically characterized inhomogeneous focus to the presence of collapse of cavities.

According to distinguish small size (1-2 cm), medium (2-4 cm), large (4-6 cm) and distributed (more than 6 cm) infiltrates. Separately isolated caseating pneumonia characterized by infiltrative reaction with a predominance of necrotic processes. Caseous-pneumonic lesions affect the share or the entire lung. Caseous pneumonia more likely to develop diabetes mellitus, pregnancy, pulmonary hemorrhage, accompanied by blood aspiration, seeding of mycobacteria.

Clinic

Variant clinical course infiltrative pulmonary tuberculosis depend on the type of infiltration. Acute onset characteristic of Lobito, peristissurita, some cases of cloud-infiltrate. Asymptomatic and oligosymptomatic over there in the presence of a round, and cloud-lobular infiltrates. In general, an acute manifestation is marked 15-20% of patients, gradual - at 52-60%, asymptomatic - in 25% of cases.

In the majority of cases the first symptom nonspecific infiltrative pulmonary tuberculosis is the body temperature rise to 38-38,5 ° C which is kept for 2-3 weeks. Hyperthermia is accompanied by sweating, muscle pain, weakness, cough with sputum. In general clinic resembles influenza, bronchitis or acute pneumonia. Sometimes the disease manifests with hemoptysis or pulmonary hemorrhage. Among the most common complaints should be noted chest pain on the affected side, decreased appetite, insomnia, general weakness, palpitations. Asymptomatic and low-symptom forms of infiltrative pulmonary tuberculosis is usually detected during a medical examination or a preventive check-up on the results of x-rays.

Among the complications of infiltrative pulmonary tuberculosis can be found caseous pneumonia, pulmonary atelectasis, pneumothorax, pleural effusion, pulmonary hemorrhage, tuberculous meningitis, reactive infarction, heart failure. Start caseous pneumonia is always keen fever reaches 40-41 ° C, typical differences between day and night temperatures, pronounced tuberculous intoxication. Patients concerned about shortness of breath, cough with purulent sputum, chest pain, progressive weight loss.

Diagnosis of infiltrative pulmonary tuberculosis

As clinical signs of infiltrative pulmonary tuberculosis is not specific or completely absent, the main role in the diagnosis have objective, instrumental and laboratory data. Auscultatory pattern is characterized by loud wheezing; percussion dullness detects sound over an area of infiltration. Especially when these changes are expressed lobite infiltration and the presence of collapse with formation of cavities. Inflammatory blood changes (shifts in leykoformule acceleration ESR) negligible.

Tuberculin skin test in patients with pulmonary infiltrative tuberculosis often positive. X-ray of the lungs can not only detect infiltrative changes, but also to assess the character of the shadows, to trace the dynamics of treatment. MBT can identify both by microscopic examination and by bacteriological seeding sputum or bronchial flushing water obtained during bronchoscopy.

Differentiated infiltrative pulmonary tuberculosis accounts with focal tuberculosis, SARS, nonspecific pneumonia, lung cancer, actinomycosis, echinococcosis and cystic lung, Hodgkin's disease.

lung tuberculoma- encysted caseous lesion in pulmonary tissue more than 1 cm in diameter, resulting in the outcome of different forms of tuberculosis. lung tuberculoma often asymptomatic, so in most cases found by chance. With the progression is accompanied by signs of toxicity, low-grade fever, cough, hemoptysis. The main way to detect lung tuberculoma - x-ray. The positive tuberculin reaction; MBT in sputum not always present. With regard to pulmonary tubercles applied conservative tactics (specific chemotherapy), in some cases - surgical approach (segmentectomy, lobectomy).

The clinical course of lung tuberculoma can be:

stable - in the absence of progression of clinical and radiological signs tuberculoma;

progressive - when loosening capsules melting caseation, its allocation through bronchi draining to form the cavity and bronchogenic lung colonization surrounding tissue;

regressing - in case of calcification caseation and hyalinization fibrous capsule.

Tuberkulomah light peculiar to asymptomaticoligosymptomatic or nature of the flow. In the first case, patients no complaints. In the second case it is an exacerbation can be marked fatigue, sweating, loss of appetite, cough rare (dry or with scanty sputum) periodic subfebrilitet. Subpleurally location tuberculoma easy pulling causes the appearance of pain or aching in the affected side associated with respiration.

The collapse of the tuberculoma intoxication becomes more pronounced, there is a persistent fever, cough, in some patients there is hemoptysis. The progressive course tuberculoma lung may contribute caseous pneumonia fibrocavernous or disseminated pulmonary tuberculosis. Under favorable conditions possible outbreak regression.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №6 Cavernous, fibro-cavernous and cirrhotic pulmonary tuberculosis. The clinical course, diagnosis. The clinical course of the cavernous, fibrous-cavernous and cirrhotic pulmonary tuberculosis and its differential diagnosis.

Cavernous tuberculosis of lung- tuberculosis of the lungs, in which are found the cavern. It develops in cases where other forms of progression (primary complex, focal, infiltrative, hematogenous disseminated tuberculosis) leads to the formation of the cavity, i.e. reception cavity collapse of lung tissue. Proceeds without dropouts foci and without the development of perifocal inflammation.

In this disease is a pathologic cavity cavity bounded by a three-layered capsule, the inner layer of which consists of neottorgnuvshihsya caseosa, middle layer - specific layer granulation, the outer layer - the fibrous layer.

Pathogenesis

In most cases, this form of the disease - a consequence of infiltrative tuberculosis. Initially infiltrate includes inflammation focus, the center of which there caseous mass (pulmonary necrotic tissue), and in perifocal infiltrate - a large number of lymphocytes, leukocytes and macrophages. As a result of the death of these cells released a large number of proteases which are easily melted caseation. Caseation liquid begins to flow through the drainage bronchus, and a cavity collapse. In

this case, the diagnosis is exposed infiltrative tuberculosis in a phase of disintegration. During treatment, perifocal infiltration around the collapse of the band begins to dissolve and a cavity remains, about which there are always elements of productive inflammation, which is constantly transformed into caseating tissue.

For cavernous tuberculosis typical symptom is "decay phase syndrome":

- cough with sputum,
- wheezing in the lungs,
- hemoptysis,
- bacterial excretion.

Diagnostics.

The basic method of revealing the cavernous cavities radiography is particularly linear tomography. Cavitory pulmonary tuberculosis can be characterized by the presence of:

- elastic cavities,
- rigid cavity,
- fibrotic cavity.

Most often, there are elastic and rigid cavity. Fibrotic cavity may be only in certain groups of patients systematically undergoing chemotherapy, when the cavity is maintained, but do not have the attributes that are typical of fibro-cavernous tuberculosis. In modern conditions cavernous tuberculosis is characterized by a relatively oligosymptomatic over.

Bacterial excretion in patients with cavernous tuberculosis depends on the effectiveness of chemotherapy. Permanent bacterial excretion even when clinical well-being, in the absence of symptomatic outbreaks should be regarded as an indication of active tuberculosis. Continued bacterial excretion - most often the result of inadequate chemotherapy or the result of drug resistance of mycobacteria.

Of great importance when examining a patient with tuberculosis has a cavernous study in leukogram dynamics. Such features as the increase in erythrocyte sedimentation rate, left shift, lymphopenia, even if clinical symptoms are well-being active tuberculosis disease exacerbation, therefore repeated testing of blood is of great importance.

All patients with cavernous process need bronchoscopy due to the fact that this process is often accompanied endobronchitis and Related endobronchitis may impede the healing of the cavity even with elastic cavity. In addition, when endobronchitis treatment strategy is somewhat different.

Fibro-cavernous pulmonary tuberculosis- a chronic disease, occurring long and undulating, with intervals of remission of inflammatory phenomena. It is characterized by the presence of one or more cavities with high prescription pronounced sclerosis of the surrounding tissue, fibrous rebirth lungs and pleura.

Pathogenetically this form does not occur alone, but is a consequence of infiltrative tuberculosis. Hematogenous-disseminated form also serves as a source of fibro-cavernous processes in the lungs.

Clinical manifestations fibro-cavernous tuberculosis are diverse, they are caused by the tuberculous process, and develop complications.

There are two clinical variants of fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis:

- 1) limited and relatively stable when due to chemotherapy comes certain stabilization process and the aggravation may be absent for several years;
- 2) progressive, characterized by a change of exacerbations and remissions, with different periods therebetween.

During periods of exacerbations marked rise in temperature due to the specific process flashes development infiltration around the cavity. The temperature may be high in those cases where the disease is attached to a secondary infection.

The defeat of the bronchi accompanied by a prolonged "hoarse" cough, during which the viscous mucous-purulent sputum is separated with difficulty.

are frequent complications:

- 1) coughing up blood;
- 2) pulmonary bleeding caused by perforation of the large vessels due caseous-necrotic process.

The appearance of a patient with a long flowing fibrous-cavernous tuberculosis is very characteristic and is named habitus phthisicus. Patient distinguishes dramatic weight loss, flabby skin is dry, easy going into wrinkles, muscle atrophy, mainly upper body, back and intercostal groups.

Patients suffer from constant intoxication. With frequent outbreaks of TB process develops respiratory insufficiency II and III degree. Marked stagnation, akrozyanoz. Subsequently the liver is increased. There may be swelling. With the progression of the process there is a specific lesion of the larynx and intestine, which leads to a sharp decrease in the body's resistance. With the development of cachexia, amyloid nephrosis and cardiopulmonary failure becomes severe prognosis.

X-ray picture of fibrosis and shrinkage of the lung is most often found in the upper lobes, mainly affecting one of them. Mediastinum and trachea shifted toward greater destruction. Upper lobe reduced in volume, the transparency of their dramatically reduced due to hypoventilation. Figure lung tissue drastically deformed as a result of rough fibrosis. In the lower regions of the lungs often increased transparency, which indicates emphysema. Roots usually biased upward.

Large vessels are defined as straight, smooth shadows - the so-called symptom of "stretched string". Typically seen in both lungs group foci of varying size and intensity.

When fibrocavernous process cavity is among the rough fibrosis of the lungs, the walls of her twisted, dense, often thickened. Often at the bottom of the cavity is defined by a small fluid level. During exacerbation and progression is visible around the cavity portions infiltration. In the treatment of slow resorption of these changes, partial reduction and shrinkage cavity. Sometimes fibrous cavity is detected only during imaging, since the conventional X-ray shadow of the cavity can be closed laminating shadows lesions of fibrosis and pleural layers.

In a laboratory study, sputum detected constant bacilli sometimes massive and coraloid elastic fibers.

Blood. State of the blood in patients with fibro-cavernous tuberculosis depends on the phase of the disease. At the outbreak of it is same as when the active tuberculosis, but with a change in the direction of formula lymphopenia, left shift and accelerated ESR of 30-40 mm / h. In severe bleeding revealed anemia, sometimes very pronounced. If secondary infection occurs leukocytosis higher - up to 19 000-20 000 and an increase in neutrophils.

In the urine of renal amyloidosis, which quite often develops in patients fibrocavernous pulmonary tuberculosis, the protein content is usually high.

Cirrhotic pulmonary tuberculosis

This form of tuberculosis is characterized by extensive proliferation of fibrous connective tissue in the lung and pleura with a predominance of fibrotic changes of the specific.

Cirrhotic tuberculosis (CTL) is the outcome of infiltrative, disseminated, fibrocavernous tuberculosis, tuberculous pleurisy, as well as long-term maintenance of therapeutic pneumothorax and can be unilateral and bilateral that determines the deformation of the chest and the severity of percussion and auscultatory data.

According to the clinical and morphological features usually distinguished cirrhotic tuberculosis post-tuberculosis and cirrhosis.

Cirrhotic tuberculosis assumes active pulmonary tuberculosis, post-tuberculosis cirrhosis - without signs of specific activity of the process.

The clinical picture of CTL is dependent on the prevalence of morphological changes, compensatory capacity of the organism and development phase of tuberculosis. Maybe a long time to proceed with Just noticeable symptoms. Gradually increasing shortness of breath, fatigue, cough, chest pain. Itoksikatsii appear symptoms of bacterial excretion, indicating the exacerbation of a specific process.

When CTL are five main clinical variants:

- 1) limited CTLs oligosymptomatic passage;
- 2) common CTL with frequent exacerbations, at which pronounced intoxication syndrome;
- 3) CTL with bronchiectasis, hemoptysis and bleeding;
- 4) repeat pneumonic outbreaks caused nonspecific infection;

5) "destroyed" light with the progression of tuberculosis process and various manifestations metatuberkuleznogo syndrome.

There are three types: cavernous, cirrhotic, polikavernozno-cirrhotic and apnevmatozno-cirrhotic. This is the most severe variant of cirrhotic tuberculosis with severe intoxication, bleeding and hemoptysis and lung failure DC bacterioexcretion.

Course and outcome of CTL depend on how quickly progressing dysfunction of the respiratory and circulatory and pulmonary heart development.

Diagnosis of pulmonary tuberculosis cirrhotic is placed on the basis of medical history, X-ray data, bacteriological researches on MBT.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №7 Pathogenesis and Clinic of extrapulmonary tuberculosis. Diagnosis and clinical features of extrapulmonary tuberculosis.

Tuberculosis affects almost every organ. Localization distinguished: osteo-articular (occurs in 47% of patients with extrapulmonary tuberculosis); urogenital organs (37%); eyes (5.5%); meninges (meningitis - 4%); lymph nodes (2.5%); peritoneum (1.5%); the skin (1.5%). Very rare tuberculosis of other organs: the pericardium, the adrenal glands, intestines, etc. Extrapulmonary tuberculosis is more common in adults (79%) and least - children and young people (16% and 5%).

Regardless of the place of lesion inflammation cycle is the same everywhere: hearth (granuloma) - melting it (caseation) - formation of degradation of the cavity (cavity) - occurrence when redevelopment fibrosis (hardening). The initial manifestations of the disease with minimal lesions produce a picture of intoxication. With the spread of its symptoms process depends on disturbances inherent in the affected organ.

Recognition of extrapulmonary tuberculosis is impossible without X-ray examination and tuberkulinovovyh samples. Diagnosis is carried out based on the three stages of the disease.

The first step - the appearance of the primary lesion tuberculous inflammation within the smallest unit anatomical gradually spreading by contact.

Second step - involvement in pathological (painful) process surrounding tissues and organs that are functionally closely related to the affected organ (e.g., the spread of tuberculosis in the urinary tract during renal tuberculosis, etc.).

The third stage - the complete defeat of the body TB system and surrounding tissue with the occurrence of complications.

Extrapulmonary tuberculosis is characterized by the fact that the detected quite late, about 3 months to 10 years after onset.

eye tuberculosis. It affects all parts of the organ of vision - cornea, conjunctiva, choroid, fundus, the optic nerve and adjacent vessels, vitreous, etc. Tuberculosis can simulate any eye disease. This gives rise to pain in the eye, with its spread to the entire half of the head, eyelid edema and conjunctival redness. With the defeat of the cornea, vitreous body, as well as other parts of the eyeball may be bleeding, ulceration of the cornea, blurred vision. The disease is usually long, recurrent. The forecast can be very different: from cure to complete blindness.

intestinal tuberculosis. Infiltrative ulcerative intestinal lesion Mycobacterium tuberculosis, preferably a blind and ileum from which the process extends to the peritoneal lymph nodes. It may occur as a primary disease or secondary to pulmonary tuberculosis or genitals. Violation of bowel function, often diarrhea, loss of appetite, pain, sometimes sharp, usually in the right iliac region and around the navel, against fever and progressive emaciation. Bloating can find compacted cecum. Along with the clinical picture of the presence of Mycobacterium tuberculosis in the feces and characteristic radiographic signs, positive tuberculin test.

tuberculous meningitis. Usually arises as a complication of disseminated tuberculosis. They suffer mostly children. The child becomes drowsy, lethargic, pale, irritable, appears low-grade fever. Later sharply intensified headaches that cause a patient stops, shouts, photophobia, the temperature rises to 39 ° C. Drowsiness sometimes comes to express the state of the stun. Less frequently agitation, delusions or jerking. Characterized by tension neck and abdominal muscles drawn in the abdomen, legs flexed position, positive meningeal symptoms, protrusion of the large fontanelle in children. The defeat of the cranial nerves causes strabismus, ptosis century, asymmetry persons, the uneven pupils. The pressure of cerebrospinal fluid increased sharply, it is determined an increased number of lymphocytes and protein content is reduced sugar, Recognition. Based on the presence of tuberculosis and the exclusion of other diseases - mumps, otitis media, sinusitis, primary lymphocytic meningitis. From purulent meningitis is characterized by gradual onset, symptoms and a characteristic change in the cerebrospinal fluid. Timely properly begun treatment can cure 95% of patients.

Musculoskeletal(Osteoarticular) tuberculosis. It is the result of introduction of infection in the bone hematogenous route from the primary tumor (lung, lymph nodes). There is an inflammation of the bones - osteitis, from process spreads to a nearby joint. In addition, it may be arthritis toksikoallergicheskies character.

*Osteoarticular tuberculosis*It occurs mainly in childhood and adolescence and occurs in most cases as a monoarthritis (loss of one joint) or as an isolated lesion of the spine. Most often it begins in the bones of a densely-developed vascular system: the vertebrae, wrist bones, feet, and other bones in their limbs periarticular part. The frequency of joint damage has the following sequence: knee, hip, ankle, elbow, shoulder, due to their varying degrees of load. As a rule, there is a small multiple lesions of joints and single - major.

Early diagnosis of tuberculosis of bones and joints is difficult because the patient goes to a doctor only when a sharp violation of the affected organ functions. Symptoms and flow characteristic for tuberculosis intoxication: fatigue, weakness, sweating, loss of appetite, weight loss gradual periodically slight increase in body temperature in the evening to subfebrile (37-37,5 ° C). Early signs of osteoarticular tuberculosis - is a pain, limitation of motion, atrophy and muscle tension around the affected area. By later symptoms include fistula formation, from which the liquid is released with pus caseation admixture having a cheesy appearance. In the study of these emissions are Mycobacterium tuberculosis, blood picture changes accordingly, as characterized by X-ray data.

Kidney and urinary tract tuberculosis.Proceeds as other inflammatory diseases of the system. Diagnosis is based on the presence of primary tuberculous mycobacteria obnaruzhivaniya hearth and in urine. There weakness, headache and back pain, fever, gross hematuria may occur, which is sometimes the first symptom of the disease, and proteinuria (protein in urine). Typical pallor and puffiness of the face and eyelids, which give the face a characteristic appearance. Swelling may be on the lower extremities, lower back, at least - on the upper extremities. Sometimes the fluid appears in the abdominal cavity and in the pleura. Consistency edema often dense. Increased blood pressure to moderate numbers. Headaches are not permanent, but sometimes very intense, accompanied by dizziness and nausea. Slowed heart rate. It happens, tuberculosis that is affected kidney and the heart muscle due to insufficient blood circulation may be so-called congestive liver. Urine output is reduced in accordance with the degree of edema. In the future, the volume of urine begins to grow and becomes more than the norm.

Sometimes a complication of acute glomerulonephritis, which occurs when the kidney tuberculosis, is a disorder of the cerebral circulation with an increase in brain vascular permeability and a sharp rise in pressure in the cerebrospinal fluid, the so-called renal eclampsia. Forerunners - severe headache with nausea, dizziness, general weakness. Attacks begin suddenly, the patient immediately loses consciousness, sometimes screams, bites his tongue, there is rattling breathing, frothing at the mouth. Cramps cover the major muscle groups of the body. Pupils are more extended in the light did not react. The pulse slowed down to 50-60 beats per minute. Expressed arterial hypertension. Cramps extend from several minutes to an hour. Number of seizures may be 3-4, between the patient is unconscious (coma). Duration of eclampsia is not more than two days, the consciousness comes back gradually. Its outcome is usually favorable, but sometimes during the attack the patient dies because of the injury to vital centers. Since tuberculosis usually affects one kidney, eclampsia is rare. Tuberculous kidney process may spread to all the urinary tract (ureter, bladder, urethra), causing symptoms characteristic of their destruction, as with any inflammatory process.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №8 tuberculous pleurisy. Tuberculous meningitis. Clinic and over. Differential diagnosis of tuberculous pleurisy and tuberculous meningitis.

Tuberculous meningitis as a separate nosology has existed since 1893, when the first mycobacterium tuberculosis were detected in the cerebrospinal fluid of patients with meningitis. At the end of the twentieth century, tuberculous meningitis was considered a disease mainly of children and adolescents. However, lately the difference between the incidence of children and adults declined significantly. Most susceptible to meningitis tubercular etiology patients were immunocompromised due to HIV, malnutrition, alcoholism, drug abuse, elderly. In 90% of cases of tuberculous meningitis is secondary in nature, ie. F. Develops against the background of active tubprotsessa other bodies or signs of suffering before tuberculosis. In 80% of primary tuberculous hearth is localized in the lung. If the primary site can not be identified,

Tuberkulezny meningitis develops the penetration of Mycobacterium tuberculosis in the meninges. The source of tuberculosis infection can act disseminated pulmonary tuberculosis, genital tuberculosis, tuberculosis of bone, tuberculosis mammary tuberculosis renal tuberculosis larynx,

etc. In rare cases, infection occurs by contact: misses the cerebral membranes in the presence of tuberculosis skull pathogen in spinal tuberculosis -. in the spinal cord. According to some estimates about 17% of cases of tuberculous meningitis is caused by infection with lymphogenous.

Symptoms of tuberculous meningitis

periods course

Prodrome takes an average of 1-2 weeks. Its presence is distinguished from other tuberculous meningitis meningitis. Characterized by the appearance cephalgia (headache) in the evening, the subjective state of health deterioration, irritability or apathy. Then amplified cephalgia, nausea and vomiting may occur. Often noted low-grade fever. To see a doctor in this period of suspected tuberculous meningitis can not be specified in mind nonspecific symptoms.

stimulation period manifests with symptoms of abrupt increase of body temperature rise to 39 ° C. Headache is intense, accompanied by increased sensitivity to light (photophobia), sound (hyperacusis), touch (cutaneous hypersensitivity). Compounded by lethargy and drowsiness. It noted the appearance and disappearance of the red spots in different parts of the skin, which is associated with a disorder of the autonomic innervation of the vasculature. There are meningeal symptoms: rigidity (strength) of muscle nape symptoms Brudzinskogo Kernig. Initially, they are vague in nature, then gradually increase. By the end of the second period (after 8-14 days) the patient lethargic, confused consciousness, characterized by typical meningeal posture "setter".

Period paresis and paralysis (terminal) is accompanied by a complete loss of consciousness, paralysis and the appearance of the central sensory disorders. Disturbed breathing and heart rate, possible convulsions, hyperthermia to 41 ° C or low body temperature. If untreated, this period tuberculous meningitis during the week leads to death, which is caused by vascular paralysis and respiratory centers of the brain stem.

clinical forms

Basilar tuberculous meningitis in 70% of cases, has a gradual development with the presence of prodromal period, the duration of which varies within 1-4 weeks. In the period of irritation grows cephalgia, there anorexia, vomiting typical "fountain", may increase drowsiness and lethargy. Progressive addition of meningeal syndrome disorders accompanied by cranial nerves (FSK): squint anisocoria, visual impairment, ptosis of the upper eyelid, deafness. In 40% of cases with ophthalmoscopy determined stagnation of the optic nerve. Perhaps the defeat of the facial nerve (facial asymmetry). Progression meningitis leads to bulbar symptoms (dysarthria and dysphonia, choke), indicating the lesion IX, X and XII pairs FSK.

Tuberculous meningoencephalitis generally corresponds to the third flow period meningitis. Typically the prevalence of symptoms of encephalitis: paresis or paralysis of the spastic type, sensitivity fallout, or double-sided hyperkinesis. Consciousness is lost. Marked tachycardia, arrhythmia, respiratory disorders up to Cheyne-Stokes respiration, pressure sores are formed. Further progression ends with fatal meningoencephalitis.

Spinal tuberculous meningitis is rare. Usually manifests with symptoms of cerebral lesions shells. Then in 2-3 periods join pain of herpes type, caused by the spread of tuberculosis in the spinal roots. When the blockade of cerebrospinal fluid pathways radicular pain are so intense, that can not be removed even with narcotic analgesics. Further progression is accompanied by pelvic disorders: first delayed and then urinary and fecal incontinence. There are peripheral flaccid paralysis, mono- and paraparesis.

Diagnosis of tuberculous meningitis

Tuberculous meningitis is diagnosed phthisiologist together with specialists in the field of neurology. Of paramount importance in the diagnosis of a study of cerebrospinal fluid taken by lumbar puncture. Changes can be detected as early as prodrome. Colorless transparent cerebrospinal fluid flows from the high pressure of 300-500 mm of water. Art., sometimes jet. There cytosis - improving cellular elements in 1 to 600 mm³ (at a rate of - 5.3 to 1 mm³). At the beginning of the disease it is neutrophil-lymphocyte character then becomes lymphocytic. Reduced concentration of chloride and glucose. Particular attention is given to the indicator of glucose levels: the lower it is, the more serious prognosis.

A typical feature is the loss cobweb fibrinous film formed on standing CSF in vitro within 12-24 hours. Positive reaction Pandey and Nonne-Apelta. The presence of protein-cell dissociation (cytosis relatively small at high protein concentration) is characteristic for the block in the circulation of cerebrospinal fluid. Detection of Mycobacterium tuberculosis in cerebrospinal fluid is now only occurs in 5-10% of cases, although previously it is from 40% to 60%. To increase the detection of mycobacteria allows centrifugation of cerebrospinal fluid.

Meningoencephalitis Tuberculous meningitis basilar differs from a more pronounced rise in protein levels (4-5 g / l in comparison with 1.5-2 g / l at basilar form) is not very large cell count (100 cells in 1 mm³), a large decrease in the concentration glucose. Spinal tuberculous meningitis usually accompanied by

yellow coloring cerebrospinal fluid (xanthosis), a slight increase its pressure, cells to 80 cells per 1 mm³ pronounced decrease of glucose concentration.

During diagnostic search differentiate from tuberculous meningitis and purulent meningitis serous, tick-borne encephalitis meningism accompanying some acute infections (influenza, dysentery, pneumonia, and so on. P.). In order differential diagnosis with other cerebral lesions may be conducted CT or MRI of the brain.

tuberculous pleurisy- specific reaction pleura caused by exposure to Mycobacterium tuberculosis. Tuberculous pleurisy may develop as an independent form of tuberculosis infection or to accompany other clinical options for pulmonary tuberculosis. Sometimes pleural defeat a manifestation poliserozita - inflammation of the serous membranes of tuberculous etiology. In the structure of the respiratory tuberculosis tuberculous pleurisy is 8-14%.

It is distributed mainly among young adults (under 40 years), more often than men suffer. The share of tuberculous pleurisy genesis account for nearly half of all exudative pleurisy, which can not but arouse suspicion of specialists in the field of tuberculosis and pulmonology.

In most cases, tuberculous pleurisy develops against the background of active pulmonary tuberculosis: Focal, infiltrative, disseminated tuberculosis VGLU, primary tuberculosis complex, etc. Occasionally there as an independent clinical form in the absence of signs of tubercular lesions of other organs. In patients with tuberculosis pleurisy may be complicated by spontaneous or artificial pneumothorax (collapse therapy).

Classification of tuberculous pleurisy

Depending on the presence / absence and the nature of effusion TB are fibrinous pleuritis (dry) and exudative (exudative). In the latter case can occur serous, bloody, cholesterol, purulent exudate.

Fibrinous (dry) pleurisy occurs with a minimal amount of fluid, wherein increased content of fibrin. The liquid portion of the exudate is absorbed rapidly, and fibrin is deposited in the pleural sheets. Over time between pleural sheets formed fibrous strands, pleural cavity partly or completely obliterating - dry pleurisy passes into the adhesive (adhesive) pleurisy.

The most common variant of tuberculous pleurisy - pleural. The amount of effusion is usually significant, exudate quickly comes back after aspiration during thoracentesis. The predominant cellular composition of the following types of fluid: lymphocyte, eosinophil and neutrophil. With the dramatic increase in capillary permeability pleura and output a large number of character exudate erythrocyte becomes a hemorrhagic or serous-hemorrhagic. Cholesterol exudate has a thick consistency, yellow color, it is determined by the large amount of cholesterol. Seropurulent and purulent exudate typically formed when a large caseous-necrotic pleural reaction.

Localization distinguish apical, interlobar, costal, epiphrenic, paramediastinalny tuberculous pleurisy. Usually one-sided defeat, bilateral pleurisy of tuberculous etiology is rare (1.5%). In clinical terms the most significant release of the following types of tuberculous pleurisy: allergic, perifocal, and purulent pleural tuberculosis pleurisy. During tuberculous pleurisy allocate 3 periods: 1) the accumulation of fluid and increase clinical symptoms, 2) stabilization 3) sucking exudate and clinical signs subsided.

Symptoms of tuberculous pleurisy

Allergic form of tuberculous pleurisy occurs in people with primary tuberculosis, have increased sensitivity to tuberculin and are prone to severe hyperergic reaction. The clinic takes place badly: dramatically increased body temperature, febrile persists for 10-14 days. Since at this time there is a rapid accumulation of serous effusion, there is shortness of breath, pain in the side, and tachycardia. Resorption of fluid takes place within a month, but when a large amount of effusion, this process may take a prolonged duration. Simultaneously with pleurisy (sometimes before or after) appear phlyctenas, erythema nodosum, polyarthrits.

Perifocal tuberculous pleurisy begins subacute or gradually. Often patients onset of symptoms associated with the previous supercooling or SARS. Patients worried about a dry cough, tingling in the chest, a non-permanent low-grade fever. Increased pain in his side provoked by deep breathing, lying on the sick side, pressure on the intercostal space. Pain syndrome is often mistaken for myositis, Plex intercostal neuralgia, angina, and with irradiation in the stomach - for an attack of acute cholecystitis.

If perifocal pleurisy occurs with the accumulation of serous fluid, the clinical picture becomes more pronounced: increased body temperature is determined by the time, there is tachycardia, shortness of breath, sweating. Perifocal tuberculous pleurisy during prolonged (4-6 weeks), often relapsing.

Pleural tuberculosis may take the form of disseminated, the source process, caseous-necrotic response. It can be accompanied by accumulation of serous, serous-purulent or purulent exudate. for pleural tuberculosis resistant and long lasting. Subacute onset or oligosymptomatic. Dominated by symptoms of intoxication and fever.

A special kind of exudative tuberculous pleurisy is empyema. The clinical picture is characterized by intoxication severe: body temperature above 39 ° C, chills, night sweats, severe weakness. Gradually increasing dyspnea and tachycardia, there are nagging pain in his side, reduced body weight. Perhaps the formation of bronchopleural fistula, as evidenced by the expectoration of purulent exudate. Long existing purulent pleuritis complicated by the phlegmon may chest wall plevrotorakalnogo fistula formation, visceral amyloidosis.

Diagnosis of tuberculous pleurisy

Various forms of tuberculous pleurisy The physical have their own characteristic, auscultation, radiological, and laboratory data. Therefore, at the slightest suspicion of tuberculous etiology of the disease the patient should be counseled phtisiologist.

On the allergic nature of tuberculous pleurisy points expressed in the blood eosinophilia and pleural exudate. During diagnostic pleural puncture are serous fluid, but MBT in it, as a rule, are not detected. During the VATS can be determined by flushing the pleural layers.

When fibrinous pleuritis affected side of the chest behind during breathing, pleural friction auscultated determined shortening percussion sound. pleural layers (mooring line) detected when carrying out X-ray of the lungs. According to US pleural exudate is not detected or determined scanty.

A completely different picture is typical of exudative tuberculous pleurisy. Physical examination reveals smoothness (when a large amount of fluid - bulging) intercostal spaces, dullness over the area accumulation of fluid, mediastinal shift patterns in a healthy way. In the acute phase characterized by significant changes in the hemogram leukocytosis and accelerated ESR, lymph and Eosinopenia. When X-ray and ultrasound determined free fluid in the pleural cavity. A detailed assessment of the state of the lung tissue is possible only after the evacuation of the exudate. The diagnosis of purulent pleurisy is confirmed upon receipt of purulent exudate in the pleural puncture.

Pleurisy of tuberculous etiology requires differentiation with pleurisy accompanying pneumonia, pleural mesothelioma, lung cancer, pulmonary embolism, congestive heart failure, collagen. In doubtful cases, verification of a diagnosis contributes CT lung plevroskopiya (thoracoscopy) Mantoux test, fine-needle biopsy of the pleura.

Technique of pleurocentesis

To perform the study, a needle length of 9-10 cm and a diameter of 2.0 mm with a steeply sloped (60 °) tip. The adapter - a rubber tube connected to the needle 20 gram syringe. Adapter as the filling of the syringe remote from the pleural cavity contents are periodically clamped tool. This trick is needed to prevent the ingress of air. Quite convenient as an adapter is to use specially made two-way cock.

Puktiruyut pleural cavity of the patient in a sitting position retracted away and placed on the support arm. In this position the rear edge-phrenic sinus occupies the lower parts of the pleural cavity.

Puncture the chest wall is performed in the VII-VIII intercostal space on the posterior axillary or shoulder lines. In case osumkovaniya exudate place inserting a needle into the pleural cavity is determined, following the results of X-ray or ultrasound.

So, step by step technique of pleural puncture:

- 1) in a syringe procaine 0.5%. It is best to take the first syringe 2 grams. And dial it novocaine completely. Note: the smaller the area of the piston of the syringe, the less painful is pleural puncture. This is especially true in cases where you do pleural puncture in children.
- 2) pierces the skin and immediately begin to slowly premise procaine, slowly pushing on the plunger of the syringe, and slowly pushing the needle further - into the muscles and soft tissues of the chest wall. Note: a puncture needle is introduced into the intended intercostal space, focusing on the upper edge of the ribs. If you insert the needle at the bottom edge, it is possible to damage the intercostal arteries, and it is very dangerous due to uncontrolled bleeding from it (Fig. 2)
- 3) Feel elastic resistance of tissues located in intrathoracic fascia. And at the time of penetration of the needle into the pleural cavity of a sense of "free space".
- 4) return movement of the piston in the syringe is removed the contents of the pleural cavity, blood, pus, chylous or other type of exudate. This first - a visual estimation of the result of pleural puncture is important diagnostically.
- 5) Change the thin needle of a disposable syringe, which makes anesthesia, a thicker, reusable, is connected to it via an adapter hose from the electric pumps and re-pierce the chest wall on the place already anesthetized. And suction exudate from the pleural cavity by suction.

Typically, diagnostic puncture converted into medical procedure involving the complete removal of abnormal contents washing the pleural cavity antiseptic agents, antibiotics, drainage systems with connection to the workpiece in cases autologous blood hemothorax.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №9 Features of cough in patients with pulmonary tuberculosis and patients with non-specific respiratory pathologies.

Cough- a complex physiological reflex aimed at cleansing the respiratory tract in natural or pathological conditions - one of the most frequent respiratory symptoms. Usually, it does not require specialized medical actions and samozavershaetsya. Cough in acute respiratory infections usually lasts 7-9 days. Recent studies have convincingly shown that even a healthy child in the absence of infection in the near history may cough a few times per day, but never - at night. At 5-8 episodes of respiratory infections per year, for attending kindergarten quite rare, the impression of "continuous cough"

Cough that lasts not more than 2 weeks. Regarded as acute, the continued for 3-4 weeks. - as subacute and more than 4 weeks. - as chronic. Cough that lasts more than 4 weeks. or repeated more than 4 times a year, it requires advanced diagnostic procedures. Coughing in newborns and infants is always treated as a pathological and requires decoding. Cough, especially recurrent or persistent, can be a symptom of a chronic pulmonary disease that requires optimal diagnostic tactics constructed taking into account the mechanism of its occurrence and the non-specific defense system of the respiratory tract.

Cough as a physiological response. Each push cough caused by mechanical, chemical or inflammatory irritation cough receptors by afferent nerves transmitting signal in the medulla oblongata, then - on efferent nerves to muscles.

Cough receptors are located in the larynx, trachea, bronchi (maximum receptor density - in the keel (spur) trachea (carina tracheae)), pleura, ear canal (afferent and efferent nerves - wandering); in the nasal mucosa and the paranasal sinuses (afferent nerve - trigeminal efferent - spinal); pharynx (afferent nerve - glossopharyngeal, efferent - phrenic); in the pericardium, diaphragm (afferent and efferent nerves - phrenic). Cough is implemented in several stages. You should first amplified breath, ending by closing the glottis. Immediately expiratory muscles is activated, the intrathoracic pressure rises to 60-300 mmHg Glottis opens abruptly, and the air flow directs the trachea at a speed 100-280 m / s, in the oral cavity corresponds to the volume rate of 10 l / s.

Cough in tuberculosis does not manifest itself all the time. If there is a focal form of the disease, there is no cough at all. In the case of miliary tuberculosis, he can wear very pronounced. Basically TB patients cough is dry and when it appears there is a small amount of sputum. In tuberculosis, which has a destructive form, cough deaf and it is characterized by high metal timbre. Such sounds occur due to the resonance cavity.

Cough in tuberculosis occurs mostly in the morning, when taking a vertical position after getting out of bed. During sleep, the sensitivity of the mucous membrane is greatly reduced, so the morning is collected a huge amount of sputum, which actually spewed out when climbing out of bed. It is necessary to take into account the fact that a small cough can cause the whole reaction and delayed for a long time, to an acceptable light purification. Besides contemplation and listening to the cough is quite contagious thing. For example, if one person in the room coughed, then other people present in the room be sure to support him.

Cough in tuberculosis will help in the diagnosis of By the nature of cough in tuberculosis can judge the processes occurring in the lungs. For example, children with tuberculous bronhoadenitom tumor shape the sound of coughing gives a metallic shade and has some convulsive. In medicine it is called bitonal.

It comes this sound because of the change of speed of incoming air into the lungs due to enlarged lymph nodes large bronchi. In tuberculosis of the larynx there is insufficient closure of the glottis. Cough in this case, silent, husky and has a particular specificity. According to patients with this disease, as if his throat is filled with down. For any long-term occurrence of cough, which has no specific external cause, you must contact your doctor and undergo chest X-rays and X-rays of the lungs. Symptoms of TB can be varied. Symptoms of TB depend largely on the type of development, localization, shape, infections, as well as on the individual patient. A variety of symptoms difficult to distinguish tuberculosis which is in turn the cause of late referral to a specialist with all the ensuing consequences. Cough with tuberculosis and the risk of hemoptysis - the theme of this article. Cough in tuberculosis - particularly the problem of tuberculosis cough is a constant symptom of lung disease. At the beginning of tuberculosis cough persistent and dry, which is

exacerbated at night and in the morning. With further development of tuberculosis cough may eventually become wet with mucus. In tuberculosis chronic cough, so the presence of more than three weeks should alert the person coughs and become the primary cause of treatment to the doctor. With ARI, pneumonia bronchitis or cough can also be, however, in contrast to cough in tuberculosis. Cough when these diseases do not last so long, and has a very different character. Tuberculosis disease is called a variety of masks. Signs and symptoms of tuberculosis can actually be very different, and often present themselves for other diseases symptoms. The first sign of tuberculosis defined localization in the patient's infection. Clearly, pulmonary tuberculosis, and tuberculosis, for example, skin or pseudotuberculosis occur in different ways and are not common causes and effects. In such cases the symptoms of the disease depends generally on the activity and severity of the infection process. Cough tuberculosis: danger hemoptysis Haemoptysis -one of the major signs of tuberculosis. Typically, this symptom is observed at infiltrative tuberculosis. In most cases, this symptom itself lets you know right away with a bout of coughing. In addition to moments of coughing sputum comes out even small amounts of fresh blood. In such cases, it is possible the occurrence of pulmonary hemorrhage - a very dangerous condition may even become the cause of death.

In the case of its development urgently need to call an ambulance. But it is important to know and distinguish hemoptysis in this disease, heart failure, or when such a dangerous illness like lung cancer.

Cough in tuberculosis.

At the beginning of the disease is marked compulsive cough, then dry or wet painful cough. May appear in the sputum of blood traces. Characteristically increased cough at night.

Cough - one of the main symptoms of the disease. Also, there are weight loss, prolonged fever (37.5 - 38 ° C), chills, and night sweating. In the history of the patient can come into contact with TB patients.

In most cases, untreated tuberculosis leads to death of the patient. Access to a doctor phthisiatrician strictly necessary. To confirm the diagnosis is performed radiography lung, tuberculin skin test, and so on.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №10 features of fever in patients with pulmonary tuberculosis and patients with non-specific respiratory pathologies.

temperature rise in tuberculosis may experience a long period of time without the localization process in any organ. Fever in most intermittent nature, are clinically classic talking about the common symptoms of tuberculosis: a hectic kind of sick, drop weight, night sweats, etc. Of course, these phenomena are not conclusive for tuberculosis... blood picture is not typical. White blood cell count is usually not increased, toxic neutrophils are not changed, has not happened yet any bacterial layers (as seen, for example, sepsis and cavernous especially when ulcerations intestines). Thus, changes in neutrophil toxicity if tuberculosis of guts and caverns are excluded with a high degree of probability say against tuberculosis. Mantoux test is sharply positive, but by itself it positive diagnosis does not solve. The spleen is often enlarged and palpable: it is dense, but not from the capsule voltage, and as a result of hematogenous due process in itself spleen, so the consistency of it for a long time does not change, as opposed to typhoid spleen, which in the course of the disease becomes noticeably softer by reducing the capsule voltage (Naegeli). It should be emphasized, however, that the swelling of the spleen with a feverish condition caused by tuberculosis, not necessarily. which in the disease process becomes noticeably softer by reducing the capsule voltage (Naegeli). It should be emphasized, however, that the swelling of the spleen with a feverish condition caused by tuberculosis, not necessarily. which in the disease process becomes noticeably softer by reducing the capsule voltage (Naegeli). It should be emphasized, however, that the swelling of the spleen with a feverish condition caused by tuberculosis, not necessarily.

After these weeks lasting febrile seizures with uncharacteristic described phenomena appear, often only after several months, tuberculosis manifestations from organs (pleurisy, peritonitis, t. D.). This picture of the disease, ie. E. Due to temperature increase tuberculous process without perceptible manifestations of specific side bodies included in the outlined Landouzy (Landouzy)

group, the term "tuberculous sepsis" (acute tuberculous sepsis). In this sense, it is Landouzy and described their cases, the prognosis that in general is not bad. But now under the name of "tuberculous sepsis Landouzy" refers particularly massive hematogenous dissemination of tuberculosis infection in the body usually with a sharply reduced resistance. Also in this group of clinicians in most cases not possible to reveal organ localization, as patients die earlier than they can form specific changes in organs, but pathologists in the decaying tissue found in a large number of tubercle bacilli, arranged in groups. Normal erythrocyte sedimentation rate, and only a slight shift to the left do not exclude disseminated tuberculosis (own observation of 80-year-old male). It goes without saying that the obscure, suspicious TB fever should be aggressively seek local manifestations, which may be in the form of primary lesions in the lungs, hilar and mesenteric lymph nodes, and the tonsils. Normal erythrocyte sedimentation rate, and only a slight shift to the left do not exclude disseminated tuberculosis (own observation of 80-year-old male). It goes without saying that the obscure, suspicious TB fever should be aggressively seek local manifestations, which may be in the form of primary lesions in the lungs, hilar and mesenteric lymph nodes, and the tonsils. Normal erythrocyte sedimentation rate, and only a slight shift to the left do not exclude disseminated tuberculosis (own observation of 80-year-old male). It goes without saying that the obscure, suspicious TB fever should be aggressively seek local manifestations, which may be in the form of primary lesions in the lungs, hilar and mesenteric lymph nodes, and the tonsils.

In the secondary run similar increase in temperature is often preceded by the appearance of erythema nodosum (differential diagnosis of erythema nodosum. The tertiary period can often be discussed onatechnyh abscesses or bone tuberculosis outbreaks as a source of increased temperature. In such cases, the ESR, as opposed to the primary or secondary period TB is always sharply accelerated. We have to also think about the kidney tuberculosis, although the differential diagnosis in cases of fever of unknown about it hardly ever can get GP I grew up.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №11 Clinical and radiographic and morphological The specifications infiltrates in the lungs of various origins.

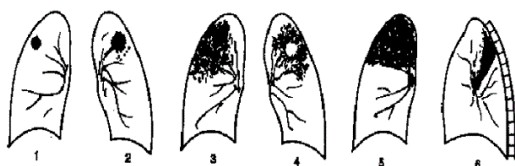
Sometimes a seal may appear in the area of tissue, in some cases it can occur in any organ, such as in the lung. Seal appears due to accumulation of blood or cells on a separate site. The disease and will be called infiltration. There are several types of the disease.

When the cluster can be seen an increase in the size of the tissue, and the color tone can be changed. Appear soreness, increased tissue density. When surgical lung infiltration seal occurs due to saturation of the artificial nature, that is due to medications or alcohol.

Pulmonary infiltrates may occur for a variety of reasons. One-third of patients the cause was a mechanical action, the other third of the infiltration of the lungs occurred as a result of penetration of odontogenic infection. In other patients, the reason for all served as any other infection. With age, the risk of infiltration syndrome in no way increase or decrease.

Pathogens infiltration syndrome is considered to be agents in the microflora of the mouth. Another cause of the disease is the resistance of microorganisms, it is expressed in the protective functions of the human organism. Infiltration can manifest itself during infection of the contact type, as well as its nature lymphogenic dissemination.

Типы инфильтратов (схема)



- 1- бронхолюбулярный; 2-округлый; 3-облаковидный; 4- облаковидный в фазе распада; 5- лобит; 6- перисиссурит (боковая проекция);

days. The following symptoms may occur at this time.

The cause of the syndrome of pulmonary infiltrates may be acute appendicitis. How many know that appendicitis, or rather, his aggravation is an inflammatory nature tumor. Cause infiltration syndrome can also be a low-quality medical treatment or violation of sanitary norms. Focal changes in the lung may occur as a result of intramuscular injection. Ie soaking drugs cause accumulation of the drug.

Infiltration of lung tissue occurs over several

- Slightly elevated temperature of the body, which does not decrease the long term.
- In the affected area, in some cases, a small tumor.
- The occurrence of pain.
- Compared with focal pneumonia, eosinophilic infiltration occurs less noticeable and more smoothly.
- Cough eosinophils expressed implicitly, the most striking symptom is coughing up blood. It has already signaled that eosinophilic infiltrates in the lungs began to disintegrate.
- In most cases, eosinophilic infiltration occurs six segment or in other areas of the upper lobes.
- Pale complexion shade may also indicate tuberculosis, infiltrative type. The patient can become accustomed to the increased temperature and does not notice that it is somewhat higher position. After cough may be heard wheezing.

The first medical specialist to be sure that the patient is indeed present pulmonary infiltration. This is done according to X-ray. Depending on which character has the disease, productive or exudative, will appear noticeably different changes in the lung or lungs.

olshe all the changes seen in pulmonary infiltration of inflammatory type, especially when ordinary pneumonia. In this case, there will be a tremor in her voice, muffled sound as possible, and crepitus.

When the disease is in the nature productive, particularly when tumor occurs, the above symptoms occur. In such a situation, to detect the disease is almost impossible.

In the case of shared infiltration will occur a sufficiently large light shading area. The contours of the spots depend on the substrate process, as well as from the place of its origin.

In this case it is necessary to determine what the nature of the infiltration of the patient. Inflammation shared type in most cases occur either in tuberculosis, or pneumonia. When the tumor nature of the disease the proportion of the whole is not captured.

Inflammatory infiltrates share type is also characterized in malignant lung tumors.

In the case where the occurrence of non-equity patient type seal should differentiate them, primarily with peripheral lung cancer. In this case, the initial stage of the disease will pass quickly. It will not be showing any symptoms.

However, radiographic infiltrate will be different from a malignant tumor. This is due to the fact that a picture such seals are of irregular shape. Cancers, in this case, will almost always have a standard form. This is one of the most important distinguishing characteristics of these two diseases.

Lobar pneumonia is very much like tuberculosis finished off, characterized by the following symptoms for her.

- Acute illness during the initial stage.
- Increased organism and body temperature.
- Cough dry type.
- In some cases of hemoptysis.
- Pain in the chest area.

On X-ray diffraction study of tuberculosis will have finished off seal darker compared with lobar pneumonia. This is particularly shows the tomography. There have been cases of detection of Mycobacterium tuberculosis in a patient when the time frame for the treatment of pneumonia have already passed, and the desired result was not achieved.

In general, the occurrence of infiltrates in the lung characteristic of many diseases:

- Pneumonia. This disease is an inflammation of the lung tissue, in this case necessarily in the process will involve different lobe of the lung. Of the symptoms it is worth noting the constant fatigue, pain in the chest area, as well as the various symptoms of respiratory distress.
- Tuberculosis with infiltrative character. This disease is characterized by a smooth passage, cough presence and location of education in the upper lobes of the lungs.
- Pulmonary infiltrate with eosinophilic character. In other words, eosinophilic pneumonia, a very good effect is achieved with corticosteroids.

- Concomitant with cancerous tumors. Indicators for such a situation would be the occurrence of pneumonia in the same place, as well as cough without productivity. In the case of metastasis to the X-ray there is a large number of shadow round shape.
- RELATED may be character-malignant and tumors. Expressed in this case as infiltration of the tumor in the form of a ball, which has a clear boundary.
- Infiltration may occur and cyst.
- When gangrene of the lungs.
- When post-tuberculosis pnevmoskleroze and other diseases.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №12 lymphadenopathy. Tuberculosis of peripheral lymph nodes and their differential diagnosis.

lymphadenopathy(. Novolat lymphadenopathia;. + Lymph ancient Greek ὀδὴν - iron -patiya +) - a condition manifested by an increase in the lymph nodes of the lymphatic system. This term is either working preliminary diagnosis requiring clarification with further clinical evaluation, or leading symptom of the disease.

The main symptom is lymphadenopathy lymphadenopathy, which may be localized or generalized. Additional symptoms may include:

- night sweats;
- weight loss;
- concomitant prolonged fever;
- Frequent recurrent upper respiratory tract infections (pharyngitis, tonsillitis, sore throat, etc...);
- Pathological changes in the lung radiograph;
- hepatomegaly;
- splenomegaly.

Tuberculosis of the lymph nodes

Most often diagnosed in children and adolescents, at least - in adults and the elderly. Are affected more often cervical and submandibular lymph nodes, sometimes - axillary, rarely - groin and elbow. The affected lymph nodes increased in size to 1.5 cm in diameter and more, or a soft solid consistency.

The disease may begin acutely with high temperature and severe intoxication, and inflammation thus spread from lymph nodes on the subcutaneous tissue and skin. With involvement of surrounding tissues are formed thick, large, slow-moving nodes packages. No treatment results in a suppuration: skin above the lymph nodes giperemiruetsya appears floating, pus breaks out and formed long-term healing fistulas. Chronic tuberculosis lymph nodes outer dense formations nodes shown), sometimes chain of small nodules.

There are three forms of the TB lymphadenitis:

- infiltrative
- caseating
- induratum.

Infiltrative form is characterized by a slight increase in the lymph nodes and dense texture. Most affected one group of lymph nodes. Proceeds favorably, we can only hyperplasia of the lymphoid tissue. When caseous form several groups of lymph nodes are affected. Lymph nodes undergo caseation, with suppuration, formation of fistulas and ulcers. During heavy.

Induratum (fibrous) form is prolonged, when it defines dense lymph nodes petrification, scars on the skin after the healed fistulas. This form is often the outcome of caseous forms less infiltrative. From the blood stream and in acute exacerbation during limfadenitov marked increased ESR, leucocytosis moderately expressed with stab shift and monocytosis.

Diagnosis of tuberculosis peripheral units consists of history (contact with patients with tuberculosis, tuberculosis of the lungs and other organs, scarring on the neck, eye disease), objective data tuberculin (sample sharply positive), detection of Mycobacterium tuberculosis in pus, in punctate lymph nodes cytology punctates and histological analysis of biopsy material.

Outcome is dependent on the timeliness of diagnosis, forms limfadenita and treatment efficacy. In a favorable current decreases and seal lymph nodes (sometimes followed by the formation therein petrifikatov), fistulas closed. Fistulous form sclerotic end disfigure or keloids.

Examination of the patient with suspected TB should be based on compulsory diagnostic minimum which must be carried out in the primary treatment. Additional diagnostic minimum and optional Diagnostic least performed in a specialized medical institution.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №13 Shortness of breath in various forms tuberkulezalegkih and their differential diagnosis.

In some patients with pulmonary tuberculosis shortness of breath, a mechanism that is dependent on various factors affecting the respiratory center.

Shortness of breath (dyspnea) occurs mainly in patients with advanced metastatic, infiltrative massive, fibrous-cavernous and cirrhotic pulmonary tuberculosis, with pleurisy, pronounced intoxication, significant dysfunction of the nervous and cardiovascular systems. In this case there may be objective or subjective dyspnea.

In the first case it manifests sensation inability to breathe deeply and the need periodically to produce a deep breath. This type of dyspnea is usually not accompanied by hyperventilation and is more common in diseases of the cardiovascular system, neurosis, hysteria, thoracic radiculitis, at least - with pulmonary tuberculosis.

Objectively determined dyspnea characterized by impaired not only the respiratory rhythm, but also pulmonary ventilation, ie in cases where respiration reserves sharply reduced. However, it can sometimes be accompanied by a pronounced subjective sensations, although there is a slight exertion, change of position, and even if the patient conversation. But more often shortness of breath is mixed, that is, subjective and objective.

With various forms of pulmonary tuberculosis observed her the same species as other diseases: deep or shallow rapid breathing, expiratory or inspiratory dyspnea. Most often there is rapid shallow breathing (tachypnea, polypnoea). It is particularly pronounced in miliary tuberculosis and caseous pneumonia, but it also happens in the initial phase of dry or exudative pleural effusion, pneumothorax with a significant shift of mediastinal organs, in the last balloting after surgical interventions on the lungs.

Shortness of breath develops in different forms of tuberculosis, shortness of breath associated with impaired pulmonary ventilation. Dyspnea at rest occurs in acute miliary pulmonary tuberculosis together with high fever and signs of intoxication.

Pallor of skin, shortening percussion sound with a touch of tympanic, hard breathing. Shortness of breath is a common symptom of chronic fibro-cavernous pulmonary tuberculosis.

Subjectively, patients with dyspnea feel chest tightness, inability to sufficiently spread the rib cage during inhalation or to release it from air during exhalation. Objective evidence of it is the change in respiratory rate (acceleration), participation in the act of breathing support muscles and cyanosis. There are three types of shortness of breath: inspiratory (inhalation difficult), expiratory (exhalation difficult) and mixed when difficult inhaling and exhaling.

Inspiratory dyspnea is edema of the vocal cords, while squeezing the trachea or larynx tumor, when hit by a foreign body, paralysis of respiratory muscles.

Expiratory dyspnea observed in patients with bronchial asthma. Most often, there is shortness of mixed type. Shortness of breath is observed in diseases of various organs. In the first place are the diseases of the respiratory system and blood circulation.

Of Respiratory diseases for which there is shortness of breath, may be mentioned pleurisy, lobar pneumonia, lung cancer, pulmonary fibrosis, emphysema, tuberculosis Lobito, caseating pneumonia, pulmonary embolism (PE) and its branches.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №14 Emergency medical assistance in the TB clinic.

Hemoptysis and pulmonary hemorrhage

Hemoptysis and pulmonary hemorrhage observed mainly in destructive forms of tuberculosis, bronchiectasis, basal foci of sclerosis. Very often it is a complication seen in patients with cirrhosis of the lungs.

All hemoptysis and bleeding are divided into true and false (psevdokrovoharkanya). If true blood is allocated directly from the lungs, and when false - from the nose, gums, esophagus, stomach. False hemoptysis occur not during coughing.

Source hemoptysis (bleeding) may be lung and bronchial vessels. Approximately 95% of the blood in the lungs enters the pulmonary artery, and 5% - bronchial arteries. Pulmonary hemorrhage usually occurs because of bronchial vessels.

According to the intensity of the blood separation distinguished:

- hemoptysis,
- bleeding,
- profuse bleeding (haemorrhage).

Hemoptysis - coughing up blood is the spitting individual, clots or blood streaks with phlegm. Per day it is released about 50 ml of blood. During bleeding the patient to cough up simultaneously 50-100 ml of blood. Pulmonary profuse bleeding occurs due to rupture of major blood vessels and very often results in death by asphyxiation (suffocation) due to the filling of the bronchi and trachea by blood clots.

The number of simultaneously selected blood pulmonary hemorrhage divided into small (100 ml), medium (from 100 to 300 ml), large (300 ml).

The main features hemoptysis, pulmonary hemorrhage are:

- Blood from the lungs is released during coughing;
- The blood is bright red;
- Frothy blood.

It should be remembered that the blood before to stand out from the lungs, should go all the way through the bronchi, trachea, larynx and into the oral cavity. This way the blood can be overcome only in the presence of cough shock. That's why there is no pulmonary hemoptysis and bleeding without coughing.

Localization of the source of bleeding or hemoptysis set based on anamnestic data, auscultation, percussion and radiological investigation. Usually, there is bleeding from the lung, which detect destructive changes. Patients themselves often determine the source of the bleeding. Palpation of the chest skin-side bleeding warmer can be felt moving blood clots. Critical to determine the source of bleeding, besides X-ray examination, it has bronchoscopy. Source hemoptysis and pulmonary hemorrhage is a decay of the cavity, the cavity, lesions of fibrosis, cirrhotic changes.

Differentiate between hemoptysis and pulmonary hemorrhage need of hemoptysis and bleeding from the esophagus, stomach, nasopharynx. Nosebleed characterized allocation dark without coughing blood, which flows along the rear surface of the pharynx. Bleeding from esophageal varices begins suddenly, is profuse in nature. Cough is absent. Thus in patients with liver cirrhosis is diagnosed. Blood is released from the stomach by vomiting, dark color, it is of the form "coffee ground" (due to the stomach contents of impurities). Sometimes, blood coagulation in the stomach, vomit have dark clots. When bleeding from a stomach ulcer there is a lot of bleeding from the unmodified release of blood with vomit. In addition, pulmonary hemorrhage typically smaller compared with gastric.

Treatment. Haemostatic treatment should be directed primarily to the disease, which caused hemoptysis and pulmonary hemorrhage, ie, pulmonary tuberculosis and the main factors of pulmonary hemoptysis, or bleeding.

Patient create conditions of maximum physical and mental rest. In bed, the patient should be in a half-sitting position, which improves the expectoration of sputum and blood clots accumulated in the respiratory tract. Slight active and passive movement during medical examination (auscultation, radiography using a mobile device). If mild hemoptysis, the complete physical rest is not necessary.

In patients with tuberculosis has a significant role antihypertensive therapy, which may contribute to even greater haemostatic effect than the therapeutic effect of drugs that regulate the blood coagulation system. Antihypertensives drugs can be divided into fast and slow motion. Prescriptions for reducing pressure in the pulmonary vessels depends on the volume of blood loss. So, when hemoptysis and low pulmonary hemorrhage is advisable to use drugs in slow motion, and with a large pulmonary hemorrhage - Fast Track to the cessation of blood discharge.

1. For accelerated reducing the pressure in the vessels is assigned:

- ganglioplegic - pyrilium (0.01 g, 3 times a day), temehin (0.001 g 2-3 times every day) benzogeksony (0.1 g, 3-4 times a day), peptamip (1-2 ml of a 5% solution) subcutaneously or intravenously. Introduction ganglioblokatorov control of blood pressure measurement. Brachial artery it must not be lower than 80 mmHg It is also used for the hypotensive effect:

- antispasmodics - aminophylline administered intramuscularly (1 ml of a 24% solution) or intravenously (10 ml of 2.4% solution). In the case of untreated aminophylline administered papaverine hydrochloride (1.2 ml of a 2% solution) intravenously or subcutaneously (causes prolonged vasodilation of the systemic circulation) or hydrogenated papaverine - Nospanum (2-4 ml of 2% solution) intravenously or subcutaneously. With slight hemoptysis prescribed inside aminophylline (0.1-0.2 g) and hydrogenated papaverine - Nospanum (0.02-0.06 g), 2-3 times a day;

- antitussives - cough can provoke coughing up blood due to increased pressure in the pulmonary artery. To stop or reduce coughing prescribed bromhexine, Atrovent and t. D. To the same end, and designate atropine sulfate (0.1 ml of 1% solution) subcutaneously because it suppresses cough reflex eliminates bronchospasm and dilates the blood vessels of the abdominal cavity.

2. To increase the blood clotting drugs used depending on the performance thromboelastogram and coagulation. In the absence of these studies, the drugs of choice are Dicynonum, gemofobin, fibrinogen or thrombin. destination gemofobin often combine with fibrinogen or tromboplazminom.

- Dicynonum (sodium etamzilat) - administered 2-4 ml of 12.5% solution intramuscularly or intravenously. The drug is involved in the formation of thromboplastin. The action starts after 5-15 minutes after intravenous administration, and after 1-2 hours - intramuscular;

- fibrinogen - 250-500 ml is administered intravenously. Accelerates the transition of fibrinogen to fibrin; It takes effect within 30 minutes. In conventional vials contained 2 g dry fibrinogen. This was dissolved in 500 ml of isotonic sodium chloride solution or 1 g in 250 ml.

- gemofobin - designate the interior of 1 tbsp. spoon 3% solution 3-4 times a day. Also accelerates the transition of fibrinogen to fibrin; It takes effect within 3-6 hours.

- thrombin - 1-2 mg in 2 ml of distilled water by inhalation. Vikasol useful for a violation protrombinoobrazovatelnoy liver function. To stop hemoptysis and pulmonary hemorrhage sulfokamfokain administered intramuscularly (2 ml of 10% solution), which improves the function of respiration and circulation.

3. Reducing blood fibrinolytic activity. For this purpose, conduct correction, elevated fibrinolytic activity, protease enzymes blood, sputum and areas of inflammation in the lung.

For this purpose:

- e-aminocaproic acid (fibrinolysis inhibitor) - administered 5% 100 ml of intravenously (action starts after 15-30 min.), 5% -3-5 ml spray (effective after 5-10 min.);

- contrycal (trasilol) ingitrit (gordoks) (an inhibitor of proteolysis) - 10 000 - 20 000 IU intravenously (start di- 30-45 min.);

- ambenom, hydrocortisone (hyaluronidase inhibitors) - 1% - 5 ml Ambene, 12,5-25 we hydrocortisone is administered intravenously (drugs act through 10- 15 minutes).

4. Reduction of pulmonary vascular wall permeability reach their destination attack means:

- Calcium gluconate - 10ml of 10% solution intravenously or intramuscularly or inside. Calcium chloride is administered only intravenously (10 ml of a 10% solution);

- Ascorbic acid - 1.0 g 3-5 times per day.

Preparations for substitution therapy: erythrocytic mass of 150-200 ml 2-3 times in course, albumin 20% - 50 ml, 10% - 100 ml polyglukin (reopoliglukin, rondeks) - 400 to 1200 ml, sodium bicarbonate - 500 1500 ml.

In recurrent pulmonary hemorrhage in patients with destructive lung tuberculosis hemostatic effect is achieved by intravenous (infusion) administration of therapeutic saline mixture (300-500 mL), calcium chloride (10% -5 ml) and hydrocortisone 12.5-25 mg 1-2 times per day.

Modern methods of hemostatic treatment are effective and can achieve stop hemoptysis or pulmonary hemorrhage in 95% of patients. If hemostatic treatment is ineffective, surgical treatment. It decreases the risk of surgery by 10-15 times, when conducted in the period of temporary interruption of pulmonary hemorrhage.

Particular attention is paid to prevention and treatment of complications arising during pulmonary hemorrhage. It becomes the primary prevention of asphyxia caused by blockage of airway blood. The patient should be half-sitting, which helps to improve blood circulation and blood expectorate. In severe cases, blood suctioned from the trachea through the catheter. It is effective to conduct therapeutic and diagnostic bronchoscopy or intubation, drainage of bronchial tubes and suctioning of blood clots. In cases of atelectasis administered proteolytic enzymes in combination with anti-TB drugs.

spontaneous pneumothorax

Spontaneous pneumothorax (Gk + air carapace chest.) - a pathological condition characterized by air entering the pleural cavity without destruction of the thorax.

Spontaneous pneumothorax in pulmonary tuberculosis often occurs:

a) as a result of rupture bullous emphysema lung (with focal fibrosis, chronic disseminated pulmonary tuberculosis, pneumoskleroze) or lung cysts;

b) rare - as a result of a breakthrough in the pleural cavity slot.

The following types of spontaneous pneumothorax:

Outdoor - air enters the pleural cavity of the inspiratory and expiratory goes through a hole in the visceral pleura;

Closed - the air gets into the pleural cavity during inspiration, but the back does not work, because the hole in the visceral pleura is closed;

Valve for inhalation air enters into the pleural constantly void and exhalation defect in the visceral pleura locked, forming a valve. Clinic spontaneous pneumothorax in most cases depends on the free pleural cavity size, type of pneumothorax and air intake rate. If the pleural cavity is not obliterated, it fills the air (commonly pneumothorax), dramatically compresses the lung and mediastinal organs. If the pleural cavity is limited (restricted pneumothorax), clinical signs of minor complications.

Patients complain of severe pain in the affected side of the chest, shortness of breath, cough. Objectively - tachycardia, tachypnoea and reduced air on the side of a spontaneous pneumothorax. In cases of limited clinical manifestations of spontaneous pneumothorax minor, and in severe cases they are so characteristic that the diagnosis can be made without X-ray examination. The general condition of spontaneous pneumothorax with a serious, sometimes even loss of consciousness. The patient takes a forced situation - half-sitting, becomes restless. There are acute respiratory failure symptoms, breathing quickens, becomes superficial, there is cyanosis, sweating, tachycardia, and in the future - bradycardia. Patient death can occur from a painful shock or collapse.

Treatment. A patient give Half-upright. Administered omnopon hydrochloride or morphine for pain relief and suppression of the cough center. Assign also 2 ml of a 10% solution sulfokamfokain subcutaneously, oxygen therapy. If the patient is heavy, is carried puncture of the pleural cavity, followed by aspiration of gas installation to negative pressure. Aspiration patient's general condition is improving rapidly, but then again can worsen if the valve becomes spontaneous pneumothorax or open.

If after repeated aspiration of gas from the pleural cavity of the patient's general condition deteriorates, it is recommended to puncture the chest needle thick and sticky adhesive to fix it to the skin. Thus air which enters the pleural cavity through the damaged light will go out. The pressure in the pleural cavity compared with the ambient, whereby easy and mediastinal organs are not subjected to compression. The needle should be attached rubber tube, its end dipped in a disinfectant solution. This measure is urgent in the cases of spontaneous pneumothorax in patients with critical condition.

Method is adequate drainage of the pleural cavity (superposition of drainage Byulau) and constant air suction. In spontaneous pneumothorax, the general condition of the patient can improve the conservative measures. With the ineffectiveness of conservative treatment raised the question of thoracotomy and suturing the damaged lung or lung resection.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №15 tuberculosis and related diseases: TB and COPD, TB and lung cancer, TB and alcoholism.

Tuberculosis and alcoholism

The problem of alcoholism and concomitant tuberculosis is very urgent.

Individuals with comorbidity (alcoholism and tuberculosis) are of great epidemiological danger not only because of the high prevalence of tuberculosis among alcoholics, but also due to the frequent have severe destructive forms of tuberculosis with massive bakteriovydelenii. This situation is due to the following reasons:

- 1) degradation of the individual;
- 2) Low health literacy;
- 3) failure to comply with the elementary rules of hygiene;
- 4) delays in seeking medical care;
- 5) neglecting medical recommendations;
- 6) refusal to radical therapy.

Thus, they are especially dangerous to others, spreading Mycobacterium tuberculosis, often multiresistant to antituberculosis drugs.

Among patients with tuberculosis and alcoholism drug resistance of Mycobacterium tuberculosis observed in 2 and polyresistance - 6 times more often than in patients not suffering from

alcoholism. This is indirect evidence that the treatment of such patients has made repeated and the same time they have shied away from it.

Among the patients, long the dispensary account, alcohol abuse is 3-5 times more than the initially infected with pulmonary tuberculosis. The reason for this is the "settling" in the dispensary alcohol abusers, due to the low efficiency of treatment. Especially high prevalence of alcoholism among patients with chronic destructive pulmonary tuberculosis.

Pulmonary tuberculosis in the majority of patients developed on the background of alcoholism, sometimes precedes it. It characterizes the majority of patients with comorbidity like alcoholics with concomitant TB.

The clinical manifestations and course of pulmonary tuberculosis in alcoholism may be different. The process in the lungs of patients with alcoholism sometimes becomes rough during and fatal. Frequent complications of pulmonary tuberculosis by combining it with alcoholism are pulmonary hemorrhage and hemoptysis that bind with pulmonary fibrosis and increased permeability of blood vessels under the influence of alcohol.

After treatment of tuberculosis in patients with alcoholism, there are marked residual changes in the lungs, which creates conditions for the occurrence of relapses. The main reason is the lack of relapse treatment of patients during the main course of chemotherapy in the hospital because of early discharge for violation of the regime. Patients with alcoholism tubercular process relapses when it is more severe than the original disease.

In the event of tuberculosis worsens for alcoholism, quickly formed its severe stage with marked psihopatizatsii, degradation of personality and social neglect. Binges take stubborn, becoming more severe hangover. TB infection is an additional aggravating factor contributing to the occurrence of alcoholic psychosis. A major role in their development play an exacerbation of tuberculosis.

treatment Guidelines. One of the main reasons for an unfavorable course of pulmonary tuberculosis with alcoholism - inadequate treatment due to lack of discipline patients. Without an active anti-alcohol therapy treatment of patients with alcoholism and tuberculosis can not be successful.

The use of high-performance, appropriately selected combinations of anti-TB drugs at the same time makes it possible to implement a proactive anti-alcohol therapy without major complications. The latter allows you to extend the length of stay of patients in hospital due to remission of alcoholism and thus increase the effectiveness of chemotherapy for tuberculosis.

tuberculosis chemotherapy the lungs of patients with alcoholism should be carried out in hospitals in accordance with generally accepted principles. Patients often evade receiving medications must therefore be closely monitored over the regularity chemotherapy: drugs useful to administer parenterally, but if the inside, once daily doses.

Care should be taken when assigning providing hepatotoxic effects of rifampicin (especially in conjunction with isoniazid), pyrazinamide, ethionamide, protionamide and thioacetazone patients with alcoholism, cirrhosis with alcoholic liver disease Botkina suffered and continue to abuse alcohol.

Multiple somatic diseases alcoholism limit the choice of the optimal combinations of antituberculosis drugs because of contraindications to the use thereof, so when combined disease individualization of chemotherapy is required given the nature of concurrent somatic pathology.

Tuberculosis and lung cancer

It was found that lung cancer in patients with tuberculosis and those with residual changes after the treatment of tuberculosis is more common than in the general population.

In the implementation of follow-up of patients with respiratory TB and those with residual changes after the treatment of tuberculosis should be a certain oncological alertness.

Increased lung cancer risk can be at:

- 1) the duration of smokers;
- 2) men over 40 years;
- 3) persons identified metatuberkuleznym syndrome, against which often develop pulmonary inflammatory diseases;
- 4) populations over time exposed to occupational or environmental carcinogens.

Clinically, a combination of cancer and tuberculosis can be divided into three periods:

- 1) asymptomatic;
- 2) with severe symptoms of cancer;
- 3) metastatic.

According to the histological picture in most cases are detected tumors, adenocarcinomas, and then in last place - poorly differentiated tumors.

Tumors were located primarily in III, VIII and X segments of the right lung.

Signs of malignant lung disease are shortness of breath, hacking cough, sometimes with phlegm, coughing up blood, chest pain, weakness, fatigue, weight loss, fever, pain in the long bones.

When running processes appear cyanosis of mucous and akrozyanoz, change the terminal phalanges as "drumsticks."

Diagnosis of lung cancer in patients with tuberculosis and those with residual changes after the treatment of tuberculosis - a difficult task. Extremely valuable diagnostic method is an X-ray examination using tomography. Nevertheless crucial cytology biopsy of lung and lymph nodes.

Invasive methods of investigation (endobronchial study, transthoracic puncture) should be used for accurate readings when clinical symptoms and X-ray picture can be suspected lung cancer.

It must be remembered that the well-known clinical symptoms of lung cancer: weight loss, chest pain, cough, hemoptysis may be caused by tuberculosis. So sometimes even their appearance is not disturbing the patient and does not serve for the doctor the reason for a targeted diagnosis of lung cancer.

Careful analysis of radiographic changes in the dynamics of the appearance of symptoms that do not fit the clinical picture of tuberculosis requires clarification of the etiology of these changes.

Tuberculosis and pulmonary chronic nonspecific diseases

Because of chronic nonspecific pulmonary diseases (COPD) found in tuberculosis: chronic bronchitis, chronic pneumonia, bronchial asthma, bronchiectasis, lung abscess, lung emphysema.

In terms of communication COPD and pulmonary tuberculosis distinguish two situations:

- 1) Patients who have COPD occurred prior tuberculosis, thereby tuberculosis evolved on a background of nonspecific changes in the lung;
- 2) patients who have COPD are secondary and developed on the background of tuberculosis.

Patients who have COPD have evolved to tuberculosis

Frequent exacerbations of COPD may be signs of early phases of reactivation of tuberculosis or superinfection.

Among patients with newly diagnosed tuberculosis and secondary combined with COPD frequently as background diseases detected chronic bronchitis and chronic pneumonia.

Chronic nonspecific lung process, combined with other diseases tuberculosis, tuberculous primary complicates the process and worsens its prognosis.

In these patients, tuberculosis exacerbation of COPD usually occurs several times a year, causing and aggravating the tuberculosis process.

Patients who have COPD are secondary and evolved against a background of tuberculosis process

Tuberculosis of lung, creates conditions for the occurrence of COPD, which may be accompanied by an active process or develop on the background of tuberculous changes.

The development of COPD in the background contribute to tuberculosis bronchi damage and widespread tuberculosis in his lungs, the acute inflammatory diseases of the lungs and bronchi becomes chronic nonspecific respiratory diseases. Cicatricial changes in the bronchial tree, the transformation of the bronchial mucosa, connective tissue formation in the lungs, pleura, due tuberculous process contribute to occurrence of chronic inflammatory diseases.

To some extent fibroplastic processes may be exacerbated by the influence of antibacterial drugs. Therefore, in the treatment of pulmonary tuberculosis develops post-tuberculosis syndrome with local or diffuse pulmonary fibrosis, the deformation of the bronchial tree, bronchiectasis, pleural splice encysted foci and foci. Morphological manifestations of post-tuberculosis pulmonary syndrome is closely related to the clinical form of tuberculosis.

Among patients with clinical cure tuberculosis is most common chronic bronchitis. A major role in its occurrence is played by factors irritating bronchial mucosa, which are combined with non-

specific, banal or allergic inflammation as a result of the general sensitization or adverse drug action.

Nonspecific endobronchitis in some patients with tuberculosis persists for a long time, most can be cured, but even the latter reduces the protective function of the bronchial tubes, making them very susceptible to the effects of secondary adverse factors: smoke, tobacco, industrial dust, common infections.

Tuberculosis and tuberculoma lesions predominantly osumkovyvyayutsya and are accompanied by the development of a limited fibrosis.

Disseminated tuberculosis tend to the development of advanced fibrosis, diffuse bronchitis and emphysema.

Healing fibro-cavernous tuberculosis is accompanied by cirrhosis with a rough strain of bronchopulmonary structures and the development of bronchiectasis.

Chronic pneumonia is observed every 10th patient with cured tuberculosis.

Emphysema as an independent disease is relatively rare. Most often it is combined with occupational respiratory diseases in patients of elderly and senile tuberculosis.

Bronchial asthma in patients with tuberculosis is relatively rare.

TB patients are cured and are in need of constant monitoring and receiving preventive treatment.

People with post-tuberculosis changes and chronic respiratory diseases, have suffered in the past active respiratory TB, are a heavy contingent of patients.

This circumstance is due to:

- 1) a variety of pulmonary symptoms, complicating the differential diagnosis of tuberculosis and nonspecific acute exacerbation;
- 2) the nature of tuberculosis in the lungs and the development of common forms of tuberculosis, and the collapse of bacteria.

Patients with chronic respiratory diseases with recurrent tuberculosis often have other comorbidities. Among them, the most frequently identified alcoholism, nervous system diseases, as well as cardiovascular, gastro-intestinal disease, diabetes and others.

A characteristic feature of the clinical course of COPD in patients with post-tuberculosis changes is an undulating course of the disease with exacerbations in the spring and autumn seasons. Often these exacerbations masquerading as acute respiratory disease or relapse of tuberculosis.

Prevention of tuberculosis and COPD patients with post-tuberculosis changes in the lungs:

1. It is necessary to pay attention to COPD patients in terms of both differential diagnosis and treatment of specific forms of these diseases.

Particular caution should cause the patient's complaints of cough that does not stop for 3 months, and repeated in

for 2 years or more, especially if it is accompanied by the appearance of dry or moist whistling wheezing in the absence of reactivation of tuberculosis.

2. It is important to determine the nature of post-tuberculosis changes in the lungs. In the study of X-ray pictures should capture the attention of post-tuberculosis changes in the localization (lung tissue, roots), size (large, small), morphological substrate (calcifications, lesions, tuberculoma, cirrhosis, fibrosis, pleural overlay).

3. More sophisticated methods of examination of patients with post-tuberculosis changes and chronic respiratory diseases should be used for special indications. These include bronchoscopy, is assigned as a diagnostic purpose to clarify the bronchi diseases and therapeutic, especially when copious purulent sputum.

4. During the period of exacerbation of COPD should be investigated in the sputum of patients with specific flora.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №16 Tuberculosis and related diseases: TB and diabetes, TB and pregnancy, TB and mental illness.

Tuberculosis and Pregnancy

Manifestations of tuberculosis in pregnant varied. Tuberculosis can be detected by picking up a history. Sometimes tuberculosis may be diagnosed when a pregnant appearance of specific features characteristic for the disease, or accidentally as a result of routine studies.

Atypical manifestations of tuberculosis in pregnant women makes it difficult to confirm the diagnosis. The problem of tuberculosis and pregnancy is important for both mother and child.

Effect of pregnancy on tuberculosis. Currently, it is generally accepted that pregnancy is not conducive to the development of tuberculosis and has no effect on disease progression. However, clinical studies highlight the possibility of a small but definite risk of relapses and worsening of tuberculosis in the postpartum period.

The impact of tuberculosis on pregnancy. Clinical observations do not suggest an adverse effect of tuberculosis on the course of pregnancy or childbirth.

MBT penetration through the placenta. Infection of patients with congenital tuberculosis can occur through Office penetration endometry. Transmission of tuberculosis infection through the placenta definitively proven. There are cases when the newborn found in the lymph nodes of the Office of the umbilical cord, indicating that umbilical vein as a way of transmission. MBT may also be detected in placental tissue samples from stillborn and infants.

Congenital tuberculosis may be the result of hematogenous dissemination of infected placenta through the umbilical vein, or aspiration fruit amniotic fluid. Liver - the main target of hematogenous dissemination through the fetal circulation.

Identification of pregnant women, patients with tuberculosis, an important task. This can help prevent neonatal infection and those who are pregnant closely.

Plain radiography. X-ray examination indicated during pregnancy to detect active or inactive tuberculosis. Doubts about the exposure does not justify the refusal to conduct a review X-ray of lungs during pregnancy. If the X-ray examination was decided to hold, it must be carried out with anti-radiation abdomen, preferably after the first trimester of pregnancy. Therefore, radiography, performed during pregnancy in compliance with the precautions, presents no hazard to the fetus.

The tuberculin test is an important method was screened during pregnancy. It identifies people infected with the ILO, but does not define the activity or the prevalence of the disease. Patients with active tuberculosis may not have a positive response as a result of the state of anergy.

Microbiological methods. Revealing MBT in sputum, body fluids or other material by microscopy or sown on fertile ground confirms the diagnosis of tuberculosis.

Treatment of active TB during pregnancy. Pregnant women should be treated immediately after the establishment of the diagnosis of tuberculosis. No treatment of tuberculosis is of great danger for the pregnant woman and her fetus than the actual specific treatment. Appointment chemotherapy remains the primary treatment for active TB during pregnancy.

Analysis of the data combined relative risk of teratogenicity TB line drugs (isoniazid, rifampicin, streptomycin and ethambutol) showed that despite the fact that these drugs cross the placenta, none of them have teratogenic or toxic to the fetus, except streptomycin having ototoxic effect.

Resolve the issue of maintaining the pregnancy should be a woman and her doctor. The attending physician must insist on termination pregnancy if there is: fibrocavernous, chronic disseminated or distributed cirrhotic tuberculosis complicated by pulmonary heart disease; Newly identified progressive tuberculosis; tuberculosis combination with diabetes or other chronic diseases.

Indicative activities to be carried out in respect of a child from his mother, sick with tuberculosis:

1. The child shall not be separated from the mother, if she is not terminally ill.
2. If the mother has no MBT in sputum, the baby should be immediately vaccinated with BCG.
3. If the mother had MBT in sputum during pregnancy or remain at its end:
 - 3.1. If the baby is ill at birth and he is suspected congenital TB, it is necessary to conduct a full-scale chemotherapy;
 - 3.2. If the baby is healthy, should designate isoniazid 5 mg / kg once every 1 day for 2 months.

Pulmonary tuberculosis in mentally ill. Morbidity and mortality from tuberculosis in psychiatric hospitals is higher than among the mentally healthy population. Greater susceptibility tuberculosis mentally ill should explain the totality of reasons, of which the most important is a disorder of higher nervous activity.

In psychiatric patients with weakened brain death tuberculosis occurs especially hard. This is due to significant changes in the entire life of the organism and, as a consequence, a decrease in resistance to infection. Such patients, losing interest in the environment, are in a state of apathy, weakness. Basically it is a person with schizophrenia, the different types of dementia, as well as being in a prolonged catatonic. The patients eventually die from severe tuberculosis process: caseous pneumonia fibroznokavernoznogo and generalized tuberculosis.

In the case where psychiatric patients in a state of excitement, physical activity, tuberculosis proceeds more favorably. Patients who have not lost an adequate attitude to the world, retain the initiative and, most importantly, the interest in useful labor, coping with tuberculosis is much easier.

Pathogenesis and tuberculosis in psychiatric patients do not differ from those of mentally healthy people. However, the timely detection of tuberculosis in mentally ill hampered by the absence of complaints, anamnesis difficulties erased clinical symptoms due to the lower reactivity of the organism. In addition, symptoms of mental illness may mask some of the symptoms of TB.

Detection of tuberculosis in mentally ill is achieved by not only the complaints themselves sick as systematically directed clinical and radiographic examination in hospitals.

Pulmonary tuberculosis with bacilli in psychiatric patients is very dangerous, because these patients do not comply with the rules of hygiene.

TB treatment in psychiatric patients is not fundamentally different from the treatment of tuberculosis in mentally healthy individuals, but it is conducted simultaneously with treatment of the underlying disease. The usual antibiotics in standard dosages on the background of hygiene-dietary regime. If the patient has no contraindications, in the period of remission of mental illness it can be treated in conventional TB facilities (hospitals, health centers).

Pulmonary tuberculosis and diabetes

With the combination of diabetes and pulmonary tuberculosis in the majority of cases (90%) diabetes is preceded by a disease against which at various times developed tuberculosis. If both conditions are detected at the same time, it is obvious that latent diabetes worsened under the influence of acceding tuberculosis.

There is no consensus about the cause of the frequent incidence of tuberculosis in patients with diabetes do not have diabetes. Authentically that tuberculosis develops in conditions of reduced resistance to infection, which is determined by the depletion of patients with some forms of diabetes, the change of immunological properties, in particular, a decrease in the ability of the body of the patient with diabetes mellitus produce antibodies and antitoxins. The development of tuberculosis in such cases contributes to the uncompensated or untreated diabetes.

Clinic of tuberculosis in patients with diabetes mellitus. If TB is diagnosed in the early period, it is possible to achieve a more favorable development of the disease even in combination with diabetes. Malignant, severe course of tuberculosis with tendency to rapid progression and disintegration occurs predominantly at the wrong treatment of diabetes or late detection of tuberculosis.

The first clinical signs of tuberculosis in diabetes include: increasing weakness, loss of appetite, drop in body weight, increase in symptoms of diabetes. The disease can occur at first hidden, so pulmonary tuberculosis is often diagnosed by x-ray screenings preventive or control X-ray examination.

Tuberculin test is usually strongly positive. However, with the development of chronic forms of tuberculosis - fibro-cavernous, hematogenous-disseminated - comes exhaustion the body's defenses, and tuberculin sensitivity is reduced.

Tuberculosis during diabetes is characterized by a slow normalization of impaired metabolism, longer duration of tuberculosis phenomena of intoxication, slow decay wound cavities.

The reasons for the progression of even a relatively small forms of tuberculosis (focal and small tuberculoma) is underestimation of the activity of newly diagnosed tuberculosis, therefore, out of time started TB treatment, violations in the diet and diabetes, which leads to a lack of compensation of diabetes.

For diabetes on the background of acceding tuberculosis characterized by the fact that TB aggravates the underlying disease. Patients with increases in blood sugar levels, increased diuresis and glycosuria, acidosis may occur. Metabolic Deterioration seen in large fluctuations in blood sugar throughout the day, there is a feeling of dry mouth, thirst, frequent urination. Progressing drop in body weight. These data are of great practical importance: any sudden worsening of diabetes trends should call a doctor suspected tuberculosis disease.

Especially tuberculosis course in patients with diabetes mellitus and tuberculosis adverse effect on diabetes require a doctor's skillful combination of all therapeutic measures. In the last half of the patients camber la tuberculosis, acceding to diabetes. With the introduction of the practice of physiological diet therapy, insulin and anti-bacterial drugs made possible clinical cure patients with tuberculosis and diabetes.

Increased incidence of tuberculosis among patients with diabetes requires special attention to the prevention of tuberculosis issues. Persons younger who have diabetes occurs usually difficult and often complicated by the addition of tuberculosis, need careful observation and systematic checks on tuberculosis.

Antidiabetic therapy patients must be integrated and individually depending on the state of the body, the shape and phase of tuberculosis process, severity of diabetes.

Antibiotic therapy for tuberculosis in patients with diabetes should be performed is long, continuously, in combination with various drugs, individually tailored to the patient.

Every person with diabetes, who first identified tuberculosis, had to be hospitalized.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №17 Tuberculosis and HIV / AIDS, the clinical course and diagnostics.

Tuberculosis, HIV infection and AIDS.

Rapid increase in the prevalence of HIV infection in many countries around the world is becoming a problem in the detection and treatment of tuberculosis. This process also complicates the fight against tuberculosis.

HIV (human immunodeficiency virus)

HIV can spread in different ways:

1. heterosexual.

2. Homosexuality.

3. Through the blood when:

3.1. Transfusion of blood containing HIV (in countries where many people are infected with HIV, even blood tested for HIV content, can be dangerous, since it is likely that the blood may contain HIV before antibodies are detected);

3.2. Needles are not sterilized properly. This is usually common among addicts.

Apparently healthy health care workers, but HIV-positive should not serve TB patients, as they have a much greater risk of developing tuberculosis if infected Office.

Between the time of HIV infection and the development of AIDS is relatively long period - often several years. This period is shorter in children under the age of 5 years and in patients older than 40 years. During this incubation period, the patient may feel almost healthy (although still positive). The development of TB - often the first sign of HIV infection.

About 50% of TB patients, both HIV-positive, have no obvious signs of HIV infection. The only way to diagnosis is to test for the presence of HIV.

Diagnostics and testing. Testing for VChantitel - the only reliable method of diagnosis.

The impact of HIV on the effectiveness of the fight against tuberculosis

The prevalence of tuberculosis. Among people already infected with the ILO (which have a positive reaction to the tuberculin) and HIV, the risk of developing clinical manifestations of TB during their lifetime is about 50% - compared with the 5-10% risk if infected with the ILO HIV-negative. As a result, there is a significant increase in the incidence of TB cases in populations in which HIV becomes widespread.

Reactions to drugs. Among HIV-infected patients with tuberculosis and adverse reactions to anti-TB drugs are more common. This may increase the frequency of treatment failure.

Needles. Particular care must be taken when using multiple injection needles because of the risk of HIV infection. For this reason, streptomycin is no longer used to treat tuberculosis in many high-prevalence countries.

Clinical manifestations of tuberculosis combined with HIV infection

There are the following differences in clinical manifestations of tuberculosis among HIV-infected patients compared to HIV-uninfected patients.

1. The presence of extrapulmonary tuberculosis, especially often in the form of enlarged lymph nodes that are rarely seen in other forms of tuberculosis.

2. Increased frequency of miliary tuberculosis. MBT can be isolated from the blood, which never happens in normal tuberculosis.

3. These X-ray examination. In the early stages of HIV infection of pulmonary tuberculosis clinic is not very different from the usual. In the later stages of HIV infection are more common enlarged mediastinal lymph nodes. The collapse is less common. More often than usual, revealed pleural and pericardial effusions. Shadows in the light can change quickly.

4. TB lesions can be formed in unusual areas of the body, e.g., in the brain in the form of tubercles abscesses in the chest wall or elsewhere.

5. The sputum MBT often not detected, despite the significant radiographic changes in the lungs.

6. The tuberculin test is usually negative (anergy).

7. Fever and weight loss are more common in HIV-positive TB patients than in HIV-negative.

TB patients should be suspected HIV infection in the following cases:

1. Generalized lymphadenopathy. In the later stages of HIV infection lymph nodes can be dense and painful as during acute infection.

2. Candidiasis: the presence of fungal disease of white spots in the mouth.

3. Chronic diarrhea for more than 1 month.

4. Herpes zoster.

5. KS: the presence of small red vascular spots on the skin, especially in the sky.

6. Generalized pruritic dermatitis.

7. A burning sensation in the feet (manifestations of neuropathy).

8. Persistent painful ulcers in the genitals.

The treatment of tuberculosis in HIV-infected

Standardized chemotherapy of tuberculosis. Modern standardized regimens of HIV-infected TB patients is as effective as the HIV-uninfected. MBT in sputum disappear just as quickly. Recurrences do not occur often. Weight gain is slower than that of HIV-uninfected patients. When a standardized treatment without rifampicin effect is lower, and relapses often. Part of relapse may be due to superinfection due to reduced immunity HIV-infected.

TB mortality is higher among HIV-infected patients. Most often it is associated with other complications of HIV infection. But some deaths directly related to tuberculosis.

The long-term prognosis is poor, as well as for all HIV-infected people. However, the treatment of tuberculosis in such patients usually increases the period of practical health. In addition, it prevents the spread of tuberculosis.

Side effects from the effects of drugs are more common among HIV-infected patients. Thioacetazone can cause severe skin reactions which are fatal in 25% of cases. If the patient response to thioacetazone continues to evolve, it can no longer be administered. In some countries with high HIV prevalence thioacetazone not use.

Isoniazid preventive treatment can be administered without the presence of clinical manifestations of tuberculosis.

TB accelerates the progression of HIV infection. Therefore, HIV-infected TB patients may develop other complications associated with HIV infection.

Protection of medical personnel from HIV infection.

1. Taking blood must be handled with gloves. Used disposable needle and syringe placed in a special container. Gloves and pads to put in a sealed plastic bag.
2. Perform manipulations, in which can be contacted with blood (e.g., surgery or taking birth), carried out in the gloves and apron. The eyes should be protected sunglasses.
3. If the blood or other body fluid spills, they should be removed immediately, and the place where there was blood, treat the phenol and / or chloramine.
4. If you can not manipulate resuscitation CPR mouth to mouth, should be used for this bag and mask.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №18 Organization TB control in Uzbekistan. Principles of treatment of TB patients.

Monitoring and evaluation of the effectiveness of the treatment according to WHO standards.

As part of the program to improve tuberculosis control requires the involvement of general practitioners, who must perform the following tasks:

1. Timely and early detection of TB patients.
2. Identification of people at risk for TB, conducting prevention and early detection of tuberculosis in them.
3. Ensuring full enrollment in specific prevention.
4. Timely diagnosis of tuberculosis in people seeking medical help and with clinical manifestations of tuberculosis.
5. Analyze main epidemiological indicators of tuberculosis, TB planning activities based on the analysis of epidemiological indicators and their full implementation.
6. Providing population health education on TB.
7. Close collaboration with TB dispensaries, full awareness of TB cases and outbreaks of tuberculosis infection.
8. Participation in analyzes of late detection of cases of tuberculosis.

What guidance materials should be guided in the conduct of anti-TB events?

Prior to 1993, the basic document of TB control was the order №591 of 23 / XI-1993, compiled on the basis of the order of Ministry of Health of the USSR №527 from 5 / VI-1998

However, under the new economic conditions, the execution of this order to ensure it was not possible, and therefore the Research Institute of Tuberculosis and Pulmonology of Ministry of Health of Uzbekistan was developed by the order №552 from 24 / XI-1995 for the 14 pilot districts.

Staff of the decision of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated March 15, 1999 on the basis of the work carried out in the pilot areas, the order was issued for the whole territory of Uzbekistan.

In accordance with this order, the main purpose of tuberculosis in Uzbekistan transmission is booked. To achieve this, the order of the following measures:

1. Timely detection of cases of pulmonary tuberculosis, especially bacterial excretion.
2. Increasing immune layer among the population to TB infection by vaccination and re-vaccination with BCG.
3. Prevention of infection and incidence of tuberculosis among persons in contact with TB using chemoprophylaxis.

4. Primenienie intensive chemotherapy regimens in patients with pulmonary tuberculosis, resulting in the short term to permanent cessation of bacteria.

Implementation in practice of TB services №552 order does not mean the cancellation of the order # 591, but only complements it and makes a correction to the sections below.

Timely detection of patients with pulmonary tuberculosis.

The main methods of detection of tuberculosis in children is Mantoux test, in adults - flyurograficheskoe examination and microscopic examination of sputum for MBT.

Due to the impossibility of enrollment sloshnoy tuberculin due to large economic costs, divided into 3 groups of children subject to compulsory inspection:

I- group of high risk of tuberculosis: children with COPD, often ill ARI, with recurrent pneumonia, bronchitis, chronic pnemoniye, diabetes, .. additionally receiving corticosteroids children under 7 years of age and older than 7 years, with an intoxication of unknown etiology.

In this group of children examined with 2me Mantoux test and 7 years additionally held Flyurografiya. Responsible for inspection of the group assigned to the pediatrician of general medical network, and SES.

II-group children from contact with MbT contingent IV group clinic. In this group are mandatory Mantoux test with 2 TE and flyurograficheskoe examination. Responsible for inspection of the group assigned to the Phtisio pediatrician.

III-group - VI Group dispensary, children with signs of infectious allergy. In this group it is mandatory setting Mantoux test with 2 TE and X-ray examination. Responsible for inspection of the group assigned to the Phtisio pediatrician.

For early detection of active pulmonary TB in adolescents and adults, the main method is flyurograficheskoe examination in 4 groups of teenagers and adults.

Increased risk of tuberculosis: a person with an atypical course of respiratory disease, pneumonia, undergone pleurisy, suffering from COPD, diabetes, gastric ulcer disease, pneumoconiosis, long taking corticosteroids, radiation therapy, immunosuppressive and cytotoxic agents, postpartum women, drug addicts, alcoholics, the mentally ill, as well as those of young age with hyperergic results of Mantoux test. In this group, for organizing and conducting the survey flyurograficheskogo responsibility lies with the GPs.

This group consists of people are on the dispensary in polyclinics and health care in general health institutions with respiratory diseases. In the presence of cough in these individuals sputum smear microscopy is studied on the ILO method.

2- group - contingent required.

This is a great group of people working in professions where the work is contraindicated in patients with active tuberculosis and large residual changes suffering tuberculosis. For ensuring flyurograficheskogo examination in this group meets sanitary doctor of SES. GP controls the regularity and completeness of coverage flyurograficheskim examination of this group of persons. Questions of access to the persons who have not passed inspection, decides sanitary doctor.

3 group of contacts of patients with bacterial excretion (IV group accounting TB Dispensary) flyurograficheski examined twice a year (spring and autumn). Flyurograficheskoe examination of this group, cocoa and the last 4 groups provides the district TB specialist.

4 Group- Group VII accounting TB dispansera- face with large residual changes suffering tuberculosis and a high risk of TB recurrence. This group also examined twice a year (spring and autumn).

2. Enhance immune layer among the population to TB infection by vaccination and re-vaccination with BCG.

According to plans of immunization of the population of the Republic of Uzbekistan, adopted in November 1997, BCG vaccination is carried out in a maternity hospital in 3-5 days of life. Responsibility for the usefulness of vaccination coverage rests with the head. doctor of maternity hospital.

Vaccination is heat stable dry vaccine, which is introduced into / by cutaneous and diluted immediately before use. If there are contraindications to vaccination is carried out delayed vaccination at the age of 1 year. In this case, up to 6 months of vaccination is carried out after removal contraindications at a later date, along with the removal of contraindications make sure you have a negative reaction to tuberculin. Delayed vaccination is the vaccine BCG-M.

Revaccination is carried out 2-fold between the ages of 6-7 and 14-15 years, in the absence of contraindications and negative tuberculin sensitivity, confirmed by Mantoux test with 2 TE. for revaccination responsibility lies with the pediatricians general health.

It was found that children with no signs of infection of skin grafting in 3 times, and the detection of tuberculosis is 6 times higher than similar rates in patients with skin graft signs.

In patients with tuberculosis in children 35 to 40%, in patients with tuberculous meningitis in children -80-85% postvaktsinnyh noted the absence of scars. Quality vaccination and revaccination reduces the incidence of TB in children is 23 times, and prevents the development of severe forms of tuberculosis. To avoid

introducing into the body of living bacteria of tuberculosis, scientists around the world are working to develop chemical vaccine.

3. Preduprezhdenie infection and incidence of tuberculosis among persons in contact with MbT using chemoprophylaxis.

By the Order №552 provided for conducting prevention of tuberculosis using the chemotherapy drugs in 3 groups of people:

1. Contacts with massive MbT - are controlled chemoprophylaxis two chemotherapy drugs (isoniazid + ethambutol).
2. Contact with patients with pulmonary tuberculosis with decay and poor smear bakteriovydeleniya-obtained without controlled chemoprophylaxis one drug (isoniazid). For providing chemoprophylaxis in these two groups is responsible SES and TB Dispensary.
3. Contacts of patients with pulmonary tuberculosis without decaying with scant bacterioexcretion - receive one chemotherapy drug intermittent method. For providing chemoprophylaxis in this group is also responsible TB Dispensary and SES.

In addition to these groups of persons subject to chemoprophylaxis after a full clinical and radiological examination and exclusion of active tuberculosis children "superelevation" tuberculin test. If there hyperergic chemoprophylaxis reactions carried out by two drugs, in other cases, one TB drug.

GPs should have the information on the persons subject to chemoprophylaxis and chemoprophylaxis full coverage of contact at their site.

Along with the active participation in the early detection of tuberculosis GPs should know the basic epidemiological indicators of tuberculosis, to be able to analyze them and based on their analysis of the planned TB control activities in the service area.

The volume of the reservoir of TB infection is characterized by indicators: infection, the risk of infection and disease.

Infection is determined by the number of people react positively to tuberculin in a percentage of patients. Tuberculosis infection rates in Uzbekistan.

In countries where the vaccination of newborns and revaccination, the definition infection rates is very difficult due to the emergence of positive tuberculin sensitivity caused postvaccinal allergies.

The risk of infection is established by means of repeated tuberculin tests, according to the number of persons with superelevation tuberculin reactions - direct method of determining the risk of infection. The risk of infection can be determined according to the number of cases with tubercular meningitis at the age of 0-4 years.

The incidence of tuberculosis is calculated by the number of newly registered patients in the course of the year for every 100,000 of the population. Incidence gives a more detailed picture of the structure of TB patients, when studied in isolation: the incidence of pulmonary or extrapulmonary tuberculosis, the incidence of destructive forms or with bacterial. The high incidence of fibrous-cavernous tuberculosis indicates a large reservoir of infection in the population, badly set work for the early detection of tuberculosis.

The incidence rate in children under 1 year of life characterizes the risk of primary infection.

Soreness tuberkulezom- number of contingents of patients with active pulmonary tuberculosis by the end of the year to 100 thousand. Population.

The mortality rate - the number of deaths from tuberculosis in the course of the year to 100 thousand people..

The totality of the incidence, morbidity and mortality provides a picture of the prevalence of tuberculosis, the TB status of the various sections of the work and evaluate the laws that determine the epidemic process in the whole Republic and its individual regions.

Sanitary prevention of tuberculosis, aimed at ozdorovleie foci of tuberculosis infection, is the task of institutions of TB services.

GPs should know category foci according to their degree of epidemiological risk, as well as to have information about the structure and the number of TB lesions in the service area.

The main objective of GPs in health prevention is health education, covering the issues of prevention, early detection of tuberculosis and its diagnosis.

The alternative, adopted in the Republic of Uzbekistan methods of TB control is DOTS, which is being tested in Uzbekistan in the pilot areas: Kungrad districts of the republic and Muinak RSC, Fergana region, the Syr Darya region. It planned to implement the DOTS methodology in Urgut district of Samarkand region. DOTS-Directly Observed Treatment translated to English means "short-course chemotherapy under direct supervision of a medical worker," the strategy of treatment and diagnosis of tuberculosis, WHO introduced in more than 70 countries around the world.

Basic five elements of DOTS

-Napravte (Direct) Your efforts to identify infectious forms of pulmonary TB by sputum smear microscopy.

Basic principles of chemotherapy

Selection of the most rational combination chemotherapy. In the application of several drugs it is manifested not only the overall effect, but sometimes potentiating their action with a joint appointment, as well as reduced risk of DR. In the beginning, the amount of ABP is assigned at least 3-4, or even 5-6 drugs. Subsequently, treatment is continued for at least 2 preparations. The use of a single drug is invalid because not only not very effective, but quickly produces drug resistance to it.

Determination of optimum therapeutic daily doses of the drug (of the dose depends on the level of the bacteriostatic activity of the drug, and timing of dosage, stability and tolerability).

Determination of the most appropriate routes of administration (oral, w / o, w / w, rectally, in aerosols, etc). From the route of administration depends on the clinical effect and the period of its occurrence. By varying the route of administration of drugs, also overcome intolerant drugs in the presence of concomitant diseases.

Determination methods supplementation - multiplicity of reception during the day and the rhythm of reception during the week (1.2 or 3 times a day, daily or discontinuous (intermittent) method - in a day, 4 days with a break for receiving 3 consecutive days, or 2 times in Week). From the multiplicity and rhythm receiving ABP treatment efficiency depends on the frequency of adverse reactions, the flow quantities of the preparations.

The correct definition of the duration of chemotherapy.

Chemotherapy considering portability ALD and related diseases.

Chemotherapy given the sensitivity of the ILO to ABP.

Providing strictly controlled admission antituberculosis drugs, especially at the outpatient phase.

"Chemotherapy regime" - the choice of a particular combination of chemotherapy drugs, their doses, multiplicities, and the route of administration, duration of chemotherapy.

Literature 1,2,3,4,5.

Topic Prevention of Tuberculosis №19. Specific methods of prevention and health. Methods of early diagnosis of tuberculosis.

Tuberculosis Prevention - measures to prevent tuberculosis infection. It should be remembered that the main source of TB patients are people with active tuberculosis, Mycobacterium emit.

Preventive work in the field of tuberculosis is conducted in the following areas:

- Specific prophylaxis includes vaccination and revaccination. The main purpose of the specific prevention of tuberculosis - to develop specific immunity. This is achieved using BCG.

Biological Activity of BCG linked to the ability to take root in the body graft, proliferate at the site of inoculation and give response specific reaction, accompanied by allergic rearrangement of the organism, which allows its use for the prevention of tuberculosis.

Vaccinate newborn to 3-7-day life. A few years later, in order to prevent tuberculosis, revaccination is performed. In Russia, in accordance with the "National Immunization Schedule" she held the children with a negative Mantoux test in 7 years.

- In adulthood TB prophylaxis is based primarily on the early detection of tuberculosis and its correct treatment. Diagnosis is done by X-ray examination of the chest. Every healthy person should be held once in 2 years. Annual Survey helps timely identification of people suffering from tuberculosis. Chest X-ray in TB prevention system allows you to begin treatment in the early stages of the disease, which is an important condition for its success.
- A special role for the prevention of tuberculosis plays chemoprophylaxis. Chemoprophylaxis - an effective method of preventing tuberculosis in people with an increased risk of infection. Prevention of Tuberculosis by chemoprophylaxis may be primary, when conducted in healthy individuals not infected with the ILO, but in contact with TB patients, and secondary - in people infected with the ILO and had been ill in the past.
- Sanitary prophylaxis, including disinfection of the environment using various disinfectants, among which the lead it takes chemical disinfection aimed at destroying pathogens on environmental objects that are important in transmission. As is known, the success of the chemical disinfection depends on compliance with the recommendations of instructions on the use of disinfectants, proper selection of an effective regime (concentration, exposure, processing method).
- Social prevention - a complex of measures aimed at strengthening the health of the population. These activities include: improvement of living conditions of the population; improving nutrition; struggle with alcoholism, drug addiction, substance abuse, smoking; instilling public personal hygiene habits at home; development of physical culture and sports.

The purpose of these activities - the creation of conditions unfavorable to the spread of tuberculosis infection, non-specific increase in natural resistance to Mycobacterium tuberculosis.

But most importantly, we must remember that as a prophylactic measure to each person should live a healthy, cultural way of life, pay attention to the sanitary condition of the municipal as well as residential and industrial premises, keep them clean and to observe personal hygiene.

Specific prevention of tuberculosis

At 5-7 days of life to all healthy newborns being vaccinated against tuberculosis. Vaccination is the average physician or medical staff specially trained method of vaccine administration. BCG is introduced into / to a dose of 0.05 mg in 0.1 mL solution izotonicheskitsy NaCl (0,9%) to the upper third of the outer left shoulder.

Contraindications to BCG vaccination are skin lesion (pustular skin diseases (pyoderma, pemphigus, cutaneous abscesses, cellulitis), clinical symptoms birth trauma, Rh conflict, increased body temperature (above 37,5oS), dyspepsia, diseases affecting the the overall condition of the child (nazafaringit, otitis, influenza, pneumonia, pronounced jaundice). Prematurity is not a contraindication if the body weight of the child is not less than 2000 gm at birth, and general good condition.

Date vaccination record in the history of the child's development, immunity is developed for 1.5 months. after vaccination.

Tuberculin - a diagnostic test to determine the specific sensitization to Mycobacterium tuberculosis (MBT).

As a specific test used for mass screening for tuberculosis (tuberculin mass) and individual examination (individual tuberculin).

Mantoux test produced by a physician specially trained nurse. The results of tuberculin test evaluates a doctor or specially trained nurse, who conducted the test.

Literature 1,2,3,4,5.

Subject №20 tasks of primary care physicians in the fight against tuberculosis.

The role of primary health care in the fight against tuberculosis.

Although the role of GTMSP in TB control may be different in different countries, there are common elements of the interaction of primary health care workers and the specialized TB services. Basically PHC and TB services interact at the district level. In each country, this interaction may have its own characteristics; the relationship between doctors, paramedics and nurses PHC and TB services can also vary. However, during operation with a patient revealed total duty distribution pattern PHC and TB service (an algorithm is shown in Fig. 2). Depending on the system existing in the country PHC may be responsible for the activities that are outside the scope of the algorithm working with TB patients (eg, prophylaxis or vaccination).

Constructive interaction PHC and TB services workers can be very useful in the detection and treatment of TB patients. Since PHC providers are the first stage of patient contact with the health system, in most cases, the first suspicion of TB occurs at the PHC level. PHC, which turned the patient with typical symptoms of TB, should conduct a physical examination of the patient, to find out the complaints and collect anamnesis, assign sputum microscopy and x-ray (or refer the patient to a specialist who can conduct these studies). At this stage, PHC is useful to discuss the patient with suspected TB to TB specialist service (by phone or in a meeting). If the suspicion of TB after receiving the results of research is maintained,

All studies should be carried out quickly (2-3 days) to reduce the risk of infection. If the patient's diagnosis was unclear, and the establishment of primary health care to the right patient in the TB service does not receive information about the final diagnosis of TB should request the service and get that information.

In most cases, the intensive phase of treatment, patients undergo TB service institutions. During the intensive phase, as a rule, the patient stops bacterial excretion in the continuation phase of treatment it poses a great danger to others. In some cases, direct observation of treatment in the continuation phase is carried out at the level of primary health care under the supervision of a specialized TB services. In such situations, specialized service to agree this issue with the appropriate primary care workers about 2-3 weeks before the patient's discharge from the hospital, to the preparatory work has been done.

If PHC involved in the continuation phase of treatment, they have to maintain constant contact with the TB service (regional, district TB specialist), reporting on the progress of treatment, and discuss any issues. Responsible PHC should also refer patients for sputum examination and follow-up visits to a TB specialist. After completion of treatment the primary health care worker should report the results in the TB service and return the completed card TB 01 (medical treatment of a patient card), which was wound up TB service at the beginning of chemotherapy. This interaction leads to an increase in the quality of treatment of TB patients.

The functions of primary health-care workers

Doctors, paramedics and nurses of primary health care - is, as a rule, those health care workers, to which a patient with typical symptoms seeks medical help to the primary diagnosis. By participating in the possible early detection of patients, primary health care workers have the opportunity to contribute to reducing the burden of TB, as unidentified and untreated patients with active TB per year can infect 10 to 15 people.

Although the share of primary health care workers in TB control measures, according to the normative documents but TB in each sgrane may be different, they must in any case in due time suspected TB patient and conduct the initial examination and primary diagnosis (sputum examination and x-ray) to exclude the possibility of the disease.

The duties of primary health care worker may include the following tasks:

- suspected TB in a patient with typical complaints and to take timely and necessary measures;
- provide collecting diagnostic quality material as sputum for microscopic examination, which is the basic method for diagnosing and monitoring the treatment of TB;
- ensure to every patient who has been coughing up sputum more than 2-3 weeks, passed 3 sputum specimens for microscopy, the presence of acid-fast bacilli (AFB);
- transfer to collected diagnostic material for research in clinical diagnostic laboratories;
- appoint or refer the patient to X-ray examination of the chest;
- to direct patients with suspected TB in the specialized TB services institution to confirm the diagnosis and treatment;
- explain patients that TB is curable with regular admission of all the preparations and observance of the necessary duration of treatment;
- support connection with the specialized TB service to know the diagnosis of patients referred for primary care diagnosis and treatment;
- emphasize the importance of screening family and other close contacts of patients with positive sputum smear: to make sure that all contacts with the characteristic symptoms were examined, including tuberculin in children;
- spend sanitary and educational work among the population: telling about the signs and symptoms of TB, the reasons for which it is necessary to seek medical help immediately after the appearance of symptoms;
- realize controlled treatment of ambulatory patients in the continuation phase of treatment under the supervision of a specialized TB services;
- immediately report to specialized services of any cases of early termination of the treatment or the occurrence of difficulties in carrying out direct observation of treatment;
- introduce data on the observed patients in all major forms of reporting, as they will not be returned to a specialized service;
- watch for persons from groups at high risk of developing TB in accordance with the regulations of their country;
- spend BCG vaccination and revaccination and tuberkulino- diagnosis in children (in accordance with the regulations of their country).

Literature 1,2,3,4,5.